

*Н.Н. ВЕЛИЧКО*

**ОСНОВЫ  
СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ  
И  
СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

УЧЕБНИК

Москва 2000

**Н.Н. Величко.** Основы судебной медицины и судебной психиатрии. Учебник. – М.: ЦИиНМОКП МВД России, 2000. - 325 с.

В учебнике на основе действующего законодательства, литературных источников и практики раскрываются основные вопросы в области судебной медицины и судебной психиатрии.

Учебник предназначен для первоначального обучения и переподготовки лиц, назначенных на должности среднего начальствующего состава органов внутренних дел, курсантов и слушателей образовательных учреждений среднего профессионального образования, а также практических работников органов внутренних дел.

**Р е ц е н з е н т ы:**

**Гурочкин Ю.Д.** – доктор медицинских наук, профессор (Московский юридический институт МВД России).

**Тищенко В.И.** – кандидат медицинских наук, доцент (Тверская государственная медицинская академия).

**Кувшинов В.А.** – врач-психиатр высшей квалификационной категории (АСПЭК Тверского ОК ПНД).

© ЦИиНМОКП МВД России, 2000

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий учебник раскрывает основные вопросы в области судебной медицины и судебной психиатрии, изучение которых позволяет правильно сориентироваться в возможностях судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз.

Предназначен, главным образом, для обучения сотрудников органов внутренних дел (следователей, дознавателей), деятельность которых тесно сопряжена с познаниями в данных науках.

В нем содержится современная информация, нашедшая отражение в научной, учебной и методической литературе.

Учтены новые правовые нормы (формулировки, терминология), новации в законодательных документах и актах.

Составитель подробно останавливается на процессуальном порядке назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы (живых лиц, трупа, вещественных доказательств биологического происхождения) и судебно-психиатрической экспертизы (обвиняемых, потерпевших и свидетелей), приведены образцы правильного оформления процессуальных документов, сформулированы вопросы, предлагаемые экспертам на разрешение.

Обучающие могут получить краткую информацию о симптомах и синдромах отдельных психических расстройств и экспертной их оценке.

Для четкого понимания медицинской терминологии в учебнике имеет место краткий словарь медицинских терминов, а также для самоконтроля полученных знаний включены контрольные вопросы и тесты.

Составитель будет считать свою задачу выполненной, если учебник поможет сотрудникам органов внутренних дел полноценно и эффективно использовать полученную информацию в раскрытии и расследовании преступлений, в осуществлении правосудия.

Преподаватель Учебного центра УВД  
Тверской области

Н.Н. Величко

# ЧАСТЬ I

## ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

### ВВЕДЕНИЕ

#### ПРЕДМЕТ, МЕТОДЫ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

*Судебная медицина* – это наука, которая представляет собой совокупность знаний и исследований в области естествознания, медицины, физики, химии и медико-криминалистики, целеустремленно направленных в своем развитии, совершенствовании и практическом применении на осуществление задач правосудия и здравоохранения.

Исходя из этого определения, судебная медицина тесно связана со многими науками. Она использует их достижения и делится с ними своими результатами. *Первой группой* наук являются естественные науки: физика, химия - дают знания о законах, лежащих в основе биологических процессов, и об универсальных методах исследования; биология, анатомия, физиология, патологическая анатомия, гистология, патологическая физиология, биохимия и другие - снабжают судебную медицину знаниями основ функционирования организма человека; лечебные дисциплины (хирургия, терапия, акушерство, гинекология и им подобные) представляют собой источники информации о различных заболеваниях, которые могут привести человека к расстройству здоровья или смерти.

Ко *второй группе* наук, соприкасающихся с судебной медициной, относятся правовые науки: криминалистика, уголовное право, гражданское право и другие. Криминалистика и судебная медицина изначально были единой наукой о раскрытии и расследовании преступлений, затем вследствие накопления информации, и ее дифференциации они разделились. Но до сих пор криминалисты и судебные медики имеют много общих методов исследования и совместно работают с объектами экспертного исследования. Нормы права регламентируют судебно-медицинскую деятельность, и одновременно судебная медицина оказывает существенное влияние на работу правоохранительных органов при раскрытии и расследовании преступлений против жизни и здоровья людей. Ее влияние распространяется на решение практически всех главных задач, в частности:

1. Судебными медиками проводится большая работа по выявлению скрытых преступлений путем допроцессуального исследования объектов. В первую очередь к таким объектам относятся трупы людей, умерших скоропостижно в условиях неочевидности, без внешних признаков насильственной смерти. При этом главная задача судебных медиков – установление вида, категории и рода смерти.

2. Судебно-медицинские исследования, при определенных обстоятельствах, могут позволить квалифицировать преступление в соответствии с той или иной статьей УК РФ. Например, экспертиза живых лиц по поводу причиненных им повреждений. В таких случаях судебный медик на основании изучения характера повреждений решает вопрос о тяжести вреда здоровью.

3. Некоторые результаты судебно-медицинских исследований позволяют следствию получить достаточно индивидуальные диагностические характеристики лица, совершившего преступление. По биологическим объектам, происходящим от преступника, можно установить его половую и групповую принадлежность и более индивидуальные характеристики.

4. При определенных обстоятельствах судебно-медицинские исследования позволяют провести индивидуальную идентификацию преступника или орудия преступления, что для следствия является ценным доказательством.

5. Важное значение имеет судебно-медицинское исследование жертвы преступления, особенно в тех случаях, когда личность погибшего человека не известна. Данные исследования могут позволить установить, кто погиб, и тем самым дают возможность выйти на преступника.

6. Посредством судебно-медицинских исследований могут быть установлены очень важные фактические обстоятельства дела. Например, взаимоположение жертвы и убийцы в момент причинения повреждений, дистанция выстрела, прижизненность или посмертность повреждений и т.д.

Таким образом, судебно-медицинская наука и судебно-медицинская экспертиза (область практического применения судебной медицины и являющаяся частью ее) в совокупности составляют систему судебной медицины.

### **Методы и объекты судебно-медицинских исследований**

К методам судебной медицины относят систему общенаучных приемов, правил и рекомендаций по изучению конкретных объектов, явлений, предметов и фактов. Сюда включают: наблюдение, измерение, описание, сравнение, эксперимент, моделирование, математическую обработку и другие. Наряду с общенаучными методами судебная медицина имеет специальные методы исследования, присущие только этой области деятельности. Это обусловлено специфичностью объектов и задач судебной медицины. К чисто судебно-медицинским методикам относят: методику определения давности смерти, методику определения прижизненности и посмертности повреждений, методику идентификации по повреждениям на теле человека и другие. Методиками, заимствованными из других наук, но

используемыми с сугубо судебно-медицинскими целями являются гистологические, биохимические, спектральные, фотографические и т.д.

Для понимания сущности любой науки необходимо четко представлять изучаемые объекты. Объекты, встречающиеся в судебно-медицинской практике, можно разделить на четыре большие группы:

1. Живые лица (потерпевшие).
2. Трупы и их части.
3. Вещественные доказательства биологического происхождения (кровь, сперма, волосы и другие).
4. Документы и материалы, содержащие информацию медико-биологического плана.

## ГЛАВА 1

### ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИИ

Различают процессуальные и внепроцессуальные формы работы судебных медиков. К процессуальной форме (строго регламентированной законом) работы судебных медиков относится: привлечение в качестве эксперта по уголовному делу и привлечение в качестве специалиста. Процессуальные формы участия судебного медика в работе правоохранительных органов по раскрытию и расследованию преступлений могут использоваться только при возбужденном уголовном деле (за исключением осмотра трупа на месте его обнаружения). Внепроцессуальная деятельность судебного медика по своей сути может полностью повторять процессуальную (исследование трупов, живых лиц, материальных объектов, документов и др.), но отличается она тем, что осуществляется вне рамок уголовного дела или в ходе него, но без соответствующего процессуального оформления.

Главными потребителями результатов судебно-медицинской работы являются: дознание, следствие, суд, субъекты оперативно-розыскной деятельности.

#### 1. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы

*Судебно-медицинской экспертизой* называют научно-практическое исследование, производимое врачом по постановлению органов следствия или определению суда для дачи заключения по медицинским и некоторым биологическим вопросам, возникающим в процессе расследования или судебного разбирательства (ст. 78 УПК "Экспертиза").

Существует обязательность назначения экспертизы для установления:

1. Причин смерти и характера телесных повреждений;
2. Для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими;
3. Для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в тех случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и давать правильные показания;
4. Для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют (ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы").

## Виды судебно-медицинской экспертизы

Различают следующие виды судебно-медицинской экспертизы:

- первичную;
- дополнительную;
- повторную (ст. 81 УПК "Дополнительная и повторная экспертиза");
- комиссионную;
- комплексную.

*Первичной экспертизой* называется первоначальное исследование с заключением по его результатам. *Дополнительная экспертиза* назначается в случае недостаточной ясности или полноты заключения. Поручается тому же или другому эксперту. В случае необоснованности заключения эксперта или сомнений в его правильности может быть назначена *повторная экспертиза*, поручаемая другому эксперту или другим экспертам. *Комиссионная судебно-медицинская экспертиза* проводится, если необходимо разрешить вопросы, требующие познания в смежных медицинских науках, привлекаются консультанты, специалисты (ст. 194 УПК "Порядок назначения и производства дополнительной и повторной экспертизы"). Каждый член комиссии имеет право на свое мнение; комиссия решает только вопросы медицинского характера; экспертиза проводится только по подлинникам медицинских и других документов; комиссия руководствуется специальными приказами, инструкциями, а если таковых нет, то общепринятым мнением. *Комплексная экспертиза* предусматривает участие специалистов различных, в том числе немедицинских областей знаний (например, судебно-медицинского эксперта, судебного химика, эксперта-криминалиста, техника и др.).

### Процессуальный порядок назначения и производства судебно-медицинской экспертизы

Признав необходимым производство экспертизы, следователь составляет об этом *постановление*, в котором указываются:

1. Обстоятельства дела, вызвавшие необходимость назначения экспертизы;
2. Фамилия эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза;
3. Вопросы, поставленные перед экспертом;
4. Материалы, представляемые в распоряжение эксперта.

После вынесения постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы оно должно быть предъявлено обвиняемому, а при необходимости и другим участникам предварительного следствия. Они вправе ходатайствовать об отводе эксперта, назначении определенного эксперта, ставить дополнительные вопросы перед экспертом, присутствовать с раз-

решения следователя при производстве исследований и давать объяснения. Следователь обязан рассмотреть эти ходатайства и либо удовлетворить их, либо отвергнуть. В последнем случае выносится постановление, которое объявляется обвиняемому (ст. 185 УПК "Права обвиняемого при назначении и производстве экспертизы"). После ознакомления обвиняемого с постановлением о назначении судебно-медицинской экспертизы и разъяснении ему прав, предусмотренных ст.185 УПК, следователь составляет протокол с соблюдением соответствующих норм.

Как правило, экспертиза назначается в конкретное судебно-медицинское экспертное учреждение. Поэтому выбор эксперта осуществляется руководителем данного учреждения. Однако законом не запрещается назначить судебно-медицинскую экспертизу конкретному эксперту, работающему в экспертном учреждении (ст. 189 УПК "Производство экспертизы вне экспертного учреждения"). При этом руководитель учреждения, в котором работает лицо, назначенное в качестве эксперта по делу, не вправе препятствовать выполнению этого поручения (ст. 78 УПК "Экспертиза"). Руководитель экспертного учреждения по поручению следователя в соответствии со ст. 187 УПК "Производство экспертизы в экспертном учреждении" поручает ее проведение экспертам, разъясняя им права и обязанности эксперта и предупреждает об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, отказ и уклонение от дачи заключения, о чем берет у них подписку.

### **Понятия судебно-медицинский эксперт, врач-эксперт, специалист**

Судебно-медицинскую экспертизу имеют право производить только лица с законченным высшим медицинским образованием и в качестве эксперта может быть приглашен любой *врач* независимо от специальности и занимаемой должности.

*Судебно-медицинские эксперты* – врачи, избравшие судебную медицину своей специальностью, получившие соответствующую подготовку и постоянно совершенствующие свои специальные знания, представляют собой категорию должностных лиц. Врачи же, выполняющие экспертные функции лишь эпизодически, именуется *врачами-экспертами*.

Судебно-медицинский эксперт, участвуя в первоначальных и других следственных действиях, выполняет функцию не эксперта, а лишь *специалиста* в области судебной медицины. Он содействует следователю в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств, дает соответствующие пояснения, знакомится с протоколом, составленным следователем, подписывает его. Деятельность специалиста регламентирована специальными статьями УПК и ГПК.

## **Права, обязанности и ответственность эксперта**

Судебно-медицинские эксперты обязаны являться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда и давать объективное заключение по поставленным перед ними вопросам; при этом если предложенный вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или имеющиеся материалы недостаточны для составления заключения, то эксперт сообщает о невозможности дачи заключения.

Эксперту предоставлено право:

- знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;
- заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;
- присутствовать при допросах и других следственных и судебных действиях, задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы (ст. 82 УПК "Обязанности и права эксперта").

По разъяснению эксперту его прав и обязанностей его предупреждают об ответственности за дачу заведомо ложного заключения (ст. 275 УПК "Разъяснение эксперту его прав и обязанностей").

Производство заведомо ложных экспертиз является уголовно наказуемым преступлением (ст. 307 УК РФ "Заведомо ложные показания, заключение эксперта или неправильный перевод"). В случаях, если эксперты без уважительных причин уклоняются от дачи заключений по предложению органов дознания, следствия или суда, то они также привлекаются к уголовной ответственности (ст. 309 УК РФ "Подкуп или принуждение к даче показаний, или уклонению от дачи показаний либо к неправильному переводу").

За разглашение данных предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя или лица, производившего дознание, установлена уголовная ответственность (ст. 310 УК РФ "Разглашение данных предварительного следствия").

## **Отвод эксперта**

Процессуальные нормы предусматривают ряд условий, при которых эксперту должен быть сделан отвод от участия в деле, в частности, когда эксперт:

- лично, прямо или косвенно заинтересован в деле;
- находился или находится в служебной или иной зависимости от обвиняемого, гражданского истца или гражданского ответчика;
- производил по данному делу ревизию, материалы которой послужили основанием для возбуждения уголовного дела;
- обнаружил свою некомпетентность;

- участвовал в деле в качестве специалиста, за исключением случая участия врача-специалиста в области судебной медицины, в наружном осмотре трупа (ст. 67 УПК "Отвод эксперта").

### **Судебно-медицинская экспертиза на дознании, в процессе предварительного следствия**

Предварительное следствие производят только после возбуждения уголовного дела следователями прокуратуры, ОВД, органами федеральной службы безопасности того района, где совершено преступление и следователями федеральных органов налоговой полиции (ст. 125, 129, 132 УПК).

Неотложные следственные действия по установлению и закреплению следов преступления (осмотр, обыск, выемка, освидетельствование, задержание, допросы подозреваемых, потерпевших и свидетелей) осуществляются органами дознания по делам, по которым обязательно должно производиться предварительное следствие. По выполнению неотложных следственных действий орган дознания обязан передать дело следователю (ст. 119 и ст. 126 УПК).

Если возникает необходимость в использовании судебно-медицинских знаний (ст. 78 УПК "Экспертиза" или ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы"), то на стадии предварительного следствия, как правило, назначают судебно-медицинскую экспертизу.

На стадии предварительного следствия очень важное значение имеет своевременность назначения судебно-медицинской экспертизы, поскольку первоначальный вид и состояние объекта (трупа, живого человека, вещественных доказательств) может подвергаться сильным изменениям и суждения оказываются затрудненными и неконкретными или вообще нет возможности сделать экспертные выводы.

Например, при задержке исследования трупа, когда развитие гнилостных процессов препятствует установлению причин смерти; при несвоевременном направлении на освидетельствование потерпевшей при изнасиловании, что лишает возможности судить о давности повреждений девственной плевы и различных частей тела; если виновника венерического заражения направляют на экспертизу через столь большой промежуток времени, что он успевает предпринять лечебные действия, рассчитанные на изменение первоначальной картины заболевания.

Предварительное следствие заканчивается составлением обвинительного заключения, если установлено наличие состава преступления и определено лицо, обвиняемое в его совершении (ст. 199 УПК "Окончание предварительного следствия").

На основании обвинительного заключения обвиняемого передают суду. Следователь, составивший и подписавший обвинительное заключение, направляет дело прокурору.

Судебно-медицинская экспертиза назначается дознавателем или следователем *постановлением* в письменной форме. В постановлении излагаются обстоятельства дела и основания для проведения экспертизы, указываются подлежащие разрешению вопросы и представленные эксперту для исследования материалы или объекты.

Согласно постановлению эксперт производит исследование материалов дела и других объектов. Следователь имеет право присутствовать при производстве экспертизы (ст. 190 УПК "Присутствие следователя при производстве экспертизы").

Эксперт с разрешения следователя может присутствовать при допросах, осмотрах места происшествия, при проведении следственных экспериментов для получения конкретных сведений, необходимых для заключения.

На предварительном следствии судебно-медицинские эксперты и врачи других специальностей могут привлекаться к участию в некоторых следственных действиях: к осмотру трупа на месте его обнаружения; к освидетельствованию лица, задержанного в связи с подозрением в совершении преступления; к участию в обыске, получении образцов для сравнительного исследования (ст.ст. 170, 179, 180, 181, 186 УПК).

В этих случаях врач приглашается в качестве специалиста в области судебной медицины для оказания помощи следователю.

В соответствии со ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта" и "Правилами производства судебно-медицинской экспертизы" от 10 декабря 1996 г. результаты всех видов судебно-медицинской экспертизы оформляют в виде документа, который именуется "*Заключение эксперта*". Его составляют, когда экспертизу производят по *постановлению* лица, осуществляющего дознание, следователя, прокурора, а также по *определению* суда.

При проведении судебно-медицинского исследования по *письменному поручению* органов дознания, следователя, прокурора, суда составляют "*Акт судебно-медицинского исследования*" или "*Акт судебно-медицинского освидетельствования*".

Оба эти документа имеют одинаковую структуру:

- вводную часть, включающую краткое изложение обстоятельств дела;
- исследовательскую часть;
- выводы (или заключение, если составляется "Акт судебно-медицинской экспертизы").

В заключении должно быть указано: когда, где, кем (Ф.И.О., образование, специальность, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании была произведена экспертиза, кто присутствовал при производстве экспертизы, какие материалы эксперт использовал, какие исследования произвел, какие вопросы были поставлены эксперту и его мо-

тивированные ответы. Если при производстве экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

Заключение дается в письменном виде и подписывается экспертом.

### **Оценка следователем заключения эксперта**

Оформленное по всем требованиям "Заключение эксперта" направляется из экспертного судебно-медицинского учреждения следователю по почте или нарочным с сопроводительным документом, в котором указываются все предметы и документы, возвращаемые следователю. Как правило, возвращаются все вещественные доказательства. Иногда с разрешения следователя в судебно-медицинском учреждении с различными целями могут быть оставлены некоторые вещественные доказательства или их части (например, для научно-методических целей).

В сопровождающих документах обязательно отмечается, что такие-то объекты оставлены в судебно-медицинском учреждении. В дальнейшем, при необходимости, следователь может потребовать их возвращения.

Получив "Заключение судебно-медицинской экспертизы", следователь должен оценить его. Оценку следует провести по следующим трем основным направлениям:

1. Соблюдение всех процессуальных требований.
2. Анализ информации, заключенной в самом документе.
3. Соответствие данных экспертизы другим доказательствам, собранным по делу.

По *первому* направлению следует обратить внимание на то, как были выполнены предписания процессуального законодательства. Несоблюдение процессуальных норм влечет за собой утрату заключения судебно-медицинского эксперта как доказательства. Во внимание принимаются наиболее существенные нарушения. К таковым могут быть отнесены следующие:

- производство экспертизы лицом, которое подлежало отводу;
- нарушение процессуального порядка направления объектов и образцов на экспертизу, в результате чего исследованию подверглись не те объекты и образцы;
- проведение экспертного исследования или его части лицом, которое не было назначено экспертом по делу в надлежащем порядке;
- лишение обвиняемого прав, указанных в ст. 185 УПК, тем самым устранение его от участия в производстве экспертизы.

По *второму* направлению следователем должен быть последовательно рассмотрен ряд вопросов:

- представлены ли эксперту все необходимые для дачи заключения объекты, те ли объекты, которые предполагалось, исследованы экспертом;
- достаточно ли полно проведено экспертное исследование;
- обосновано ли научно-экспертное заключение;
- вытекают ли выводы, сделанные экспертом, из проведенных им исследований, на все ли вопросы следствия и полно ли ответил эксперт;
- компетентен ли эксперт в тех вопросах, ответы на которые он дал в выводах своего заключения.

Только при наличии положительных ответов на все эти вопросы экспертиза по данному направлению может быть оценена положительно. Как правило, в судебно-медицинских экспертных учреждениях организован хороший контроль за выходными документами и, в первую очередь, за заключениями экспертов. Эту функцию выполняют наиболее опытные специалисты и руководители подразделений. В то же время, для оценки экспертного заключения следователь должен обладать определенными познаниями в области судебной медицины, иметь практический опыт работы.

По *третьему* направлению следователь должен сопоставить результаты экспертного исследования и другие доказательства по делу. При этом необходимо помнить, что заключение судебно-медицинского эксперта не является обязательным для следователя, однако несогласие с ним должно быть мотивировано. Если при оценке заключения судебно-медицинского эксперта следователь найдет его недостаточно полным и ясным, он вправе назначить дополнительную экспертизу (ст. 81 УПК). Но прежде чем ее назначить, следователь вправе, согласно ст. 192 УПК, попытаться выяснить недостаточно понятные ему положения первичной экспертизы путем допроса эксперта. При этом эксперт может собственноручно изложить ответы на вопросы следователя. Допрос оформляется протоколом с соблюдением требований ст.ст. 141, 142 УПК. Например, механизм наступления смерти или получения повреждений был сложным и отдельные элементы этого механизма могут быть поняты неоднозначно. В таких случаях эксперт, как правило, не имеет возможности подробно расписать все вероятные варианты механизма наступления смерти или получения повреждений, а при допросе возможно более детально представить его соображения по отдельным позициям, интересующим следствие.

Если допрос эксперта не внес ясности и полноты в заключение эксперта и требуется дополнительное исследование, то назначается дополнительная судебно-медицинская экспертиза. Она назначается тому же эксперту, который проводил первичную экспертизу или проводится комиссией экспертов. Наиболее частым поводом назначения повторной экспертизы (ст. 81 УПК) являются противоречия между данными первичной судебно-медицинской экспертизы и другими доказательствами по делу.

Перед назначением повторной экспертизы следует проверить все материалы, проконсультироваться со специалистами, убедиться в ее необхо-

димости, так как процесс проведения повторной экспертизы очень трудоемкий и длительный. Проведение экспертизы поручается другому эксперту или выполняется комиссией экспертов, в которую наряду с рядовыми экспертами входят руководители разного ранга. В соответствии со ст. 193 УПК "Предъявление обвиняемому заключения эксперта" заключение эксперта, протокол допроса эксперта или сообщение эксперта о невозможности провести экспертизу предъявляются обвиняемому. Он имеет право давать объяснения, заявлять возражения, просить о постановке дополнительных вопросов эксперту и о назначении дополнительной и повторной экспертизы. О выполнении требований этой статьи делается отметка в протоколе допроса обвиняемого.

Участие в допросах судебно-медицинского эксперта в качестве специалиста является особенно целесообразным при расследовании преступлений против жизни и здоровья, а также профессиональных правонарушений медицинских работников.

В связи с этим, например, могут быть полезными вопросы судебно-медицинского эксперта допрашиваемому лицу при установлении давности наступления смерти, положения потерпевшего в момент причинения ему травмы и его последующего состояния, в частности к сохранению способности к активным действиям, конкретных признаков и особенностей орудия травматизации и т.д. При расследовании медицинских правонарушений могут быть необходимы вопросы судебно-медицинского эксперта для уточнения применяемых методов диагностики, показаний или наличия противопоказаний к выбору проведения лечебного мероприятия.

Судебно-медицинский эксперт, анализируя показания допрашиваемого, может способствовать установлению новых данных, которые уточняют или восполняют материалы и доказательства расследуемого деяния.

#### **Участие судебно-медицинского специалиста в следственных осмотрах**

ст. 178 УПК "Основания для производства осмотра".

ст. 179 УПК "Порядок производства осмотра".

#### **Участие судебно-медицинского специалиста в следственных экспериментах**

Следователю предоставлено право производить следственный эксперимент для проверки и уточнения данных, имеющих значение для дела (ст. 183 УПК "Следственный эксперимент").

Для участия в эксперименте разрешается приглашать специалиста (судебного медика).

При следственном эксперименте воспроизводят обстановку и обстоятельства, события, подлежащие проверке, и проводят определенные действия, повторяющие это событие.

Следственный эксперимент может являться методом проверки доказательств, например, правильности, правдоподобности или противоречивости показаний свидетелей, объяснения подозреваемого или обвиняемого, а также быть источником получения новых доказательств.

Проведение следственного эксперимента допускается при условии, если при этом не унижается достоинство участвующих в нем лиц и окружающих, а также если не создается опасности для их здоровья.

Участие судебного медика в следственном эксперименте может быть необходимо при расследовании дел о насильственной смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай), об изнасиловании, о развратных действиях в отношении несовершеннолетних, криминальном аборте и других преступлениях против личности.

При расследовании таких дел могут понадобиться выявление или проверка слышимости, видимости, возможности совершить определенные действия, в частности в конкретный срок, установлении механизма возникшей травматизации и т.д.

По окончании следственного эксперимента составляют протокол, в котором излагают условия его проведения, количество проведенных опытов, ход каждого из них и результаты.

### **Судебно-медицинская экспертиза в процессе судебного следствия**

При рассмотрении уголовного или гражданского дела в суде может быть назначена судебно-медицинская экспертиза (ст. ст. 78, 184 УПК). Обычно суд вызывает того эксперта, который давал заключение на предварительном следствии; при невозможности этого приглашают другого эксперта.

Председатель суда разъясняет эксперту его права и обязанности и предупреждает об ответственности за дачу ложного и за отказ от дачи заключения.

В судебном заседании эксперт участвует при расследовании материалов дела, относящихся к экспертизе. С разрешения председательствующего он может задавать вопросы подсудимому, потерпевшему, гражданскому истцу, гражданскому ответчику, свидетелям (ст. 288 УПК); принимать участие в осмотрах вещественных доказательств и мест происшествия, в экспериментах и других действиях; проводить повторное освидетельствование потерпевшего или обвиняемого, исследование трупа или вещественных доказательств.

Суд, рассмотрев вопросы, представленные эксперту в письменной форме, устраняет не относящиеся к его компетенции, вносит новые вопросы и передает для дачи заключения.

Для составления заключения эксперту предоставляется (по его просьбе) необходимое время.

Заключение эксперт дает в письменной форме (ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта") и оглашает его в судебном заседании. При этом ему могут быть заданы вопросы для разъяснения и дополнения заключения.

Ответы на них и заключение приобщаются к протоколу судебного заседания.

## **2. Внепроцессуальная деятельность судебных медиков**

Охрана прав граждан не ограничивается рамками только процессуальных действий, ее границы значительно шире. Наиболее распространены следующие формы внепроцессуальной деятельности судебных медиков.

### **Судебная медицина в оперативно-розыскной деятельности**

Использование судебно-медицинских познаний в деятельности уголовного розыска напрямую связано с выполнением им своих основных задач:

- выявление, предупреждение, пресечение и раскрытие преступлений, а также выявление и установление лиц, их подготавливающих, совершающих или совершивших;
- осуществление розыска лиц, скрывающихся от органов дознания, следствия и суда, уклоняющихся от уголовного наказания, а также розыск без вести пропавших граждан и установление личности неизвестных лиц;
- добывание информации о событиях или действиях, создающих угрозу безопасности Российской Федерации.

В ходе работы по возбужденному уголовному делу оперативные подразделения органов внутренних дел выполняют самостоятельную работу, направленную на раскрытие преступления, а также работают по заданиям дознания, следствия, прокурора и суда. При этом необходимо отметить, что в рамках уголовного дела оперативные подразделения могут привлекать судебных медиков к внепроцессуальному взаимодействию без соответствующего оформления, в этом случае результаты, полученные медиками, не будут иметь статус доказательств.

Если по поручению следователя оперативные работники проводят следственное действие и привлекают к нему судебного медика, то оформленная соответствующим образом деятельность будет носить процессуальный характер, а полученные результаты будут иметь статус доказа-

тельств. Участие судебного медика в выполнении такого рода поручений следователя не относится к оперативно-розыскной деятельности.

Оперативно-розыскная деятельность осуществляется в форме оперативно-розыскных мероприятий. Задача специалистов судебных медиков – оказывать помощь сотрудникам оперативных аппаратов, а именно:

1. Исследование предметов и документов.
2. Сбор образцов для сравнительного исследования.
3. Отождествление личности.
4. Обследование помещений, зданий, сооружений, участков местности и транспортных средств.
5. Оперативный эксперимент, а также решение других задач, если при их выполнении возникают проблемы медико-биологического плана.

Специалист в области судебной медицины выполняет поручения оперативно-розыскных подразделений чаще всего по их письменной просьбе. В письме с просьбой провести исследование или принять участие в мероприятии указывается:

- цель участия специалиста;
- краткие обстоятельства случая;
- конкретные задачи и другая информация, необходимая для участия специалиста.

### **Деятельность судебных медиков по обеспечению доследственных проверок, осуществляемых правоохранительными органами**

В соответствии со ст. 109 УПК прокурор, следователь, орган дознания или судья обязаны принимать заявления и сообщения о любом совершенном или готовящемся преступлении и принимать по ним решение. Такими решениями могут быть:

- возбуждение уголовного дела;
- отказ в возбуждении уголовного дела;
- передача заявления или сообщения по подследственности или подсудности.

При неясности обстоятельств случая необходимо провести проверочные действия, направленные на выявление наличия или отсутствия оснований для возбуждения уголовного дела. Как правило, проверка обстоятельств осуществляется органом дознания.

В случаях, когда сообщение или заявление касается фактов смерти человека или причинение ему какого-либо вреда, в ходе проверки возникает необходимость привлечения судебных медиков. Например, при обнаружении трупов лиц без признаков насилия, умерших в условиях неочевидности от неизвестной причины, прежде чем отказать в возбуждении уголовного дела или возбудить его, необходимо установить причину смерти человека. В этом случае в рамках проверочных действий, проводимых ор-

ганом дознания, судебные медики в соответствии с запросом органа дознания производят судебно-медицинское исследование трупа. После установления причины смерти обоснованно может быть принято одно из трех решений, указанных в ст. 109 УПК "Обязательность рассмотрения заявлений и сообщений о преступлении".

Такого рода деятельность может быть осуществлена судебными медиками не только в случаях обнаружения трупа, но и при заявлении живых лиц о вреде, причиненном их здоровью, при обнаружении объектов биологического происхождения и при исследовании иных материалов.

Судебно-медицинское исследование в рамках проверочных действий правоохранительных органов осуществляется на основании письменных обращений последних. По результатам исследований оформляется:

- "Акт судебно-медицинского исследования трупа" – при исследовании трупа;

- "Акт судебно-медицинского освидетельствования живого лица" – в соответствующих случаях;

- "Справка по результатам исследования" – может быть оформлена при исследовании иных объектов или информационных материалов.

Таким образом, указанная выше деятельность судебных медиков имеет большое значение для выявления скрытых преступлений против жизни и здоровья людей.

### **Иные внепроцессуальные способы взаимодействия судебных медиков с правоохранительными органами**

Для повышения эффективности работы по раскрытию и расследованию преступлений большое значение имеет организация постоянного взаимодействия судебно-медицинских учреждений с органами дознания, следствия, судом. Можно отметить следующие формы организации взаимодействия, зарекомендовавшие себя в практической деятельности:

1. **Обмен аналитическими материалами.** Органы правоохранительной системы постоянно анализируют сложившуюся криминогенную обстановку, определяют факторы, влияющие на нее, прогнозируют дальнейшее развитие ситуации, планируют меры положительного воздействия. В свою очередь организационно-методические отделы и группы бюро судебно-медицинской экспертизы проводят работы по накоплению, обработке и систематизации опыта работы.

2. **Проведение организационно-методических совещаний** с приглашением руководителей судебно-медицинских подразделений в правоохранительных органах и, наоборот, с приглашением руководителей правоохранительных структур на таковые в судебно-медицинских экспертных учреждениях.

### **3. Совместное проведение научно-практических конференций.**

Цель проведения научно-практических конференций – обобщение опыта научной и практической работы за определенный период времени в определенных направлениях деятельности. Ценность их в том, что на них глубоко научно-практическому анализу подвергаются наиболее актуальные вопросы деятельности. Результаты работы научно-практических конференций оказывают влияние на разработку и внедрение долгосрочных программ развития.

4. **Организация общих научно-практических информационных объединений.** Объединения граждан по интересам на профессиональной основе вне рамок основной служебной деятельности, оказывают значительное положительное влияние на развитие профессиональной деятельности по месту основной работы.

5. **Взаимное обучение.** Постоянное образование – один из принципов поддержания высокого профессионального уровня сотрудников любого учреждения. Работа правоохранительных органов и помогающих им судебно-медицинских учреждений связана между собой общими целями, поэтому взаимодействие необходимо. Такое обучение, например, в рамках служебной подготовки, эффективно на любом уровне.

## **3. Самостоятельное использование судебно-медицинских данных дознанием, следствием и судом**

Все варианты использования судебно-медицинских познаний субъектами раскрытия и расследования преступлений можно разделить на две группы.

Первая группа вариантов – представители правоохранительных органов сами без помощи специалистов обнаруживают, фиксируют, изучают, анализируют, оценивают и используют доказательства медико-биологического плана. Полное проведение дела без участия специалиста судебного медика в случаях, когда по делу имеются соответствующие вещественные доказательства, практически невозможно, так как с процессуальной точки зрения в таком деле будут значительные нарушения. Но на отдельных этапах работы, когда возникли обстоятельства, исключающие возможность привлечения судебного медика, самостоятельная работа возможна и необходима. Например, из-за недостатков в организационном обеспечении большая часть трупов, обнаруженных без видимых признаков насилия, осматривается без участия медиков. Возникают ситуации, когда объекты биологического характера случайно появляются в поле зрения органов, занимающихся раскрытием и расследованием преступлений, например, в ходе обыска или другого следственного действия, когда участие специалиста судебного медика не предусматривалось. В таких ситуациях

работникам правоохранительных органов следует придерживаться нескольких правил:

- по возможности, откладывать работу с объектом до прибытия специалиста судебного медика;
- как можно более объективно зафиксировать состояние объекта биологического происхождения с применением технических средств;
- изымать объект следует с предосторожностями, так как при физическом воздействии на него могут быть внесены существенные изменения, кроме того, объекты биологического происхождения могут быть опасны для человека;
- сохранять объекты биологического происхождения необходимо в условиях, препятствующих гниению;
- изучать объекты на месте их обнаружения, можно только не изменяя их;
- объекты биологического происхождения необходимо в кратчайшие сроки доставить специалистам.

В момент обнаружения объекта биологического происхождения не следует спешно решать вопрос о его важности для дела. Лучше изъять много лишнего, чем не изъять что-то нужное.

Вторая группа вариантов – использование готовой информации, предоставляемой специалистами судебными медиками. При работе с готовой информацией от сотрудников правоохранительных органов требуется правильно понимать судебного медика и адекватно использовать полученную от него информацию.

#### **4. Организация судебно-медицинской деятельности в России**

Судебно-медицинская деятельность в широком понимании включает в себя практическую экспертную работу, научно-исследовательскую деятельность и систему подготовки кадров.

Судебно-медицинская экспертиза в России находится в ведении Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Оно осуществляет организационное руководство экспертизой через Главного судебно-медицинского эксперта России, который возглавляет Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ. Центр состоит из двух основных структурных подразделений:

1. Бюро судебно-медицинской экспертизы.
2. Научно-исследовательский институт судебной медицины.

На уровне субъектов РФ (области, края, республики), городов Москвы, Санкт-Петербурга и Сочи имеются бюро судебно-медицинской экспертизы, которые организационно-методически подчиняются Республиканскому центру судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ, а по администра-

тивно-хозяйственной линии находятся в подчинении органов управления здравоохранением в субъектах федерации. На уровне районов и городов функционируют районные, межрайонные и городские отделения бюро судебно-медицинской экспертизы, а также отдельные судебно-медицинские эксперты.

Бюро судебно-медицинской экспертизы имеет типовую структуру. Возглавляет бюро областной (краевой, республиканский) судебно-медицинский эксперт.

Согласно Приказа МЗ РФ № 131 от 21 апреля 1998 г. "О мерах по совершенствованию судебно-медицинской экспертизы" в составе бюро судебно-медицинской экспертизы должны быть следующие структурные подразделения:

1. Отдел исследования трупов (морг), в его составе имеется судебно-гистологическая лаборатория.

2. Отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц (судебно-медицинская амбулатория).

3. Судебно-медицинская лаборатория, в состав которой входят:

- судебно-биологическое отделение;

- судебно-химическое отделение;

- отделение медико-криминалистических исследований;

- биохимическое отделение;

- бактериологическое (вирусологическое) отделение;

- спектральная лаборатория;

- лаборатория судебно-медицинских молекулярных и генетических исследований.

4. Отдел сложных экспертиз.

5. Организационно-методический отдел.

6. Отделение внедрения новых технологий.

7. Отделение программированного и математического обеспечения.

8. Кабинет по работе с жалобами и заявлениями.

Судебно-медицинская педагогическая и научно-исследовательская деятельность осуществляется в основном на кафедрах судебной медицины высших медицинских учебных заведений. Целенаправленную подготовку врачей-специалистов в области судебной медицины и повышение их квалификации осуществляют институты усовершенствования врачей МЗ и МП РФ. Головной базой в этом является кафедра судебной медицины Российской медицинской академии постдипломного образования врачей.

В МВД РФ Приказом министра № 349 от 21 июля 1993 года утверждено положение об организации медико-криминалистических отделений (групп) в составе экспертно-криминалистических управлений (отделов) МВД, ГУВД, УВД, УВДТ. Кроме медиков-криминалистов в экспертно-криминалистических подразделениях работают также медики и биологи - специалисты по работе со следами биологического происхождения.

## Контрольные вопросы

1. "Судебная медицина" как предмет. Назовите группы наук, с которыми тесно связана судебная медицина.
2. Система судебной медицины.
3. Какие общенаучные и специальные методы относятся к судебной медицине?
4. Перечислите объекты, изучаемые судебной медициной.
5. Что включает в себя судебно-медицинская деятельность?
6. В ведении какого органа управления находится судебно-медицинская экспертиза в России?
7. Через кого Министерство здравоохранения и медицинской промышленности осуществляет организационное руководство экспертизой?
8. Из каких основных структурных подразделений состоит Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ?
9. Какие структурные подразделения имеются на уровне субъектов РФ?
10. Какова структура бюро судебно-медицинской экспертизы?
11. Перечислите главные практические задачи, которые решает судебная медицина, оказывая помощь в работе правоохранительных органов при раскрытии и расследовании преступлений против жизни и здоровья людей.
12. Какие различают формы работы судебных медиков?
13. Кто является главным потребителем судебно-медицинской работы?
14. Назовите наиболее распространенные формы внепроцессуальной деятельности судебных медиков.
15. Какие задачи решают специалисты судебные медики, оказывая помощь сотрудникам оперативных аппаратов?
16. На основании какого документа осуществляется судебно-медицинское исследование в рамках проверочных действий правоохранительных органов?
17. Какие документы оформляются по результатам судебно-медицинского исследования на основании письменных обращений правоохранительных органов?
18. Перечислите варианты самостоятельного использования судебно-медицинских данных дознанием, следствием и судом.
19. Что называют судебно-медицинской экспертизой?
20. Какими отраслями права регламентируется организация и проведение судебно-медицинской экспертизы?
21. В каких случаях существует обязательность назначения судебно-медицинской экспертизы?

22. Какие различают виды судебно-медицинской экспертизы и в каких случаях они назначаются?
23. Процессуальный порядок назначения и производства судебно-медицинской экспертизы.
24. Дайте определение понятиям судебно-медицинский эксперт, врач-эксперт, специалист.
25. Назовите права и обязанности эксперта.
26. При каких условиях эксперту должен быть сделан отвод?
27. Каким документом оформляются результаты всех видов судебно-медицинской экспертизы?
28. В каких случаях по результатам судебно-медицинского исследования оформляется "Заключение эксперта", а в каких – "Акт судебно-медицинского исследования"?
29. По каким трем основным направлениям следователь дает оценку "Заключению судебно-медицинской экспертизы"?

## ГЛАВА 2

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВШИХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ

УПК предусматривает обязательное проведение экспертизы по вопросам, относящимся к расследованию преступлений против жизни и здоровья человека.

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц является одним из наиболее частых видов экспертиз.

Поводами для ее проведения являются следующие:

1. **При причинении вреда здоровью** – установление характера и тяжести вреда здоровью, механизма возникновения, давности причинения, вида оружия (орудия), которыми они причинены, степени утраты стойкой общей и профессиональной трудоспособности;

2. **При заболеваниях и при подозрении на притворные и искусственные болезни** – определение общего состояния здоровья, симуляции, психического состояния, аггравации, искусственно вызванной болезни, самоповреждения (членовредительства) и другие;

3. **При спорных половых состояниях и при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности** – установление гермафродитизма, половой зрелости, бывшего полового сношения, половой способности, беременности, аборта, бывших родов, насильственного полового акта, отцовства, развратных действий, мужеложства и другие;

4. **При других поводах** – определение возраста, идентификации личности, заражения венерической болезнью, установление заболевания наркоманией или токсикоманией и другие.

#### 1. Процессуальный порядок назначения и производство судебно-медицинской экспертизы живых лиц

Судебно-медицинское исследование живого лица, проводимое на основе письменного обращения правоохранительных органов, называют освидетельствованием. Те же действия, осуществляемые на основании постановления следователя или определения суда, принимают процессуальные рамки экспертизы и выполняются с требованиями процессуального закона.

Экспертизу живых лиц (освидетельствование) проводят в амбулаториях бюро судебно-медицинской экспертизы, в стационарах, а также в кабинете следователя, помещении суда, местах заключения.

В случае производства экспертизы в амбулатории судебно-медицинский эксперт должен обязательно удостовериться в личности субъекта (по паспорту, удостоверению с фотографией).

Экспертизу (освидетельствование) следует производить безотлагательно, так как для более полного разрешения вопросов чрезвычайно важно зафиксировать имеющиеся первоначальные изменения.

Если состояние свидетельствуемого не позволяет эксперту выявить детали повреждения, он лишь фиксирует то, что можно обнаружить при визуальном осмотре, и направляет потерпевшего в лечебное учреждение для оказания квалифицированной медицинской помощи, но последующие осмотр и изучение медицинских документов обязательно.

Если органам правопорядка в ходе следственных действий необходимо срочно выяснить характер травмы и тяжесть вреда, причиненного здоровью, а потерпевший (подозреваемый или обвиняемый) длительное время находится на излечении в стационаре, то экспертизу (освидетельствование) проводят в нем, при этом в качестве консультантов целесообразно привлекать лечащих врачей данного лечебного учреждения.

Иногда при освидетельствовании (экспертизе) лиц, задержанных по подозрению (или обвинению) в совершении преступления, освидетельствование (экспертизу) проводят в кабинете следователя, местах заключений, на месте происшествия.

В исключительно редких случаях, когда потерпевший не может по состоянию здоровья явиться в судебно-медицинскую амбулаторию, возможно проведение экспертизы на дому по специальному постановлению (определению).

Осмотр должен проводиться не единолично, а в присутствии представителей судебно-следственных органов, так как могут возникнуть обвинения в неправильных или незаконных действиях эксперта.

Представители органов дознания, следствия и суда не могут присутствовать при осмотре лица, если он сопровождается обнажением лица другого пола.

При экспертизе (освидетельствовании) не допускаются действия, опасные для здоровья или унижающие достоинство свидетельствуемого.

При экспертизе по поводу преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности необходимо присутствие медицинского работника (фельдшера, медицинской сестры) для оказания помощи эксперту.

Гинекологический осмотр лиц, не достигших 16 лет, производится в присутствии родителей и педагога.

В отдельных случаях судебно-медицинскому эксперту приходится составлять заключение по представленным медицинским документам (карте стационарного больного, амбулаторной карте и т.д.). Подобная необходимость возникает в случае, когда свидетельствуемое лицо по каким-либо причинам отсутствует в данной местности или произошло полное заживление повреждений. При этом в распоряжение эксперта должны предоставляться только подлинники медицинских документов, в которых со-

держатся исчерпывающие данные о характере повреждений и течении посттравматического периода.

В соответствии с УПК судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц может быть первичной, дополнительной, повторной, в ряде случаев проводится комиссией экспертов, а также комплексной.

Алгоритм действия эксперта при судебно-медицинской экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц включает в себя следующие основные разделы:

1. Ознакомление с постановлением следователя (определением суда) о проведении судебно-медицинской экспертизы и вопросами, подлежащими рассмотрению экспертами;
2. Ознакомление с обстоятельствами травмы по материалам, представленным следователем, и со слов потерпевшего;
3. Осмотр одежды, обуви и выявление дефектов от повреждений;
4. Выявление и осмотр повреждений на теле;
5. Дополнительные исследования;
6. Составление "Заключения эксперта" и приложений к нему (схем, фотографий, результатов исследований и т.д.).

По результатам судебно-медицинской экспертизы потерпевшего, обвиняемого составляется *"Заключение эксперта"*. Если приводилось освидетельствование на основании мотивированного поручения правоохранительных органов, то пишется *"Акт судебно-медицинского освидетельствования"*.

Оба документа содержат вводную, описательную (исследовательскую) части и выводы.

В *вводной части* указывается кто, когда, где и на каком основании производил экспертизу, кто подвергался обследованию и с какой целью, кратко излагаются обстоятельства дела и перечисляются поставленные на разрешение экспертизы вопросы.

В *описательной части* подробно приводятся выявленные при осмотре свидетельствуемого объективные данные, результаты дополнительных исследований. Сюда же вносятся данные, полученные экспертом при изучении медицинских документов, отражающих состояние здоровья свидетельствуемого, результаты консультаций специалистов.

*Выводы* должны быть обоснованными, полными, конкретными, объективными, общепонятными по форме изложения и в пределах компетенции эксперта.

"Заключение эксперта" или "Акт судебно-медицинского освидетельствования" направляется инициатору исследования по почте или нарочным. Необходимо помнить, что экспертам запрещено выдавать эти документы на руки свидетельствуемым лицам.

## 2. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью

В соответствии со ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы" производство судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью является обязательным.

Однако судебно-медицинское исследование повреждений, причиненных живым лицам, несколько отличается от аналогичных исследований трупа. Отличия обусловлены следующим:

1. После причинения повреждений живому человеку оказывается медицинская помощь, в результате чего повреждения видоизменяются.

2. Повреждения, полученные живым человеком, со временем изменяются вследствие процессов заживления.

3. Судебный медик при исследовании повреждений на живом человеке не может применить всех методов исследования повреждений, которые обычно используются на трупах.

Несмотря на трудности, исследования повреждений, причиненных живым лицам, результативны в плане раскрытия и расследования преступлений.

Определение тяжести вреда здоровью, причиненного повреждением, входит в компетенцию судебных медиков. Квалификация преступлений по таким делам, фактически зависит от результатов судебно-медицинской экспертизы, что накладывает на судебных медиков большую ответственность.

При определении тяжести вреда здоровью судебные медики руководствуются базовыми положениями статей УК РФ, УПК и "Правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью" (от 10 декабря 1996 года).

Под **вредом здоровью** понимают либо телесные повреждения, то есть нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.

Судебно-медицинскую экспертизу тяжести вреда здоровью производят только на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или по определению суда.

При наличии письменного поручения органов прокуратуры, МВД и суда может производиться судебно-медицинское освидетельствование.

При судебно-медицинской экспертизе тяжести вреда здоровью составляют "Заключение эксперта", а при судебно-медицинском освидетельствовании – "Акт судебно-медицинского освидетельствования".

Судебно-медицинскую экспертизу вреда здоровью производит судебно-медицинский эксперт путем медицинского обследования потерпевших. При этом обязательно устанавливают личность свидетельствуемого

по паспорту или иному заменяющему его документу; предъявленный свидетельствуемым паспорт или заменяющий его документ указывают в "Заключении эксперта" ("Акте судебно-медицинского освидетельствования").

Производство экспертизы без обследования потерпевшего только по медицинским документам (карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и другим) допускается лишь в исключительных случаях при невозможности проведения экспертом обследования потерпевшего и при наличии медицинских документов, содержащих исчерпывающие данные о характере повреждений, их клиническом течении и иные сведения, необходимые для производства экспертизы.

Если необходимые медицинские документы эксперту не представлены, он заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о предоставлении соответствующих материалов. При производстве судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью судебно-медицинский эксперт обязан дать ответы на все поставленные вопросы, содержащиеся в постановлении (определении суда), за исключением тех, для решения которых эксперт не располагает необходимыми данными.

Таковыми вопросами могут быть следующие:

1. Наличие повреждений, медицинский характер повреждений, их локализация и состояние.
2. Вид орудия или средства, которыми могли быть причинены повреждения.
3. Механизм возникновения повреждений.
4. Давность причинения повреждений.
5. Тяжесть вреда здоровью (с указанием квалифицирующих признаков).

При производстве судебно-медицинского освидетельствования судебно-медицинский эксперт должен выявить и описать имеющиеся повреждения, их характер с медицинской точки зрения (ссадины, кровоподтеки, раны и т.д.), локализацию и свойства, определить тяжесть причиненного вреда здоровью. На другие вопросы, указанные в направлении на судебно-медицинское освидетельствование, эксперт имеет право не отвечать.

УК РФ различает: тяжкий вред здоровью, среднюю тяжесть вреда здоровью и легкий вред здоровью. Кроме того, УК РФ предусматривает особые способы причинения повреждений: побои, мучения, истязания, установление которых не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта. Решение этого вопроса относится к компетенции органов дознания, предварительного следствия, прокуратуры и суда.

Квалифицирующими признаками тяжести вреда здоровью являются:

- опасность вреда здоровью для жизни человека;
- длительность расстройства здоровья;
- стойкая утрата общей трудоспособности;
- утрата какого-либо органа или утрата органом его функций;

- утрата зрения, речи, слуха;
- полная утрата профессиональной трудоспособности;
- прерывание беременности;
- неизгладимое обезображение лица;
- психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.

Для установления тяжести вреда здоровью достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому признаку, который соответствует большей тяжести вреда здоровью.

При наличии повреждений, возникших от неоднократных травматических воздействий, тяжесть вреда здоровью, обусловленную каждым травмирующим воздействием, оценивают отдельно.

В случаях, когда множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, приводят совокупную оценку тяжести вреда здоровью. При разной давности возникновения повреждений оценку тяжести каждого из них производят отдельно.

При повреждении части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией учитывают только последствия травмы.

**В случаях наступления смерти** судебно-медицинский эксперт вправе произвести оценку тяжести вреда здоровью.

Вред здоровью оценивают как *тяжкий*:

- если он сам по себе явился причиной смерти или привел к наступлению смертельного исхода вследствие закономерно развившегося осложнения;
- если он имеет хотя бы один признак опасного для жизни вреда здоровью;
- если в медицинских документах зафиксирована клиническая картина угрожающего жизни состояния, являющегося следствием причинения данного вреда здоровью;
- если имеются анатомические признаки потери зрения, речи, слуха, производительной способности или в медицинских документах имеются сведения об утрате хотя бы одной из этих функций;
- если имеются анатомические признаки, указывающие на значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или на полную утрату профессиональной трудоспособности.

Вред здоровью оценивают как *средней тяжести* при отсутствии признаков, перечисленных выше, а также:

- если смерть наступила в сроки, превышающие 21 день после причинения вреда здоровью (по признаку длительности расстройства здоровья);
- если имеются анатомические признаки значительной стойкой утраты трудоспособности менее одной трети.

Если смерть потерпевшего наступила ранее 21 дня после получения травмы, то при обнаружении заживших в этот период повреждений вред оценивают по признаку кратковременного расстройства здоровья как *легкий вред здоровью*. Так же оценивают вред здоровью при наличии анатомических признаков, указывающих на незначительную стойкую утрату трудоспособности.

Если к моменту смерти заживление повреждений не наступило, то эксперт в заключении указывает наличие признаков вреда здоровью средней тяжести или легкого вреда здоровью.

Небольшие немногочисленные повреждения (ссадины, кровоподтеки, небольшие поверхностные раны), не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, не расцениваются как вред здоровью.

Если при исследовании трупа и изучении медицинских документов не находят объективных признаков для суждения об исходе причиненного вреда здоровью, то в заключении указывают, что оценить тяжесть не опасного для жизни вреда здоровью не представляется возможным в связи с наступлением смерти до того, как определился исход вреда здоровью.

Тяжесть вреда здоровью не определяют, если:

1. Диагноз повреждения или заболевания (патологического состояния) потерпевшего достоверно не установлен (клиническая картина носит неясный характер, клиническое и лабораторное обследования проведены недостаточно полно);

2. Исход не опасного для жизни вреда здоровью не ясен;

3. Свидетельствуемый отказывается от дополнительного обследования или не явился на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер вреда здоровью, его клиническое течение и исход;

4. Отсутствуют документы, в том числе результаты дополнительных исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и тяжести вреда здоровью.

В подобных случаях судебно-медицинский эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить тяжесть вреда здоровью, указывает какие сведения необходимы ему для решения этого вопроса, а также определяет срок повторного освидетельствования.

Составление каких-либо предварительных выводов, содержащих предположительное суждение о тяжести вреда здоровью, не разрешается.

## Тяжкий вред здоровью

**Статья 111 УК РФ "Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью".**

1. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека, или повлекшее за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа либо утрату органом его функции, или выразившееся в неизгладимом обезображении лица, а также причинение иного вреда здоровью, опасного для жизни или вызвавшего расстройство здоровья, соединенное со значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо для виновного полной утратой профессиональной трудоспособности либо повлекшее за собой прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией, наказывается лишением свободы на срок от двух до восьми лет.

2. Те же деяния, совершенные:

а) в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга;

б) с особой жестокостью, издевательством или мучениями для потерпевшего, а равно в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии;

в) общеопасным способом;

г) по найму;

д) из хулиганских побуждений;

е) по мотиву национальной, расовой, религиозной ненависти или вражды;

ж) в целях использования органов или тканей потерпевшего, наказывается лишением свободы на срок от трех до десяти лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они совершены:

а) группой лиц, группой лиц по предварительному сговору, или организованной группой;

б) в отношении двух и более лиц;

в) неоднократно или лицом, ранее совершившим убийство, предусмотренное статьей 105 настоящего Кодекса, - наказывается лишением свободы на срок от пяти до двенадцати лет.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть потерпевшего, - наказываются лишением свободы на срок от пяти до пятнадцати лет.

Признаком тяжкого вреда здоровью является опасный вред здоровью, а при отсутствии этого признака – последствия причинения вреда здоровью:

- потеря зрения, речи, слуха;
- потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций;
- неизгладимое обезображение лица;
- расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть;
- полная утрата профессиональной трудоспособности;
- прерывание беременности;
- психическое расстройство;
- заболевание наркоманией или токсикоманией.

**Опасным для жизни**, как указано в "Правилах судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью", является вред здоровью, вызывающий состояние, угрожающее жизни, которое может закончиться смертью. Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни.

Опасным для жизни вредом здоровью могут быть как телесные повреждения, так и заболевания и патологические состояния.

Опасными для жизни повреждениями являются:

1. Повреждения, которые по своему характеру создают угрозу для жизни потерпевшего и могут привести к смерти.

2. Повреждения, вызвавшие развитие угрожающего жизни состояния, возникновение которого не имеет случайного характера.

*К первой группе* опасных для жизни повреждений относятся:

- проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения головного мозга;
- открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;
- ушиб головного мозга тяжелой степени; ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела;
- проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга;
- переломы-вывихи и переломы тел или двухсторонние переломы дуг шейных позвонков, а также односторонние переломы дуг I и II шейных позвонков, в том числе и без нарушения функций спинного мозга;
- вывихи (в том числе подвывихи) шейных позвонков;
- закрытые повреждения шейного отдела спинного мозга;
- перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных и поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга;

- ранения, проникающие в просвет глотки, гортани, трахеи, пищевода, а также повреждения щитовидной и вилочковой железы;
- ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов;
- ранения живота, проникающие в брюшную полость;
- ранения, проникающие в полость мочевого пузыря или кишечника (за исключением нижней трети прямой кишки);
- открытые ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы);
- разрыв внутреннего органа грудной или брюшной полостей или полости таза, или забрюшинного пространства, или разрыв диафрагмы, или разрыв предстательной железы, или разрыв мочеточника, или разрыв перепончатой части мочеиспускательного канала;
- двухсторонние переломы заднего полукольца таза с разрывом подвздошно-крестцового сочленения с нарушением непрерывности тазового кольца, или двойные переломы тазового кольца в передней и задней части с нарушением его непрерывности;
- открытые переломы длинных трубчатых костей – плечевой, бедренной и большеберцовой, открытые повреждения тазобедренного и коленного суставов;
- повреждения крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерий или сопровождающих их вен;
- термические ожоги III-IV степеней с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела; ожоги III степени более 20% поверхности тела; ожоги II степени, превышающие 30% поверхности тела.

Ко *второй группе* опасных для жизни относятся повреждения, если они повлекли за собой угрожающие жизни состояния.

Опасными для жизни являются также заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных внешних факторов и закономерно осложняющиеся угрожающим жизни состоянием, или сами представляющие угрозу для жизни человека.

К угрожающим жизни состояниям относятся:

- шок тяжелой степени (III-IV степени) различной этиологии;
- кома различной этиологии;
- массивная кровопотеря;
- острая сердечная или сосудистая недостаточность, коллапс, тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;
- острая почечная или острая печеночная недостаточность;
- острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;
- гнойно-септические состояния;

- расстройства регионального и органного кровообращения, приводящие к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, эмболии (газовой и жировой) сосудов головного мозга, тромбоэмболии;
- сочетания угрожающих жизни состояний.

**Не опасный для жизни вред здоровью,  
являющийся тяжким по последствиям**

Под *потерей зрения* понимают полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до остроты зрения 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 м и до светоощущения).

Потеря зрения на один глаз представляет собой утрату органом его функций и относится к тяжкому вреду здоровью.

Потеря одного глазного яблока представляет собой потерю органа.

Потеря слепого глаза квалифицируется по длительности расстройства здоровья.

Под *потерей речи* понимают потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружающим, либо в результате потери голоса.

Под *потерей слуха* понимают полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо, как утрата органом его функций, относится к тяжкому вреду здоровью.

При определении тяжести вреда здоровью по признаку потери зрения или слуха не учитывают возможность улучшения зрения или слуха с помощью медико-технических средств (корректирующие очки, слуховые аппараты и т.п.).

*Потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций*, под которыми следует понимать:

1. Потерю руки, ноги, то есть отделение их от туловища или утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключаящие их деятельность). Потерю наиболее важной в функциональном отношении части конечности (кисти, стопы) приравнивают к потере руки или ноги. Кроме того, потеря кисти или стопы влечет за собой стойкую утрату трудоспособности более одной трети и по этому признаку также относится к тяжкому вреду здоровью;

2. Повреждения половых органов, сопровождающиеся потерей производительной способности, под которой понимают потерю способности к совокуплению, либо потерю способности к оплодотворению, зачатию, вынашиванию и деторождению;

3. Потерю одного яичка, являющуюся потерей органа.

*Психическое расстройство*, его диагностику и причинную связь полученным воздействием осуществляет судебно-психиатрическая экспертиза.

Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, наркоманию, токсикоманию, производит после проведения судебно-психиатрической, судебно-наркологической и судебно-токсикологической экспертизы судебно-медицинский эксперт с участием психиатра, нарколога, токсиколога.

Тяжесть психического заболевания, являющегося самостоятельным проявлением вреда здоровью, определяет судебно-психиатрическая экспертиза.

*Прерывание беременности*, независимо от ее срока является тяжким вредом здоровью, если оно находится в прямой причинной связи с внешним воздействием, а не обусловлено индивидуальными особенностями организма или заболеваниями свидетельствуемой.

Судебно-медицинскую экспертизу в этих случаях производят комиссионно с участием акушера-гинеколога.

К тяжкому вреду здоровью относят повреждения, заболевания, патологические состояния, повлекшие за собой *стойкую утрату общей трудоспособности не менее, чем на одну треть (не менее 35 %) при определенном исходе, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней.*

Установление *неизгладимого обезображения лица* не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, так как это понятие не является медицинским, то есть не существует медицинских критериев, на основании которых можно было бы в каждом конкретном случае решить вопрос, имеется обезображение лица или нет. Определение его входит только в компетенцию следователя и суда.

При повреждениях лица эксперт устанавливает их тяжесть в соответствии с признаками, содержащимися в "Правилах судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью". Кроме того, он должен определить, является ли повреждение изгладимым.

Под *изгладимостью* повреждения следует понимать возможность исчезновения видимых последствий повреждения или значительное уменьшение их выраженности (то есть выраженности рубцов, деформаций, нарушения мимики и др.) с течением времени, или под влиянием нехирургических средств. Если же для устранения этих последствий требуется косметическая операция, то повреждение считается неизгладимым.

## Вред здоровью средней тяжести

**Статья 112 УК РФ "Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью".**

1. Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, не опасного для жизни человека и не причинившего последствий, указанных в статье 111 настоящего Кодекса, но вызвавшего длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на 1/3,

- наказывается арестом на срок от трех до шести месяцев или лишением свободы на срок до трех лет.

2. То же деяние, совершенное:

а) в отношении двух и более лиц;

б) в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга;

в) с особой жестокостью, издевательством или мучениями для потерпевшего, а равно в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии;

г) группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

д) из хулиганских побуждений;

е) по мотиву национальной, расовой, религиозной ненависти или вражды;

ж) неоднократно или лицом, ранее совершившим умышленное причинение тяжкого вреда здоровью или убийство, предусмотренное статьей 105 настоящего Кодекса,

- наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

"Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью" называют следующие признаки вреда здоровью средней тяжести:

- отсутствие опасности для жизни;

- отсутствие последствий, указанных в статье 111 УК РФ и указанных выше (см. Тяжкий вред здоровью);

- длительное расстройство здоровья;

- значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее, чем на одну треть.

Под длительным расстройством здоровья следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью свыше 3-х недель (более 21 дня).

Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на одну треть следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30 % включительно.

## Легкий вред здоровью

**Статья 115 УК РФ "Умышленное причинение легкого вреда здоровью".**

*Умышленное причинение легкого вреда здоровью, вызвавшее кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности, - наказывается штрафом в размере от пятидесяти до ста минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного месяца, либо обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.*

Признаками легкого вреда здоровью являются:

- кратковременное расстройство здоровья;
- незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

Под *кратковременным расстройством здоровья* следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью не свыше 3-х недель (21 день).

Под *незначительной стойкой утратой общей трудоспособности* следует понимать утрату общей трудоспособности, равную 5 %.

## Побои, мучения, истязания

**Статья 116 УК РФ "Побои".**

*Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий причинивших физическую боль, но не повлекших последствий, указанных в статье 115 настоящего Кодекса,*

*- наказывается штрафом в размере до ста минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного месяца, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до шести месяцев, либо арестом на срок до трех месяцев.*

*Побои* не составляют особого вида повреждений. Они являются действиями, характеризующимися многократным нанесением ударов. В результате побоев могут возникнуть телесные повреждения. Однако побои могут и не оставить после себя никаких объективно выявляемых повреждений. Если в результате многократного нанесения ударов возникает вред здоровью (тяжкий, средней тяжести или легкий), то такие действия не рассматриваются как побои, а оцениваются как причинение вреда здоровью соответствующей тяжести.

Если после нанесения ударов свидетелю обнаруживаются повреждения (ссадины, кровоподтеки, небольшие раны, не влекущие за

собой утрату временной трудоспособности или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности), их описывают, отмечая характер повреждений, локализацию, признаки, свидетельствующие о свойствах причинившего их предмета, давности и механизме образования. При этом указанные повреждения не расценивают как вред здоровью и тяжесть их не определяют.

Если побои не оставляют после себя объективных следов, судебно-медицинский эксперт в заключении отмечает жалобы свидетельствуемого, в том числе на болезненность при пальпации тех или иных областей тела, отсутствие объективных признаков повреждений и не определяет тяжесть вреда здоровью. В подобных случаях установление факта побоев осуществляют органы дознания, предварительного следствия, прокуратура или суд на основании немедицинских данных.

Уголовный кодекс предусматривает особые способы причинения вреда здоровью, к которым относятся мучения и истязания (*п. б) ч. 2 ст. 111 и п. в) ч. 2 ст. 112 УК РФ*).

### ***Статья 117 УК РФ "Истязание".***

*1. Причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями, если это не повлекло последствий, указанных в статье 111 и 112 настоящего Кодекса,*

*- наказывается лишением свободы на срок до трех лет.*

Судебно-медицинский эксперт не устанавливает мучений и истязаний, однако он должен определить:

1. Тяжесть вреда здоровью, причиненного *мучениями*, под которыми понимают действия, причиняющие страдания (заболевания) путем длительного лишения пищи, питья или тепла; либо помещения (или оставления) потерпевшего во вредные для здоровья условия либо другие сходные действия;

2. Наличие, характер повреждений, их локализация, орудие и механизмы возникновения повреждений, давность и одновременность их нанесения, тяжесть вреда здоровью в случаях причинения его способом, носящим характер истязания.

Под *истязанием* понимают причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями (длительное применение боли щипанием, сечением, причинением множественных, в том числе небольших повреждений тупыми или острыми предметами, воздействием термических факторов и другие аналогичные действия).

## Установление степени стойкой утраты трудоспособности

Трудоспособность – понятие биосоциальное, так как она зависит не только от физических и духовных способностей человека, но и от тех общественных и социальных условий, в которых осуществляется его трудовая деятельность.

Различают:

- *общую* трудоспособность – способность к неквалифицированному труду;
- *профессиональную* – способность к труду в определенной профессии;
- *специальную* – способность к труду не только в определенной профессии, но и в определенных условиях.

В результате утраты трудоспособности развивается **нетрудоспособность**, которая может быть либо *стойкой* (постоянной), либо *временной* (то есть такой, когда через определенный промежуток времени здоровье потерпевшего и его трудоспособность восстанавливается).

Определение временной трудоспособности производится лечащими врачами стационаров и поликлиник – ВКК (врачебно-контрольными комиссиями) лечащих учреждений. Они выдают больному или пострадавшему от травмы листок временной нетрудоспособности или справку, по окончании действия которой человек вновь возвращается к своему прежнему труду.

Стойкая утрата трудоспособности и ее размеры определяются, кроме судебно-медицинских экспертов, также ВТЭК (врачебно-трудовыми экспертными комиссиями). В их задачу входит определение стойкой утраты трудоспособности, наступившей в результате заболеваний или травм, полученных в связи с производственной деятельностью.

Кроме различий в поводах для определения размеров стойкой утраты трудоспособности ВТЭК и при судебно-медицинской экспертизе, существует разница и в принципах оценки размера утраты трудоспособности.

ВТЭК оценивает его применительно к трем группам инвалидности и в процентах, в то время как судебно-медицинские эксперты, исходя из требований судов, определяют размеры стойкой утраты трудоспособности, которая принимается за 100 %.

В соответствии с законодательством вред, причиненный здоровью человека, возмещается пропорционально степени утраты трудоспособности.

При экспертизе тяжести вреда здоровью учитывают как временную, так и стойкую утрату трудоспособности.

С судебно-медицинской точки зрения стойкой следует считать утрату общей трудоспособности либо при определившемся исходе, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней (длительность рас-

стройства здоровья определяют по продолжительности временной утраты трудоспособности).

Судебно-медицинской экспертизой устанавливается утрата общей и профессиональной трудоспособности.

Для определения размера стойкой утраты общей трудоспособности используют таблицу, разработанную для целей страхования ("Таблица процентов утраты трудоспособности в результате различных травм").

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности эксперт руководствуется специальным Положением ("Положение о порядке установления врачебно-трудовыми экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах работникам, получившим увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение". Утверждено постановлением Правительства РФ от 23 апреля 1994 г. № 392).

Экспертизу проводят по определению суда.

Экспертиза определения стойкой утраты трудоспособности проводится только комиссионно. В задачу этих комиссий входит решение вопросов о наличии стойкой утраты трудоспособности и ее размере; установлении причинной связи между травмой и степенью утраты трудоспособности; о необходимости санаторно-курортного лечения, дополнительного питания, постоянного ухода, протезирования и других.

У детей стойкую утрату трудоспособности устанавливают по тем же правилам, как и у взрослых.

У инвалидов стойкую утрату трудоспособности в следствии повреждения определяют как у практически здоровых людей, наличие инвалидности во внимание не принимают.

Например, инвалиду первой группы, слепому при транспортном происшествии было причинено повреждение, в результате которого ампутирована стопа.

Потеря стопы влечет за собой стойкую утрату трудоспособности более чем 40 % (то есть не менее 1/3), поэтому повреждение является тяжким. Это же повреждение может рассматриваться как тяжкое и по другому признаку – по потере органа.

## Квалификация вреда здоровью

	<i>Признаки</i>	<i>Юридическая квалификация вреда здоровью</i>		
		Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, <i>ст. 111 УК РФ</i>	Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, <i>ст. 112 УК РФ</i>	Умышленное причинение легкого вреда здоровью, <i>ст. 115 УК РФ</i>
<b>1</b>	Опасный для жизни вред здоровью	<ul style="list-style-type: none"> <li>- повреждения по своему характеру создают угрозу жизни или могут привести к смерти;</li> <li>- повреждения, повлекшие за собой угрожающие жизни состояния.</li> </ul>		
<b>2</b>	Последствия причинения вреда здоровью	<ul style="list-style-type: none"> <li>- потеря зрения, речи, слуха, органа или утрата его функций;</li> <li>- неизгладимое обезображение лица;</li> <li>- прерывание беременности;</li> <li>- психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией;</li> <li>- полная утрата профессиональной трудоспособности;</li> <li>- стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (не менее 35 %).</li> </ul>	Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть (от 10 до 30 % включительно).	Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности, равная 5 %.
<b>3</b>	Длительное расстройство здоровья	Длительное расстройство здоровья свыше 120 дней.	Длительное расстройство здоровья свыше 3-х недель (больше 21 дня).	Кратковременное расстройство здоровья не более 3 недель (21 дня).

### **3. Судебно-медицинская экспертиза в целях определения состояния здоровья**

При осуществлении правоохранительной деятельности в отдельных случаях требуется установить физическое состояние или состояние здоровья лиц, задействованных в предварительном или судебном следствии. Как правило, экспертизы состояния здоровья проводятся комиссией врачей. Судебно-медицинское установление состояния здоровья осуществляется в следующих ситуациях:

1. Для определения физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания (ст. 79 УПК).

2. При отказе свидетеля, подсудимого и некоторых иных участников судебного процесса явиться в суд под предлогом плохого состояния здоровья, если документы об этом отсутствуют или их подлинность вызывает сомнение.

3. При отказе человека выполнять возложенные на него трудовые обязанности под предлогом болезни.

4. Для определения нуждаемости в санаторно-курортном лечении, усиленном питании и др., при осуществлении искового гражданского судопроизводства.

5. Отказ от выполнения обязанностей воинской службы под предлогом наличия заболевания, если простого медицинского освидетельствования или медицинских документов недостаточно для вывода о состоянии здоровья.

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

- изучаются медицинские документы (при проведении экспертизы они должны быть приобщены к делу);

- при необходимости организуется стационарное обследование свидетельствуемого;

- изучается анамнез (история развития заболевания со слов свидетельствуемого);

- производится непосредственный осмотр свидетельствуемого лица;

- в необходимых случаях проводятся лабораторные исследования.

Обычно, на практике, общее состояние здоровья определяют не судебно-медицинские эксперты, а лечащие врачи путем клинического обследования, дополнительных и лабораторных методов исследования. Они также занимаются установлением факта симуляции, аггравации.

#### **4. Судебно-медицинская экспертиза при спорных половых состояниях и при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности**

В УК РФ предусмотрена ответственность за ряд преступлений, которые принято называть преступлениями против половой неприкосновенности и половой свободы личности.

В частности:

*статья 131 "Изнасилование";*

*статья 132 "Насильственные действия сексуального характера";*

*статья 133 "Понуждение к действиям сексуального характера";*

*статья 134 "Половые сношения и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста";*

*статья 135 "Развратные действия".*

При указанных выше и некоторых других преступлениях, перед следствием возникают вопросы, разрешить которые можно только с помощью специальных медицинских познаний.

#### **Изнасилование (статья 131 УК РФ)**

Под изнасилованием понимают половое сношение с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшей или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния.

При производстве судебно-медицинской экспертизы в случаях изнасилования необходимо решить следующие вопросы:

1. Имеются ли достоверные признаки бывшего полового сношения?
2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы и какова давность ее нарушения?
3. Какие последствия вызвало половое сношение?
4. Имеются ли на теле потерпевшей повреждения, их характер, локализация, механизм образования, давность, тяжесть вреда здоровью, причиненного повреждениями?
5. Установить факт беспомощного состояния потерпевшей.

При изучении обстоятельств изнасилования следует анализировать условия, способствующие совершению насильственного полового сношения. Поэтому прежде чем приступить к осмотру тела и половых органов потерпевшей, необходимо тщательно расспросить ее об обстоятельствах происшедшего (изнасилование может сопровождаться половыми извращениями; встречаются случаи группового изнасилования).

Достоверными признаками изнасилования могут быть:

- повреждения в области половых органов;
- нарушение целостности девственной плевы (у лиц, не живших половой жизнью);

- обнаружение спермы во влагалище (с обязательным исследованием для определения групповой принадлежности спермы);
- беременность, совпадающая по сроку со временем изнасилования;
- заражение венерической болезнью.

Доказательством *совершенного полового акта* является обнаружение сперматозоидов в половых путях женщины (в заднем проходе, полости рта). С целью обнаружения сперматозоидов при осмотре потерпевшей необходимо незамедлительно взять стерильным тампоном влагалищное содержимое в ближайшем акушерско-гинекологическом учреждении (сперматозоиды сохраняются в половых путях до 3 суток). Исследование спермы на предмет установления и происхождения от конкретного лица проводят в лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы.

*Установление нарушения целостности девственной плевы.*

При входе во влагалище имеется анатомическое образование в виде дубликатуры слизистой оболочки, частично перекрывающее этот вход – девственная плева.

Выделяют несколько форм девственной плевы. В большинстве случаев при совершении первого полового акта девственная плева обязательно повреждается. Но некоторые варианты ее строения таковы, что сохраняются без нарушения до родов. Разрыв девственной плевы при первом половом сношении называют *дефлорацией*.

Судебно-медицинское определение состояния девственной плевы производится визуально. При осмотре видны разрывы, края кровоточат или пропитаны кровью. В среднем через 10-14 дней разрывы девственной плевы зарубцовываются, после чего точное установление давности ее нарушения невозможно.

Экспертиза половой неприкосновенности проводится в присутствии других лиц из числа медицинского персонала.

На теле потерпевшей могут быть обнаружены различные повреждения: кровоподтеки, ссадины, царапины от действия пальцев и ногтей рук, от укусов. Они могут располагаться на лице, шее, плечах, в области половых органов, на бедрах, спине, ягодицах и других частях тела. Эти повреждения являются лишь косвенным подтверждением факта изнасилования. Выявленные следы крови, спермы, волосы на теле, одежде и других предметах немедленно изымаются и направляются на судебно-медицинскую экспертизу в качестве вещественных доказательств.

Изнасилование с использованием *беспомощного состояния* может произойти при физической слабости женщины вследствие болезней, при обмороке, шоковом состоянии, психической болезни, алкогольном опьянении. Оценка таких состояний должна проводиться совместно с врачами-клиницистами.

Большое значение при расследовании изнасилования придается своевременному и тщательному освидетельствованию (экспертизе) подоз-

реваемого лица. Обнаружению определенных повреждений (например, возникших в результате борьбы), лабораторные исследования обнаруженных на теле и одежде подозреваемого вагинального содержимого, крови, спермы, слюны, волос, волокон одежды позволяют получить объективные доказательства бывшего полового сношения с конкретной женщиной.

Встречаются ложные или необоснованные обвинения в изнасиловании, сопровождающиеся самоповреждениями. Мотивы при этом могут быть самые разные.

Иногда подозреваемые в совершении изнасилования отрицают свою вину, ссылаясь на неспособность к совершению полового акта. В этих случаях имеют значения исследования, направленные:

- на изучение анамнеза (истории половой жизни и здоровья), которое проводится по медицинским документам, со слов подозреваемого и через показания свидетелей;

- на установление наличия или отсутствия морфологических особенностей, препятствующих совершению полового акта;

- на исследование деятельности половых желез мужчины.

К такого рода исследованиям привлекаются врачи соответствующих специальностей.

### **Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшем шестнадцатилетнего возраста (статья 134 УК РФ)**

Необходимость в производстве экспертизы как для установления возраста, так и по определению половой зрелости чаще возникает в случаях ответственности за половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшем шестнадцатилетнего возраста.

Под состоянием половой зрелости следует понимать достижение степени физического развития организма, когда имеется полная способность к физиологическому выполнению всех половых отправлений – совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, родоразрешению и вскармливанию ребенка – без вредных последствий для здоровья.

Медико-биологические исследования показывают, что в средне-русских климатических условиях половое созревание мужчины и женщины наступает к 16-18 годам. До 14 лет, как правило, они являются неполовозрелыми.

Поэтому в основном необходимость в определении половой зрелости возникает при работе с лицами обоих полов в возрасте от 14 до 16 лет.

Следует учитывать: показатели общего развития (рост, вес и другие); характеристики строения наружных и внутренних половых органов; функционирование половых желез; психическое развитие.

Если какие-то из указанных характеристик не соответствуют показателям, принятым для половозрелых лиц, то лицо признается неполовозрелым. Исследования на предмет половозрелости проводятся, как правило, комиссией врачей.

### **Установление беременности, бывших родов и аборта**

Установление беременности, бывших родов и аборта требует акушерско-гинекологического исследования. Судебные медики используют в своих целях результаты консультаций с этими специалистами.

Судебный медик решает в таких случаях:

- была ли у свидетельствуемой беременность;
- произошел ли аборт;
- в какой срок беременности произошел аборт;
- сколько времени прошло с момента производства аборта;
- каким способом был произведен аборт;
- какой вред причинил аборт здоровью свидетельствуемой;
- другие вопросы в зависимости от конкретных обстоятельств случая.

Многие вопросы могут быть решены только по совокупности данных, полученных при экспертизе, исследовании медицинских документов и других материалов дела, а также по результатам осмотра места происшествия. Сбор этих сведений должен быть произведен в основном сотрудниками органов внутренних дел при участии судебных медиков.

**К развратным действиям (статья 135 УК РФ)** относится обнажение половых органов ребенка с последующим прикосновением к ним руками, половым членом. Обычно такие действия совершаются в отношении несовершеннолетних. Систематические развратные действия могут способствовать раннему пробуждению у ребенка полового чувства.

Развратные действия обычно сопровождаются незначительными повреждениями, отмечаются поверхностные ссадины, кровоподтеки в слизистых оболочках наружных половых органов, их покраснение, которые через 2-3 дня проходят. Реже встречаются повреждения девственной плевы – надрывы, разрывы, кровоизлияния. В большинстве случаев развратные действия не оставляют никаких следов. В области половых органов и на одежде могут быть обнаружены следы спермы.

Решающим доказательством бывшего акта **мужеложства** (полового сношения мужчины с мужчиной) у пассивного партнера являются сперма в области заднего прохода и на слизистой оболочке прямой кишки, а также проявление венерических заболеваний.

**При судебно-медицинской экспертизе половых преступлений  
могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Достигла ли гражданка М. половой зрелости. Если да, то какими признаками это подтверждается?
2. Способен ли гражданин А. к половому сношению и оплодотворению. Если нет, то чем это обусловлено?  
Способна ли гражданка Б. к половому сношению и зачатию. Если нет, то какими причинами это обусловлено?
3. Нарушена ли девственная плева у гражданки А. Если да, то какова давность этого нарушения?
4. Позволяют ли форма и особенности девственной плевы у гражданки С. введению полового члена во влагалище без нарушения ее целостности?
5. Имеются ли признаки, указывающие на то, что с гражданкой К. был совершен половой акт. Если да, то какова давность полового сношения?
6. Каков характер и происхождение повреждений, имеющихся на теле. Могли ли эти повреждения быть получены в процессе борьбы с насильником (с учетом обстоятельства изнасилования)?
7. Имеются ли доказательства того, что пострадавшая в момент совершения с ней полового сношения находилась в беспомощном состоянии. Если да, то какими причинами это вызвано?
8. Беременна ли гражданка М., если да, то каков срок беременности?
9. Не было ли у гражданки Т. прерывания беременности, и если да, то на каком месяце, каким способом и чем это доказывается?
10. Не было ли самопроизвольного прерывания беременности?
11. Какие последствия имело прерывание беременности?
12. Какова тяжесть вреда здоровью в случае прерывания беременности и возникших в связи с ним осложнений?
13. Не связаны ли возникшие осложнения после прерывания беременности с антисанитарной обстановкой и способом производства аборта?
14. Имело ли место половое сношение или удовлетворение половой страсти в извращенной форме?
15. Имело ли место половое сношение мужчины с женщиной?
16. Имеются ли признаки, указывающие на развратные действия в отношении несовершеннолетнего М.?
17. Было ли введение полового члена во влагалище. Если да, то какими объективными данными это подтверждается?

## **5. Судебно-медицинская экспертиза заражения венерическими заболеваниями**

В уголовном законодательстве предусмотрена ответственность за заражение венерической болезнью – ст. 121 УК РФ.

В настоящее время венерическими болезнями считаются:

- сифилис;
- гонорея;
- мягкий шанкр;
- паховый лимфогранулематоз.

Характерной отличительной чертой этих заболеваний является то, что все они передаются от человека к человеку преимущественно половым путем. Судебно-медицинская экспертиза в таких случаях проводится комиссионно с участием врача-венеролога. При исследовании устанавливается наличие венерического заболевания, стадия и давность его возникновения как у лица, выступающего в качестве потерпевшего, так и подозреваемого. Полученные судебно-медицинские данные в совокупности со следственно-оперативными позволяют установить истину по делу. Аналогичные задачи решаются судебной медициной при расследовании случаев заражения СПИДом – ст. 122 УК РФ. Однако значение медицинских исследований при расследовании обстоятельств заражения СПИДом значительно меньше, так как инкубационный период этого заболевания (время, проходящее от момента заражения до момента первых проявлений болезни) может быть от нескольких месяцев до нескольких лет. При установлении наличия СПИДа у подозреваемого и потерпевшего лица факт заражения и другие обстоятельства устанавливаются следственно-оперативным путем.

## **6. Судебно-медицинское определение возраста**

Нередко в практической правоохранительной деятельности возникает необходимость установления возраста живого или мертвого человека. В частности, возраст живого лица требуется определить в случаях, когда оно не может или не желает сообщить эти сведения, а документы, содержащие информацию о возрасте, отсутствуют или вызывают сомнение в своей подлинности. При работе с неопознанными трупами, в том числе и с расчлененными, определение возраста – необходимый компонент деятельности, направленной на установление личности погибшего человека.

Уголовно-процессуальным законодательством предусмотрено обязательное назначение экспертизы (ст. 79 УПК): *"... для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют"*.

Возраст человека может быть установлен по строению (морфологии), иногда по функциональным особенностям органов и тканей человека. Возраст, определяемый таким образом, называют *анатомо-физиологическим*. Этот возраст отражает развитие органов и тканей тела человека, произошедшее с момента зачатия до момента исследования.

В правоохранительной деятельности используется так называемый *хронологический (паспортный)* возраст. Последний свидетельствует о количестве лет, прошедшем с момента рождения человека.

Судебные медики устанавливают анатомо-физиологический возраст. Возрастные изменения тела у людей происходят неодинаково. Одни развиваются быстрее, другие медленнее, старение также происходит в разные сроки. На показатели анатомо-физиологического возраста влияют и патологические процессы. Это обуславливает различия паспортного и анатомо-физиологического возрастов и влияет на результаты судебно-медицинского определения возраста. Для того, чтобы избежать влияния отдельных искажающих факторов на результаты определения анатомо-физиологического возраста, исследуют отдельные характеристики различных органов и тканей.

В своей жизни человек проходит следующие возрастные периоды.

1. Детский возраст – до 12 лет (имеет несколько подпериодов).
2. Подростковый возраст – от 12 до 17 лет.
3. Юношеский возраст – от 17 до 21 года.
4. Зрелый (средний) возраст – от 22 до 60 лет.
5. Пожилой возраст – от 60 до 75 лет.
6. Старческий возраст – свыше 75 лет.

Особенности анатомического и физиологического развития людей в разных возрастных периодах дают возможность устанавливать анатомо-физиологический возраст с различной степенью точности. В возрасте до одного года установить его можно с точностью до 1-1,5 месяца, у детей и подростков (до 12-17 лет) – с точностью до 2-3 лет, у зрелых людей – с точностью до 5 лет, у пожилых лиц – с точностью не более 10 лет. Установление возраста у живых лиц отличается от такого исследования применительно к мертвому телу и его частям. На живом человеке не может быть применен ряд методов, которые требуют нарушения тканей тела.

Со временем происходит трансформация внешности человека. Изменения лица и головы в целом служат для судебно-медицинского определения возраста. Признаки "взросления" и "старения" используются как для установления возраста живых лиц, так и для трупов.

Формирование черепа человека в основном заканчивается к 17-18 годам. К этому времени складываются пропорции головы взрослого человека. Затем с возрастом происходят многие изменения. Например, глазные щели становятся более узкими, посадка глаз несколько углубляется, значи-

тельно увеличиваются подглазничные мешки, в результате стирания и выпадения зубов происходят изменения в области рта и нижней части лица.

Старение кожи приводит к образованию складок и морщин. В частности, первые признаки морщин на лбу появляются примерно в 20 лет, после 35 лет они значительно усиливаются, носогубные складки начинают проявляться в 25 лет, становятся отчетливыми в 45 лет, морщины у внутренних и наружных углов глаз начинают появляться после 25 лет и становятся хорошо заметными к 45 годам, в 55-60 лет появляются морщины на мочке уха. На выраженность морщин и складок кожи оказывают влияние многие факторы. Например, у полных людей складки и морщины выражены слабее. Влияют факторы внешней среды, например, длительная и постоянная работа на открытом воздухе вызывает ускорение образования морщин и складок на лице. На указанные возрастные изменения оказывают влияние кожные и общие заболевания. Поэтому в результате исследования эксперт должен учитывать факторы, ускоряющие или замедляющие возрастные изменения и вносить коррективы.

Хорошие данные для определения возраста могут быть получены при изучении степени стертости зубов человека (при отсутствии грубых патологических изменений в зубо-челюстном аппарате).

Во всех возрастных группах при изучении черепа учитывают степень заращения швов.

Возрастные изменения костей играют большую роль в определении возраста у живых лиц, но еще большее значение они имеют при установлении возраста погибшего человека. В частности, в возрасте от 3 до 20-22 лет идет активное формирование костного скелета, происходит окостенение хрящевых участков костей. Ядра окостенения и места окостенения на участках соединения частей кости определяются рентгенологически. У детей происходит интенсивный рост всего тела в целом и отдельных его частей. Поэтому измерение роста и веса ребенка позволяют решать вопрос о возрасте. При исследовании костей скелета ребенка может быть установлен рост, а по нему возраст. Однако необходимо учитывать пол ребенка. Хорошие результаты дают измерения головы детей (продольный, поперечный). Аналогичные параметры измеряются на трупе. При оценке результатов учитываются (в дополнение к полу) антропологические и национальные характеристики. Используют для определения возраста и морфолого-функциональные характеристики полового созревания. В возрастной период от 14 до 18 лет наиболее интенсивно происходит половое созревание юношей и девушек. Поэтому в соответствующих случаях исследуют наличие и степень развития вторичных половых признаков. В частности, у девушек молочные железы увеличиваются примерно с 11 лет, а к 16-18 годам обычно уже развиты, оволосение на лобке и в подмышечных впадинах появляется с 11-13 лет, менструации – в 13-14 лет. У юношей оволосение на лобке и в подмышечных впадинах появляется в 13-16 лет, в 16-17 лет на-

чинают расти пушковые волосы на подбородке, с 16 лет начинается выраженный рост половых органов и усиливается их пигментация, в 15 лет появляются поллюции.

Таким образом, учитывая в совокупности результаты отдельных методов и методик, полученных в ходе работы, а также пол, антропологический тип, национальность, место проживания, наличие или отсутствие патологических изменений, других обстоятельств, судебные медики и антропологи формулируют вывод о возрасте субъекта.

### **Контрольные вопросы**

1. Поводы и цели судебно-медицинской экспертизы живых лиц?
2. Что понимают под освидетельствованием живого лица, в каких случаях говорят о судебно-медицинской экспертизе?
3. В каких учреждениях проводят судебно-медицинскую экспертизу (освидетельствование) живых лиц?
4. Перечислите виды судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц.
5. Какие разделы включает в себя алгоритм действия эксперта при судебно-медицинской экспертизе потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц?
6. В каких случаях по результатам судебно-медицинского исследования оформляется "Заключение эксперта", а в каких – "Акт судебно-медицинского освидетельствования"?
7. Какие части включает в себя "Заключение эксперта" ("Акт судебно-медицинского освидетельствования")?
8. На какие вопросы следствия эксперты могут ответить при судебно-медицинской экспертизе потерпевших, подозреваемых и других лиц?
9. Можно ли выдавать "Заключение эксперта" ("Акт судебно-медицинского освидетельствования") свидетелюемому лицу?
10. Какими базовыми документами руководствуются судебные медики при определении тяжести вреда здоровью?
11. Есть ли отличия между судебно-медицинским исследованием повреждений, причиненных живым лицам и аналогичными исследованиями повреждений на трупе? Чем это обусловлено?
12. Что понимают под вредом здоровью?
13. На основании какого документа производят судебно-медицинскую экспертизу тяжести вреда здоровью?
14. Юридическая квалификация вреда здоровью.
15. Назовите особые способы причинения повреждений, предусмотренные УК РФ.
16. Какие признаки тяжести вреда здоровью являются квалифицирующими?

17. Какой вред здоровью является опасным для жизни?
18. Каким образом определяют длительность расстройства здоровья?
19. Что понимают под стойкой утратой трудоспособности?
20. Каким документом руководствуется судебно-медицинский эксперт при определении величины стойкой утраты общей трудоспособности, при определении степени утраты профессиональной трудоспособности?
21. Как определить длительность временной нетрудоспособности?
22. Назовите признаки тяжкого вреда здоровью.
23. Перечислите отдельные повреждения, которые относятся к первой группе опасных для жизни повреждений.
24. Какие опасные для жизни повреждения относят ко второй группе?
25. В каких случаях заболевания или патологические состояния могут стать опасными для жизни?
26. Какие состояния относятся к опасным для жизни?
27. Перечислите последствия не опасного для жизни вреда здоровью, но являющегося тяжким по последствиям.
28. Назовите признаки вреда здоровью средней тяжести.
29. Назовите признаки легкого вреда здоровью.
30. Какие действия понимают под побоями? Назовите статью УК РФ.
31. Какие действия понимают под мучениями и истязаниями? Назовите статьи УК РФ.
32. Смерть от причинения тяжкого, средней тяжести и легкого вреда здоровью.
33. В каких статьях УК РФ предусмотрена ответственность за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности?
34. На какие вопросы следствия, суда могут ответить эксперты при проведении судебно-медицинских исследований по факту преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности?
35. Какие болезни в настоящее время считаются венерическими?
36. Назовите вид судебно-медицинской экспертизы заражения венерическими заболеваниями. Что она может установить? Перечислите статьи УК РФ.
37. В каких случаях проводится судебно-медицинское определение возраста?
38. Перечислите возрастные периоды в жизни человека?
39. Дайте толкование понятиям "хронологический" возраст и "анатомо-физиологический" возраст?
40. Что учитывают, формулируя вывод о возрасте субъекта?

## ГЛАВА 3

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПА

Мертвое тело человека – сложный объект судебно-медицинской деятельности. Для более эффективного решения вопросов, интересующих правоохранительные органы в случаях обнаружения трупов, судебные медики на основе собственных исследований и данных других медико-биологических наук разработали теорию процесса умирания и смерти. Наука о смерти, которая изучает вопросы, касающиеся терминального состояния организма, динамики процесса умирания, клинических, биохимических и морфологических изменений, сопровождающих смерть, называется *танатологией*. Судебно-медицинская танатология изучает смерть с позиций интересов правоохранительных органов, раскрывающих и расследующих преступления.

#### 1. Классификация смерти

В соответствии с наиболее распространенной классификацией смерть делится на: *естественную* (в результате глубоких возрастных изменений – от старости) и *патологическую* (как следствие различных повреждений, заболеваний, патологических состояний в организме).

Патологическая (преждевременная) смерть подразделяется на категории: насильственную и ненасильственную.

*Насильственной* принято считать смерть, наступившую в результате воздействия на организм внешнего фактора (механического, химического, физического и других).

*Ненасильственная* смерть – смерть, наступившая от заболевания.

По роду, в зависимости от условий возникновения, насильственная смерть может быть:

- *убийством* – когда смерть обусловлена неправомерным лишением жизни одним лицом по отношению к другому;

- *самоубийством* – когда наблюдается преднамеренное лишение жизни самого себя;

- *несчастливым случаем* – смерть возникшая при случайном стечении непредвиденных обстоятельств, в связи с производством и вне производства.

По характеру фактора, который привел человека к смерти, выделяют следующие:

- при насильственной смерти – от механических повреждений, от механической асфиксии, от отравления, от воздействия крайних температур, от электротравмы, от изменения атмосферного давления, действия лучистой энергии;

- при ненасильственной смерти – от заболеваний сердечно-сосудистой системы, заболеваний органов дыхания, заболеваний центральной нервной системы, заболеваний желудочно-кишечного тракта, новообразований, инфекций, как следствие беременности и родов и т.д.

Рассмотрим общие положения судебно-медицинской танатологии, которые характерны для всех категорий, родов и видов смерти.

## **2. Посмертные изменения трупа**

Посмертные изменения, развивающиеся на трупе, по своей биологической сути могут быть разделены на три большие группы.

1. Ранние трупные явления – явления, обусловленные прекращением процессов жизнеобеспечения органов и тканей. Это трупные пятна, трупное окоченение, трупное охлаждение, трупное высыхание и аутолиз.

2. Явления переживаемости тканей – ответные реакции умирающих тканей на внешние раздражители – электрические, механические и химические. Чем больше времени проходит с момента смерти, тем меньше эти реакции проявляются.

3. Поздние трупные явления – изменения трупа, наступающие после того, как закончат свое развитие ранние трупные явления. К ним относят: гниение, мумификацию, скелетирование, жировоск, торфяное дубление.

На появление и развитие трупных явлений оказывают влияние многие внешние и внутренние факторы. Основными внутренними факторами являются степень упитанности, возраст, наличие острых и хронических заболеваний, степень алкоголизации организма и другие. Значительное влияние на эти процессы оказывают причина смерти и сопровождающие ее явления такие, как кровопотеря, продолжительность и выраженность агонального периода. К внешним условиям, оказывающим влияние на развитие посмертных процессов, относят: температуру окружающего воздуха, влажность, развитие флоры и фауны окружающей среды. Имеет значение характер одежды.

### **Ранние трупные изменения**

**Трупные пятна** – это изменения цвета кожных покровов трупа вследствие накопления крови в тканях трупа. Процесс образования трупных пятен следующий. После остановки кровообращения кровь, содержащаяся в кровеносной системе, под действием силы тяжести постепенно опускается в нижележащие отделы тела, переполняя в основном венозную часть кровеносного русла. Просвечиваясь через кожные покровы, эта кровь и придает им характерную окраску: фиолетово-синеватую или пур-

пурно-синюю. В своем развитии трупные пятна проходят три стадии: гипостаза, диффузию, имбибицию.

*Гипостаз* – стадия, на которой кровь опускается в нижележащие отделы тела, переполняя их сосудистое русло. Начинается эта стадия сразу после остановки кровообращения. Если смерть была без кровопотери и кровь в трупе жидкая, то первые признаки изменения окраски кожных покровов можно наблюдать уже через 30 минут. Заметное развитие трупных пятен наступает через 2-4 часа после наступления смерти. Основным приемом определения стадии развития трупных пятен является надавливание на них с целью установления изменения ими окраски. Если трупные пятна исчезают или ослабляют свою окраску, то необходимо фиксировать через какой период времени они ее полностью восстанавливают. При изменении положения трупа в этой стадии развития трупных пятен они полностью перемещаются на новые места, в нижележащие отделы тела. Стадия гипостаза в среднем продолжается 12-14 часов.

*Диффузия (стаз)* начинает развиваться через 12-15 часов после наступления смерти. В этой стадии перерастянутые стенки сосудов становятся более проницаемыми и через них начинается обмен жидкостями, не характерный для живого организма. Лимфа и межклеточная жидкость постепенно проникает через стенки сосудов внутрь их и примешивается к крови, они способствуют гемолизу эритроцитов. Жидкая часть крови тоже проникает через стенки сосудов и пропитывает окружающие их ткани. В стадии диффузии при надавливании на трупные пятна они не исчезают полностью, а лишь бледнеют, а через некоторое время восстанавливают свой цвет. При изменении позы трупа в этот период времени трупные пятна частично перемещаются в те отделы тела, которые становятся нижележащими, а частично остаются на старом месте за счет пропитывания тканей, окружающих сосуды. Полное развитие этой стадии происходит в период от 12 до 24 часов.

*Имбибиция* – третья стадия развития трупных пятен. В этот период смесь из лимфы, межклеточной жидкости и просочившейся из сосудов крови, пропитывает кожу, подкожно-жировую клетчатку и другие ткани тела в нижележащих отделах. Этот процесс пропитывания тканей кровью начинается к концу первых суток после наступления смерти и полностью заканчивается после 24-36 часов с момента наступления смерти. При надавливании на трупное пятно оно не бледнеет. При перемещении такого трупа трупные пятна не изменяют своего местоположения.

Методика давления на трупное пятно заключается в следующем. Давление обычно производят в межлопаточных или поясничных областях, отступая 2-3 см от средней линии. Давление производится специальным динамометром, а при его отсутствии ладонной поверхностью ногтевой фаланги указательного пальца. Продолжительность давления 3 секунды, сила давления должна составлять 2 кг на 1 см<sup>2</sup>. Время восстановления окраски

трупного пятна засекают по секундомеру. После нажатия на трупное пятно труп необходимо повернуть так, чтобы место давления заняло свое первоначальное положение, то есть такое, при котором формировалось трупное пятно.

Необычный цвет трупных пятен может свидетельствовать о причине смерти. Если человек умер при явлениях значительной кровопотери, то трупные пятна будут выражены очень слабо. При смерти от отравления угарным газом они яркие, красные из-за большого количества карбоксигемоглобина, при действии цианидов – красно-вишневые, нитритов – серовато-коричневого цвета. Изменения, наблюдаемые у поверхности кожи, происходят и во внутренних органах. Эти изменения изучаются при вскрытии полостей тела и внутренних органов.

Оценка трупных пятен в динамике с учетом внешних и внутренних условий, влияющих на развитие этого посмертного явления, позволяет решить ряд судебно-медицинских вопросов.

1. Трупные пятна – безусловный признак смерти.
2. Трупные пятна свидетельствуют о положении трупа после смерти и об изменении этого положения.
3. Динамика развития трупных пятен – один из посмертных процессов, позволяющих судить о давности наступления смерти.
4. Степень выраженности трупных пятен дает основания судить о скорости наступления смерти (о длительности агонального периода).
5. Цвет трупных пятен в некоторых случаях позволяет судить о возможной причине смерти, а также об условиях нахождения трупа после смерти.

Данные для определения давности наступления смерти приведены в таблице (по В.Е. Локтеву и Б.А. Федосюткину).

**Определение давности наступления смерти  
по времени восстановления окраски трупных пятен  
после дозированного надавливания**

Время восстановления окраски трупных пятен			
<i>Характер изменения окраски</i>	<i>При быстро наступившей смерти</i>	<i>При смерти с длительной агонией</i>	<i>Давность смерти, в часах</i>
Полностью исчезают ( <i>гипостаз</i> )	3-5 сек.	5-10 сек.	2
	5-10 сек.	10-30 сек.	4
	10-20 сек.	30-40 сек.	6
	20-40 сек.	40-60 сек.	12
Частично исчезают ( <i>диффузия</i> )	1-2 мин.	3-5 мин.	18
	5-10 мин.	15-30 мин.	24
	30-40 мин.	40-60 мин.	до 30
Не изменяют окраски ( <i>имбиция</i> )	Не изменяют окраски		свыше 36-48

**Трупное окоченение.** Трупным окоченением называют состояние мышц трупа, при котором они уплотняются и фиксируют части трупа в определенном положении.

Непосредственно после наступления смерти все мышцы тела человека расслабляются, теряют свойственную им прижизненную упругость, лицо принимает спокойный вид. После прекращения основных процессов жизнедеятельности во всех мышцах тела начинаются сложные биохимические процессы. Процесс окоченения развивается одновременно во всей скелетной и гладкой мускулатуре. Его проявления наступают поэтапно, сначала в мелких, затем в крупных мышцах и группах мышц. Начинает развиваться трупное окоченение через 2-4 часа после наступления смерти. Через 8-14 часов все мышцы находятся в состоянии окоченения. Затем через два дня трупное окоченение начинает исчезать (разрешаться).

Оценка трупного окоченения производится по трехбальной системе (слабое, умеренное, хорошее). Принцип неравномерного проявления трупного окоченения в крупных, средних и мелких мышцах положен в основу определения давности наступления смерти по трупному окоченению.

Трупное окоченение развивается не только в скелетной мускулатуре, но и в гладких мышцах внутренних органов. Вследствие этого во внутренних органах происходят некоторые посмертные процессы, которые необходимо учитывать при исследовании трупов.

Процесс развития и разрешения трупного окоченения подвержен значительному влиянию внешних и внутренних факторов. При повышен-

ной температуре окружающего воздуха (выше +25°C) окоченение развивается быстрее, при пониженной температуре эти процессы замедляются. В сухом воздухе – быстрее, во влажном – медленнее. У лиц с развитой мускулатурой достигает большей выраженности, и наоборот у детей, стариков, истощенных и больных людей это трупное явление медленно формируется и менее выражено. Трупное окоченение развивается сильнее при травмах и ожогах, большой потере крови, заболеваниях холерой, столбняком, эпилепсией.

Трупное окоченение может быть разрушено искусственно путем приложения физических усилий.

Нарушенное трупное окоченение в течение 10 часов после наступления смерти обладает способностью восстанавливаться, но в более слабой степени. Вследствие этого вложенные в руку трупа предметы (нож, пистолет) в дальнейшем могут оказаться плотно зажатыми, имитируя якобы прижизненные действия, что может привести к неправильным выводам. Спустя 10-12 часов после наступления смерти нарушенное трупное окоченение не восстанавливается и мышцы остаются в расслабленном состоянии.

Исследование мышечного окоченения при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения и в морге позволяет получить информацию для решения следующих вопросов.

1. Трупное окоченение – достоверный признак смерти.
2. Динамика развития и разрешения трупного окоченения позволяет решать вопрос о давности наступления смерти.
3. Иногда, предсмертная поза трупа, сохраненная трупным окоченением, дает возможность судить о положении тела человека в момент смерти и предположить причину смерти.

Ниже, в таблице приводятся сроки возникновения и разрешения трупного окоченения (по В.Е. Локтеву и Б.А. Федосюткину).

**Сроки развития и разрешения (исчезновения)  
трупного окоченения в отдельных группах мышц**

№ n/n	Группы мышц	Время появления трупного окоченения (в часах)		Время разрешения трупного окоченения (в часах)	
		минимум	максимум	минимум	максимум
1.	Нижняя челюсть	2	6	24	40
2.	Шея, пальцы рук, ног	3	7	28	41
3.	Предплечье	4	8	30	44
4.	Плечи	6	10	31	46
5.	Бедра	7	11	31	46
6.	Стенки живота	8	13	35	50

**Охлаждение трупа.** В норме у живого человека температура тела, измеренная в подмышечной впадине, находится в пределах от 36,4°C до 36,9°C. Во внутренних органах температура выше на 0,3-0,5 градуса. Постоянная температура обеспечивается процессами терморегуляции. Эти процессы прекращаются после остановки регулирующей деятельности центральной нервной системы и температура начинает снижаться до температуры окружающей среды. Следует помнить, что температура тела в момент смерти человека может быть выше указанной нормы на 1-3°C за счет инфекционных заболеваний, отравлений, перегреваний организма и им подобных процессов.

Скорость охлаждения трупа зависит от многих внешних и внутренних факторов. В первую очередь от температуры окружающего воздуха, чем она ниже, тем интенсивнее протекает охлаждение трупа. При температуре окружающего воздуха выше температуры тела труп вообще не будет остывать. Во влажной холодной среде охлаждение происходит интенсивнее. Большую роль играет наличие и состояние одежды. Важна температура, теплопроводность и теплоемкость вещества, на поверхности которого находится труп. Играют роль проветриваемость помещения, попадание прямых солнечных лучей и т.д. Из внутренних факторов наибольшее значение имеют такие, как упитанность, антропометрические данные, возраст (трупы детей и пожилых людей остывают быстрее). Люди, истощенные и ослабленные болезнью, потерявшие много крови, после смерти теряют температуру более интенсивно. При нахождении человека в условиях минусовой температуры поверхностные части тела могут быть значительно охлажденными, "ледяными" на ощупь, при этом внутри тела человека будет достаточно высокая температура.

В целях решения судебно-медицинских вопросов необходимо грамотно использовать методы определения температуры тела. Вначале определяют температуру тела на ощупь на открытых участках тела и под одеждой в области груди, живота, в подмышечных и паховых областях.

Охлаждение, ощутимое на ощупь, отмечается на кистях трупа уже через 2 часа после наступления смерти, тепло под одеждой сохраняется 6-8 часов, дольше всего тепло ощутимо в подмышечных и паховых областях. Полное охлаждение трупа до комнатной температуры происходит примерно за 24 часа. Измерять температуру следует дважды с интервалом 1 час. Это позволяет точнее зафиксировать динамику процесса падения температуры.

Исследуя процесс остывания трупа, можно получить информацию для решения ряда вопросов.

1. Понижение температуры тела в прямой кишке ниже +20°C – достоверный признак наступления смерти.

2. По изменению температуры тела можно судить о давности наступления смерти.

3. При обнаружении повышенной температуры у трупа в первый час после смерти, можно сделать предположение о некоторых обстоятельствах, предшествовавших смерти.

В таблице приведены данные, опубликованные В.Е. Локтевым и Б.А. Федосюткиным.

**Динамика снижения ректальной температуры трупа, находящегося при температуре окружающей среды +18°С, с учетом развития подкожно-жировой клетчатки и мышц**

Интервал времени, в часах	Скорость снижения температуры, в градусах		
	Развитие подкожно-жировой клетчатки и мышц		
	пониженное	среднее	повышенное
1-3	0,75	0,55	0,45
4-6	1,45	1,10	0,90
7-9	1,30	1,10	0,90
10-12	0,90	0,80	0,75
более 12	0,75	0,55	0,75

**Трупное высыхание** начинается непосредственно после смерти с наиболее увлажненных и незащищенных участков поверхности тела.

Жидкость, испаряясь, приводит к высыханию, уплотнению и потемнению этих участков. Такими участками тела являются те, на которых поврежден поверхностный слой кожи, а также поверхности слизистых оболочек, открытые внешней среде, участки перехода от слизистых оболочек к кожным покровам, участки рыхлого эпидермиса. Быстрее на теле подсыхают прижизненные и посмертные повреждения, глазные яблоки, мошонка и головка полового члена у мужчин, половые губы у женщин, область красной каймы губ, кончик выступающего изо рта языка, позднее – кончики пальцев, кончик носа, ушные раковины и другие. Процесс высыхания зависит в первую очередь от температуры воздуха и влажности. При обычных комнатных условиях подсыхание становится заметным через 2-3 часа на роговицах и белочных оболочках глаз, если они открыты. Высыхание роговиц выглядит как их помутнение. Через 6-12 часов открытые участки глазных яблок становятся желтовато-серыми.

Признаки трупного высыхания анализируются судебно-медицинскими экспертами для установления времени наступления смерти, а также для выявления фактов изменения условий нахождения трупа, если таковые имели место.

**Трупный аутолиз.** После наступления смерти дезорганизованные ферменты тканей продолжают свое воздействие на окружающие структуры, разрушая их в той или иной степени. Признаки воздействия ферментов

обнаруживаются в основном при вскрытии трупа. По ним так же решают вопрос о давности наступления смерти.

### Поздние трупные изменения

Поздние трупные явления могут быть разделены на две группы. Первая – разрушительные, вторая – консервирующие. На трупе они могут протекать раздельно или вместе. Все поздние трупные явления в целом характеризуются очень сильной зависимостью от условий нахождения трупа и большим разбросом временных характеристик их протекания, что значительно осложняет их использование для решения судебно-медицинских вопросов.

**Гниение** развивается в результате воздействия на ткани микроорганизмов. После смерти человека гнилостные бактерии кишечника человека начинают неудержимо размножаться и распространяться в теле человека, что приводит к загниванию трупа. Вначале гниение развивается наиболее интенсивно в толстом кишечнике. Это сопровождается образованием большого количества газов, накапливающихся в животе. Вздутие кишечника можно отметить уже через 6-12 часов после смерти человека. Затем появляются признаки гниения в виде грязно-зеленого окрашивания, сначала в правой подвздошной области, затем в левой. Такое окрашивание вне действия факторов, ускоряющих процессы гниения, появляется на вторые сутки. Гниение распространяется с подвздошных областей на другие области тела.

Оно сопровождается появлением *гнилостной венозной сети* – видимого грязно-зеленого рисунка вен. Ее признаки отмечаются на 3-4 сутки после смерти из-за скопления газов в подкожно-жировой клетчатке и других тканях. За счет этого наблюдается раздувание трупа, так называемая *гнилостная эмфизема*. Резко увеличиваются в размерах части тела: живот, грудь, конечности, шея, нос, губы, у мужчин мошонка и половой член, у женщин молочные железы. Из естественных отверстий тела отмечаются кровянистые выделения. На 4-5 сутки на поверхности кожи за счет ее расслоения появляются пузыри, заполненные зловонной красновато-бурой гнилостной жидкостью. А на 6-10 сутки эпидермис полностью отслаивается. В дальнейшем через поврежденные участки кожи гнилостные газы выходят из трупа и его размеры уменьшаются. Процессы гниения размягчают ткани трупа – происходит гнилостное расплавление трупа. Полный гнилостный распад мягких тканей может произойти через 3-4 недели. После этого срока сохраняются лишь кости, связки, хрящи и т.д.

На развитие процессов гниения оказывают влияние некоторые внешние и внутренние факторы. Наличие повышенной температуры окружающего воздуха (+30-40°C), влажность и отсутствие вентиляции – подходящие условия для развития гнилостных процессов. Трупы детей под-

вергаются гнилоственному расплавлению быстрее, чем трупы взрослых. Процессы гниения раньше появляются на трупах людей, имеющих в организме значительные очаги инфекции.

Несмотря на наличие гнилостных разрушений тканей, зеленовато-грязной их окраски, зловонный запах, не следует отказываться от назначения и проведения судебно-медицинского исследования трупа.

**Скелетирование** – один из этапов посмертных изменений, при котором посредством гнилостного расплавления и вследствие поедания тканей трупа насекомыми, мягкие ткани полностью исчезают. В итоге скелет распадается на отдельные кости. Заметные признаки скелетирования могут быть отмечены на трупе через 1 месяц, почти полное скелетирование может произойти через 6-12 месяцев. Условия, ускоряющие процесс гниения, ускоряют и процесс скелетирования. Наибольшее значение для полного очищения костей скелета от мягких тканей имеет наличие большого количества насекомых, животных, птиц.

**Мумификация** – процесс, при котором из тканей трупа полностью испаряется влага. Ткани при этом уплотняются и уменьшаются в объеме. Вес полностью мумифицированного трупа составляет не более одной десятой части от первоначального. Полная мумификация трупа среднего телосложения при благоприятных условиях, таких как хорошая вентиляция места нахождения трупа, высокая температура может наступить в пределах 6-12 месяцев. Определение давности наступления смерти по трупам, мумификация которых закончилась, затруднительна. Но судебно-медицинское исследование мумифицированных трупов дает возможность решить ряд вопросов, связанных с наступлением смерти. Например, на высушенных трупах сохраняются следы болезненных изменений органов и тканей.

**Жировоск** (омыление) – это позднее трупное изменение консервирующего типа. Главное условие для его образования – высокая влажность среды и минимальный доступ воздуха к трупу. В результате постепенного разложения жировой ткани трупа нерастворимые жирные кислоты соединяются с солями щелочных и щелочноземельных металлов, образуя вещество – жировоск. Жировоск развивается в воде, в плотных и влажных почвах. Полное омыление трупа взрослого человека наступает не ранее 6-12 месяцев. Несмотря на редкость жировоска в судебно-медицинской практике, иногда возможно определение некоторых повреждений, особенности прижизненного строения некоторых тканей при судебно-медицинском исследовании.

**Торфяное дубление** – позднее трупное явление консервирующего типа, в основе которого лежит уплотнение тканей под действием кислой среды. Оно встречается очень редко. Такие находки были сделаны в торфяных болотах. Трупы в состоянии торфяного дубления сохраняются дол-

го. В процессе судебно-медицинского исследования на таких трупах можно обнаружить и в некоторой степени изучить повреждения.

Чаще наблюдается комбинированное развитие поздних трупных явлений.

Таким образом, определенная динамика в развитии посмертных трупных явлений, позволяет судебным медикам судить о времени наступления смерти и других обстоятельствах, имеющих важное значение для судебно-следственных органов.

После смерти человека его некоторые органы и ткани еще способны проявлять свои функции. Время переживаемости отдельных органов и тканей тела различно. Для установления времени наступления смерти используют способность этих тканей реагировать на электрические, механические и химические раздражители (суправитальные реакции): реакция мышц на электрическое и механическое воздействия, реакция зрачков на введение атропина и пилокарпина и другие. В специальной судебно-медицинской литературе имеются описания многих методов и методик обнаружения, регистрации и использования ранних посмертных явлений и суправитальных реакций. Однако эти методики пока еще не нашли широкого применения в практической работе.

### **Определение времени наступления смерти по выраженности посмертных трупных явлений**

Определение времени наступления смерти имеет большое значение для установления обстоятельств наступления смерти человека, умершего в условиях неочевидности, а так же при раскрытии и расследовании убийств.

Время смерти человека можно узнать разными путями. На него могут указывать элементы при осмотре места обнаружения трупа, свидетельские показания и т.д. В любом случае судебно-медицинское определение давности наступления смерти должно быть проведено. При осмотре свежих трупов судебно-медицинское исследование трупа должно быть проведено как можно раньше, сразу же на месте его обнаружения. Точность установления давности наступления смерти тем выше, чем меньше времени прошло с момента наступления смерти.

Врач-специалист в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения должен зафиксировать и сообщить следователю для занесения в протокол данные о трупных изменениях, произвести расчеты и сообщить примерное время наступления смерти.

При обнаружении трупа в состоянии поздних трупных изменений нет необходимости определять время смерти непосредственно на месте обнаружения трупа. Однако важно четко зафиксировать характерные особенности места расположения трупа, наличие и взаиморасположение рас-

тений и трупа, наличие животных-трупоедов или следов их деятельности. Обязательно нужно обнаружить, изъять и зафиксировать личинки, куколки и другие формы насекомых-трупоедов. Тщательно собранная информация позволяет решить вопрос о давности наступления смерти в стационарных условиях.

В.Е. Локтевым и Б.А. Федосюткиным разработано и предложено практикам несложное техническое устройство – "Определение давности наступления смерти" (ОДС). Устройство исключает необходимость пользоваться таблицами и графиками при определении времени смерти. Основные судебно-медицинские методики определения давности наступления смерти (по трупным пятнам, по степени охлаждения, по выраженности трупного окоченения и т.д.) достаточно доступны для неспециалистов и могут быть успешно применены в случаях отсутствия судебного медика.

Ориентируясь на указанные выше признаки, сопоставляя их между собой в комплексе, можно с определенным допуском устанавливать сроки давности наступления смерти. Ниже приводятся ориентирующие данные, позволяющие высказывать некоторые суждения о давности наступления смерти при осмотре трупа на месте его обнаружения или при судебно-медицинском исследовании в морге.

**Таблица для установления давности наступления смерти  
при исследовании трупа**

<i>№ n/n</i>	<i>Признаки, выявляемые при исследовании трупа</i>	<i>Давность наступления смерти</i>
1. 2. 3. 4.	Механическая и электровозбудимость мышц Реакция зрачков на атропин и пилокарпин Начальные признаки охлаждения Пятна Лярге. Отсутствие трупных пятен и окоченения	до 2-4 часов
1. 2. 3. 4. 5.	Трупные пятна в стадии гипостаза Различная выраженность трупного окоченения Реакция зрачков на атропин и пилокарпин Механическая и электровозбудимость мышц Охлаждение трупа	от 4 до 8-14 часов
1. 2. 3. 4.	Трупные пятна в стадии диффузии Трупное окоченение Охлаждение трупа Реакция зрачков на атропин и пилокарпин	от 8-14 до 24-36 часов
1. 2. 3. 4.	Трупные пятна в стадии имбибиции Трупное окоченение выражено Охлаждение трупа Отсутствие признаков гниения	до 1-2 суток
1. 2. 3.	Трупные пятна в стадии имбибиции Трупное окоченение отсутствует или в стадии разрешения Начальные признаки гниения	до 2-3 суток
1. 2. 3. 4.	Трупные пятна в стадии имбибиции Трупное окоченение отсутствует Начальные признаки гниения Нередко наличие яиц и личинок мух	до 3-5 суток
1. 2. 3. 4.	Выраженная трупная зелень Гнилостная эмфизема Образование гнилостных пузырей Наличие личинок и куколок мух	1-2 недели
1. 2. 3.	Дальнейшее развитие гниения Выраженное гнилостное размягчение трупа Начало образования жировоска и мумификация	3-4 месяца
1. 2. 3.	Частичное скелетирование трупа Мумификация Образование жировоска	6-12 месяцев
1.	Полное скелетирование трупа	5 лет и более

Судебно-медицинское исследование трупа может проводиться в виде осмотра его на месте обнаружения (в таких случаях эксперт помогает следователю своими специальными знаниями) и в виде вскрытия.

При определенных обстоятельствах может производиться повторное вскрытие (перевскрытие), а также осмотр и исследование извлеченного из земли захороненного трупа.

### **3. Осмотр трупа на месте его обнаружения**

*Местом происшествия* называют участок местности или помещения, в пределах которого обнаружены следы совершенного преступления.

Осмотр места происшествия – неотложное следственное действие, заключающееся в непосредственном восприятии территории, на которой совершено то или иное преступление, с целью ретроспективного понимания сущности происшедшего события, а также осуществляемое для обнаружения, фиксации и изъятия вещественных и иных доказательств как свидетельств происшедшего.

Проводя осмотр места происшествия, следователь получает достоверную информацию для ответа на следующие вопросы:

1. Является ли место обнаружения трупа местом преступления?
2. Что происходило на месте преступления?
3. Количество лиц, участвующих в преступлении.
4. Мотивы действия преступников.
5. Когда и как долго происходило событие преступления?
6. Каковы взаимоотношения между преступником и жертвой?
7. Кто совершил преступление?

Ответы на эти вопросы могут быть получены путем осмотра и анализа обстановки, обнаружения и исследования следов, осмотра трупа, свидетельских показаний и других методов.

#### **Процессуальный порядок осмотра места происшествия при обнаружении трупа**

*В статье 178 УПК сказано: "Следователь производит осмотр места происшествия, местности, помещений, предметов и документов в целях обнаружения следов преступления и других вещественных доказательств, выяснения обстановки происшествия, а равно иных обстоятельств, имеющих значение для дела. В случаях, не терпящих отлагательства, осмотр места происшествия может быть произведен до возбуждения уголовного дела. В этих случаях, при наличии к тому оснований, уголовное дело возбуждается немедленно после проведения осмотра места происшествия".*

Порядок производства осмотра регламентирован ст. 179 УПК. В статье есть указания, что следователь для участия в осмотре места происшествия может пригласить специалиста соответствующего профиля. Однако в необходимых случаях следователь самостоятельно производит при осмотре измерения, фотографирование, киносъемку (видеосъемку), составляет планы и схемы, изготавливает слепки и оттиски следов. Осмотр предметов и документов, обнаруженных при осмотре места происшествия, следователь может произвести в необходимых случаях непосредственно на месте происшествия. Предметы, которые целесообразно изъять, упаковываются по соответствующим правилам.

Статьей 180 УПК предусматривается проведение наружного осмотра трупа на месте его обнаружения с участием врача-специалиста в области судебной медицины, а при невозможности его участия – иного врача.

По результатам осмотра места происшествия в соответствии со ст. 182 УПК составляется протокол с соблюдением требований ст. ст. 141 и 142 УПК.

Круг участников осмотра не ограничивается участием следователя и врача-специалиста. В соответствии со ст. ст. 135, 179 и 180 УПК при осмотре трупа на месте его обнаружения должны присутствовать понятые в количестве не менее двух человек, а также специалист-криминалист, сотрудники оперативного подразделения, кинолог и другие сотрудники ОВД, если это необходимо для качественного проведения следственного действия.

Участники осмотра предупреждаются следователем об уголовной ответственности по ст. 310 УК РФ за разглашение сведений, которые стали им известны в ходе осмотра.

В соответствии со ст. 179 УПК следователь вправе привлечь к осмотру места происшествия обвиняемого, подозреваемого, свидетеля и иных лиц.

### **Организация и порядок осмотра места обнаружения трупа**

Дежурный следователь территориального органа внутренних дел проводит первоначальные действия по организации осмотра места происшествия и трупа. В необходимых случаях осмотр возглавляет следователь прокуратуры, в чью подследственность входят убийства.

Информацию об обнаружении трупа следователь получает из дежурной части милиции. Получив ее в виде заявления или сообщения, следователь должен:

1. Уточнить, расширить и детализировать исходную информацию, связавшись с заявителем, дежурной частью милиции, другими возможными источниками информации;

2. Дать указания об охране места происшествия и установить свидетелей произошедшего;

3. Связаться с сотрудниками оперативных, экспертно-криминалистических и иных подразделений ОВД, а также с судебными медиками для координации деятельности по подготовке и совместному выезду на место происшествия.

По прибытии на место происшествия порядок действия следующий:

- установить достоверными средствами не сохранились ли признаки жизни у пострадавшего, при обнаружении таковых предпринять меры к оказанию ему первой медицинской помощи, вызвать бригаду скорой медицинской помощи;

- организовать охрану места происшествия по всем правилам, предусмотренным законом и ведомственными инструкциями;

- проверить наличие лиц, необходимых для проведения осмотра, удалить всех посторонних;

- собрать исходную информацию о происшедшем;

- выяснить, какие изменения на месте происшествия были произведены с момента обнаружения происшествия, кем и с какими целями;

- оценить обстановку места происшествия, не нарушая следы;

- наметить план и систему осмотра места происшествия;

- дать задание на проведение оперативных и неотложных следственных действий;

- разъяснить участникам осмотра их права и обязанности, предупредить об ответственности за разглашение данных осмотра, ознакомить их с намеченным планом работы на месте происшествия.

### ***Порядок осмотра места происшествия с трупом***

Осмотр должен проводиться методично. Выбор методики осмотра места происшествия осуществляется в ходе общего ознакомления с местом происшествия. На этом этапе следователь определяет границы места происшествия и узловые объекты. Одним из узловых объектов является труп. В процессе ознакомления с местом происшествия целесообразно осуществить ориентирующую и обзорную фотосъемку, сделать видеозапись. Для большинства случаев оптимальным считается начало осмотра места происшествия от трупа. При таком порядке осмотра необходимо позаботиться о сохранении следов, удаленных от узловой точки. Иногда целесообразно движение от трупа по спирали. Однако при любом направлении движения во время осмотра места происшествия необходимо соблюдать правило двух стадий – сначала осуществляется статический осмотр узла, участка или всего места происшествия, а затем динамический.

Следует обратить внимание на то, что осмотр места происшествия в целом и по частям должен проводиться следователем. Остальные участни-

ки следственного действия лишь помогают ему. Полученная информация до осмотра и в ходе его, является основанием для выдвижения версии об изучаемом событии. При осмотре трупа на месте происшествия обязательно должны быть выдвинуты и по возможности проверены три главные версии о характере происшествия, а именно, произошло убийство, самоубийство, несчастный случай.

### ***Порядок осмотра трупа на месте его обнаружения судебным медиком***

Порядок осмотра трупа на месте его обнаружения судебным медиком регламентируется "Правилами работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)". По правилам и в соответствии со сложившейся практикой прибытие врача-специалиста в области судебной медицины на место происшествия обеспечивается органами внутренних дел. Они обеспечивают условия работы специалиста: охрану, освещение, техническую помощь в работе и т.п. Специальное оборудование для осмотра трупа судебный медик должен иметь при себе.

Сразу же по прибытии на место происшествия судебный медик должен убедиться в том, что все необходимое по спасению жизни пострадавшего было сделано и что помочь ему не предоставляется возможным. Если к моменту его прибытия на место происшествия была бригада скорой медицинской помощи, то судебный медик констатирует смерть, изучая наличие ее достоверных признаков. При осмотре пострадавшего в первую очередь следует проверить у человека наличие дыхания и сердцебиения. В качестве наиболее ранних признаков смерти, свидетельствующих о необратимых процессах в центральной нервной системе, необходимо изучить:

- признак Белоглазова (феномен "кошачьего глаза") – при сдавлении глазного яблока с двух сторон у мертвого человека зрачок меняет свою форму, становится овальным или щелевидным вместо округлого;

- роговичный и конъюнктивальный рефлекс – проверяются путем прикосновения к роговице глаза краем листа бумаги или краем кусочка ткани, при этом у живого человека наблюдается реакция смыкания век, у мертвого эта реакция отсутствует;

- реакция зрачка на свет – у живого человека зрачок реагирует на свет сужением (для освещения зрачка лучше использовать фонарик), у мертвого человека зрачок на свет не реагирует;

- при обнаружении людей в состоянии переохлаждения показателем метода определения температуры в прямой кишке. Снижение этой температуры ниже +20°C является достоверным признаком наступления смерти.

Непосредственно перед осмотром труп следует сфотографировать. Практика показывает, что лучше, если фотографирование производит специалист-криминалист при участии судебного медика.

При осмотре трупа на месте его обнаружения судебный медик обязан установить, показать следователю и сформулировать словесно для занесения в протокол следующую информацию о трупе. Порядок изложения следующий:

1. Описание позы трупа, включая положение головы и конечностей, а также взаиморасположение трупа и других объектов места происшествия.

2. Описание предметов, находящихся на трупе, непосредственно возле него и под ним, включая состояние поверхности, на которой труп находится (ложе трупа).

3. Описание одежды, включая ее состояние, загрязнения, повреждения, а также предметы, находящиеся в карманах, при этом одежду нельзя снимать, ее можно только расстегивать и сдвигать.

4. Характеристики пола, возраста, внешности человека (такие как выраженность морщин, складок, состояние видимых зубов, развитие наружных половых органов, признаки внешности, телосложение, индивидуальные особенности строения тела и другие).

5. Состояние участков поверхности тела, включая естественные отверстия, слизистые поверхности и другие.

6. Наличие и состояние ранних трупных явлений (степень охлаждения закрытых и открытых участков тела; температура тела, измеренная термометром; наличие, расположение, цвет, фазу развития трупных пятен, определенную с помощью надавливания на них в соответствии с методикой; степень развития трупного окоченения в разных группах мышц; наличие и выраженность подсыхания участков тела).

7. Наличие и выраженность явлений переживаемости тканей, таких как электровозбудимость мышц, реакция мышц на механическое воздействие, зрачковые реакции. Такие исследования проводятся в случаях, когда неизвестно время наступления смерти.

8. Наличие и выраженность поздних трупных явлений, таких как гниение, мумификация, скелетирование, жировоск, торфяное дубление, а также следов воздействия животных, признаков выраженного действия влаги и другие.

9. Наличие следов-наложений на теле трупа (выявление, изъятие и направление на экспертизу, см. Главу 4 "Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения").

10. Наличие повреждений на трупе, их локализация, определенные характеристики и другая информация, которую можно получить при осмотре на месте обнаружения трупа.

11. Наличие и характер запахов, исходящих от трупа.

12. Выявление и передача следователю для приобщения к делу в качестве вещественных доказательств различных объектов.

Исследование на трупе посмертных явлений при осмотре места происшествия должно производиться дважды в начале и в конце осмотра.

Выполняя свои обязанности по осмотру места происшествия, судебный медик не должен нарушать ряд правил, которые направлены на сохранение (по возможности) неизменного вида трупа и следов биологического происхождения. В частности, судебный медик на месте происшествия не имеет права:

- производить исследования, нарушающие целостность органов и тканей трупа (разрезать, отсоединять и т.п.);
- пользоваться зондами для изучения раневых каналов;
- вносить какие-либо вещества на поверхность, в полости или повреждения трупа;
- воздействовать на следы биологического происхождения таким образом, чтобы это могло привести к их утрате.

По результатам данных наружного осмотра трупа на месте его обнаружения и результатов в процессе выявления и фиксации следов биологического происхождения судебный медик в устной форме может ответить следователю на следующие вопросы:

1. Какова возможная причина смерти?
2. Какова приблизительно давность наступления смерти?
3. Не изменилось ли положение трупа после наступления смерти?
4. Имеются ли повреждения на трупе и предположительно каким орудием они причинены?
5. Является ли место обнаружения трупа местом, где были причинены повреждения погибшему человеку?
6. Какие следы-наложения имеются на трупе и чем они предположительно образованы?

При необходимости и в зависимости от конкретного случая судебный медик может ответить и на другие вопросы следователя, если они не требуют сложных дополнительных исследований. Следователю и оперативным работникам следует помнить, что ответы на интересующие их вопросы даются судебным медиком на основании только наружного осмотра трупа на месте его обнаружения и носят предварительный, предположительный характер.

### **Особенности осмотра трупа на месте обнаружения при различных видах смерти**

Одним из требований судебной медицины к осмотрам трупов и мест их обнаружения является требование дифференцированного подхода к осмотру в случаях различных видов смерти.

**Особенности осмотра трупа при травме от автотранспортных средств** - важно тщательно описать позу трупа и его отношение к транспортному средству или его следам, зафиксировать состояние одежды и следы на ней, наличие на транспортном средстве следов взаимодействия с телом жертвы, а также следов биологического происхождения и другие.

**Особенности осмотра трупа при железнодорожной травме** - следует изучить и описать позу трупа, расположение его и его частей по отношению к железнодорожным рельсам, насыпи и другим частям транспортной магистрали в обе стороны от трупа, установить расстояние от них до трупа, описать наличие следов-наложений на одежде трупа, их характер и другие.

**Особенности осмотра трупа при авиационной травме** - очень важно четко зафиксировать расположение трупов и их частей по отношению к самолету и его частям, установить взаиморасположение частей тела, которые предположительно могут принадлежать одному человеку, зафиксировать расположение частей тел, которые могут быть опознаны по одежде, документам, биологическим признакам и иным данным, взаиморасположение трупов и частей трупов с однотипными повреждениями, наличие и расположение следов биологического происхождения на частях самолета и другие особенности.

**Особенности осмотра трупа при падении с высоты** - надо зафиксировать позу трупа и его расположение относительно объекта, с которого он мог предположительно упасть, наличие следов-наложений на трупе, наличие повреждений на трупе, нехарактерных для падения на поверхность, на которой находится труп, следы биологического происхождения на объекте, с которого совершено падение и другие.

**Особенности осмотра места происшествия при обнаружении трупа, висящего в петле.**

Осмотр места происшествия при наличии трупа, висящего в петле, имеет ряд особенностей. Повешение – это сдавление шеи петлей, затянувшейся под тяжестью тела. При осмотре трупа следователь должен исследовать и зафиксировать:

- 1) характер висения тела (полное, неполное с касанием пола или земли ногами);
- 2) наличие трупных пятен на кистях, ногах, предплечьях;
- 3) наличие самопроизвольных выделений (мочи, кала, спермы);
- 4) ущемление языка между зубами;
- 5) состояние рук и подошв трупа (чистые, загрязненные, характер загрязнения);
- 6) наличие разрывов в одежде;
- 7) следы борьбы и самообороны.

В протоколе осмотра отражаются результаты измерений следующих расстояний:

- от места крепления петли до поверхности пола (земли);
- от места крепления петли до узла, которым затянута петля на шее трупа;

- от подошв ног до поверхности пола (земли);
- от подошв ног до поверхности подставки (пень, стул и т.д.);
- высота подставки от поверхности пола (земли).

Осмотр петли.

Петля фотографируется и подробно описывается в протоколе. При этом указываются:

- 1) место крепления;
- 2) материал петли;
- 3) наличие и толщина узлов, их особенности;
- 4) длина окружности петли;
- 5) тип петли (скользящая, неподвижная);
- 6) характер и особенности концов петли;
- 7) характер и особенности узла, его местоположение по отношению к шее потерпевшего;
- 8) особенности крепления петли на опоре;
- 9) характер и расположение ворсинок на материале петли и на опоре, к которой она привязана;
- 10) особенности опоры, к которой привязана петля (загрязненность, наличие вдавлений от подтягивания трупа, посторонних веществ и т.д.).

Узел петли на шее трупа и узел, при помощи которого веревка прикреплена к опоре, не должны развязываться. Веревку снимают, разрезав ее в месте, противоположном узлу, а затем разрезанные концы скрепляют нитками.

Петля должна быть опечатана и представлена судебно-медицинскому эксперту для сравнения ее структуры со структурой странгуляционной борозды.

Странгуляционная борозда.

Подробно описывается и фотографируется странгуляционная борозда. При этом в протоколе указываются:

- 1) внешний вид (одиночная или двойная, замкнутая или прерывистая): наличие ответвления, следов от узла, отображение материалов петли;
- 2) цвет и плотность борозды;
- 3) направление борозды – восходящая или горизонтальная;
- 4) наличие на странгуляционной борозде посторонних веществ (например, кровь, ворсинки и т.д.).

Необходимо учесть, что к моменту судебно-медицинского вскрытия трупа странгуляционная борозда в ряде случаев может исчезнуть. Поэтому ее отображение в протоколе осмотра и приложениях должно быть произведено с исчерпывающей полнотой.

### ***Признаки удушения петлей.***

При удушении петлей странгуляционная борозда имеет горизонтальное направление, она непрерывная, имеет одинаковую степень выраженности на всем протяжении, располагается, как правило, ниже щитовидного хряща. При удушении руками на шее могут быть полулунные ссадины (следы ногтей) и кровоподтеки от давления пальцами, переломы рожков подъязычной кости и щитовидного хряща.

### ***Признаки удушения путем закрытия дыхательных путей различными предметами.***

При удушении путем закрытия отверстия носа, рта и дыхательных путей различными предметами наблюдаются:

- 1) наличие кровоподтеков и осаднения на слизистой оболочке губ и десен;
- 2) приплюснутость носа, изменение формы губ;
- 3) наличие предмета, введенного в рот или дыхательные пути (кляп).

### ***Особенности осмотра трупа, извлеченного из воды. Признаки утопления.***

Одним из типичных признаков утопления является наличие пены у рта и носа трупа, извлеченного из воды. В данном случае при осмотре трупа необходимо исследовать и при обнаружении зафиксировать следующие обстоятельства:

- 1) наличие мацерации кожи на фалангах пальцев, наступающей через 2-6 час. в воде с температурой +14-16°C;
- 2) набухание и побеление всей кожи ладонной поверхности, наступающие через 2-5 суток нахождения в воде;
- 3) отслаивание верхних покровов на руках (через 7-15 дней);
- 4) полное отделение кожи рук вместе с ногтями ("перчатки смерти"), наступающие через 30-40 дней;
- 5) отделение волос (примерно через 30 дней);
- 6) наличие на одежде и теле водорослей;
- 7) наличие повреждений на теле и одежде, в том числе характерных для борьбы и самообороны. Труп утонувшего человека в результате развивающегося гниения на 2-3 день летом и через 10-12 дней зимой всплывает на поверхность (в случае, если не привязан груз).

### ***Особенности осмотра трупа при подозрении на отравление.***

К признакам отравления, которые устанавливаются при осмотре трупа на месте происшествия и должны быть зафиксированы в протоколе, относятся:

- 1) химические ожоги кожи в виде пергаментных пятен у отверстий рта, на груди;
- 2) пятна, потеки жидкости на одежде, частичное разрушение ее ткани;
- 3) наличие рвотной массы на теле и одежде, и месте происшествия;

- 4) сужение или расширение зрачков;
- 5) необычный цвет трупных пятен;
- 6) следы инъекций на руках и бедрах;
- 7) наличие резкого лекарственного запаха;
- 8) наличие вблизи трупа остатков веществ, которые могут быть причиной отравления.

Изъятие веществ, предположительно являющихся ядом, производится вместе с предметом, в котором или на котором они обнаружены. Одновременно для экспертного исследования изымаются остатки пищи, рвотные массы, моча, кал, а также носовые платки, полотенца, различные тряпки, которые могли быть использованы для вытирания рвотных масс, слюны;

- 9) расположение трупа по отношению к источникам газа (газовым плитам, печам, агрегатам с выхлопными газами).

В необходимых случаях берется проба воздуха (в чистую бутылку наливают воду и опорожняют ее в помещении, откуда изымается проба воздуха, затем бутылка герметически закупоривается).

#### ***Осмотр трупа при наличии следов действия огнестрельного оружия.***

При наличии на трупе следов действия огнестрельного оружия, помимо соблюдения общих правил осмотра трупа на месте происшествия, обращается особое внимание на следующие обстоятельства:

- 1) местонахождение и положение оружия, пуль, гильз и их следов по отношению к местонахождению и позе трупа;
- 2) наличие приспособлений, которые могли быть использованы для нажатия на спусковой крючок;
- 3) наличие на руках трупа следов копоты и смазки от оружия;
- 4) число ранений и расположение входных и выходных отверстий;
- 5) наличие дополнительных следов выстрела на одежде и теле трупа (копоть, несгоревшие порошинки, разрыв ткани, отпечаток дульного среза);
- 6) как расположены дополнительные факторы выстрела по отношению к входному отверстию, какую площадь занимают, распределены равномерно по кругу или в виде эллипса;
- 7) наличие следов крови, их характер и расположение;
- 8) если обнаружено ранение дробью, то какую площадь оно занимает, как размещено;
- 9) при наличии на трупе повреждений, являющихся результатом взрыва, обращается внимание на наличие внедрений взрывчатого вещества и осколков, и поражение осколками окружающих предметов.

Следы действия огнестрельного оружия на теле и одежде следует упаковать таким образом, чтобы они не были нарушены при транспортировке трупа в морг. Труп кладется на подстилку во избежании потерять

пулю как вещественное доказательство. Место обнаружения входного отверстия на одежде целесообразно обшить марлей или чистым куском материала.

***Установление повреждений, причиняемых тупыми предметами.***

Травмы, нанесенные тупым предметом, встречаются наиболее часто. К ним относятся:

1) ссадины (повреждения поверхности кожи) различной формы (круглые, угловатые, полулунные и др.). Форма ссадины зависит не только от формы слеодообразующей части предмета, но и направления его движения, угла, под которым орудие соприкасалось с телом. Различают ссадины от удара, скольжения, удара со скольжением. Скользить могут как орудие по поверхности кожи, так и поверхность тела по предмету при волочении. Ссадины нередко образуются посмертно, например, при транспортировке трупа в морг. В области посмертных ссадин обычно не бывает кровоподтеков, по их краям не возникает следов воспалительного процесса;

2) кровоподтеки ("синяки"), являющиеся результатом внутренних повреждений кожных кровеносных сосудов или смещения мягких тканей без нарушения поверхности кожи. Чаще всего они бывают круглой формы, но могут передать и форму тупого орудия. Кровоподтеки связаны с припухлостью тканей, размер их зависит от силы удара и свойств конкретного организма.

В момент образования цвет кровоподтеков багрово-синий, через 2-3 суток они зеленеют, затем желтеют. На трупе сохраняется цвет кровоподтека на момент смерти;

3) раны – нарушение не только кожи, но и низлежащих мягких тканей. От ударов тупым предметом образуются рваные, ушибленные, разможенные и лоскутные раны. Форма ран зависит от величины и формы ударяющей поверхности, силы удара, от анатомической области, в которой они расположены.

По краям раны и на стенках раневого канала могут оставаться следы металлизации, которые выявляются различными физико-техническими методами и иногда позволяют установить, каким орудием причинено повреждение.

В раневых каналах могут сохраняться отдельные части орудия (например, мелкие частицы дерева и т.п.).

***Установление повреждений, причиняемых острыми орудиями.***

Острыми орудиями причиняются раны. Они различаются между собой в зависимости от вида орудия, которым эти раны нанесены. Орудия бывают колющими (штык, игла, шило), режущими (нож, бритва, осколок стекла), колюще-режущими (финский нож, кинжал) и рубящими (топор, секач).

*Раны, нанесенные колющими орудиями, имеют небольшой размер. Форма их, как правило, повторяет форму орудия, но несколько меньше по*

размеру. Обычно это глубокие раны, иногда не сопровождающиеся наружным кровотечением даже при поражении сравнительно крупных сосудов. При небольшой толщине орудия рана снаружи бывает почти незаметной, но может явиться смертельной из-за поражения жизненно важных органов или обильного внутреннего кровотечения.

*Резаная рана* обычно имеет линейную форму. Края раны ровные, углы острые. Такая рана обычно очень кровоточит. Ее глубина зависит от характера орудия, остроты его, а также от места нанесения повреждения. Резанные раны чаще всего наносятся при хулиганских действиях, а также с целью самоубийства (на шее, предплечьях), образуются при самообороне (на пальцах рук и ладонях).

*Раны, нанесенные рубящим орудием*, имеют значительно большую глубину, чем резанные, могут сопровождаться надрубками или полным разрывом костей. При использовании не очень острого рубящего орудия края раны могут быть немного размозжены.

#### ***Особенности осмотра места происшествия при убийстве холодным оружием.***

При осмотре места происшествия в случае убийства, совершенного холодным оружием, основными объектами, подлежащими исследованию, являются:

- 1) обнаруженные повреждения, их характер;
- 2) орудие убийства (его вид, размеры, состояние, местоположение; следы на нем и под ним);
- 3) следы крови (расположение, количество, форма, размер, цвет, степень пропитанности поверхности);
- 4) возможность попадания на одежду преступника крови, частиц почвы, иных веществ, имеющих на месте происшествия (если такое предположение обоснованно, изымаются образцы этих веществ для сравнительного исследования);
- 5) возможность или невозможность причинения повреждения самим потерпевшим;
- 6) соответствие повреждений на одежде повреждениям на теле потерпевшего;
- 7) установление повреждений по характеру предполагаемого орудия.

#### ***Особенности осмотра трупа на месте происшествия в случае смерти от действия высокой температуры.***

Ожоги, появляющиеся при воздействии на тело человека высокой температуры, в зависимости от интенсивности такого воздействия бывают четырех степеней. Это ожоги:

- 1-й степени – наличие припухлости и покраснения кожи;
- 2-й степени – появление пузырей, наполненных жидкостью;
- 3-й степени – наличие значительных повреждений кожи и нижележащих тканей;

4-й степени – обугливание кожных покровов и мышечных тканей.

Трупы, подвергшиеся длительному воздействию пламени, приобретают позу "боксера" (голова и плечи оттянуты назад, руки согнуты и прижаты к туловищу, ноги согнуты в коленных суставах).

При осмотре обращается внимание и описывается в протоколе:

- состояние одежды;
- наличие запаха;
- опаление или обгарание;
- повреждения, не связанные с действием пламени;
- расположение и степень ожогов;
- наличие ожогов и копоти в полости рта, на вершинах складок кожи, у наружных углов глаз, на лбу и т.д.

Пламя поражает в меньшей степени или почти не поражает части тела, плотно прижатые к какому-нибудь объекту (полу, земле и т.п.). По этим признакам можно определить положение тела в период воздействия огня. На нетронутых огнем поверхностях тела могут сохраняться следы повреждений.

Вопрос о прижизненности воздействия пламени на тело человека решается судебно-медицинской экспертизой. При осмотре на месте происшествия заключение о прижизненности воздействия высокой температуры может быть сделано при наличии на трупe ожогов 2-й степени.

В связи со значительным видоизменением трупа под длительным воздействием пламени и вытекающей отсюда сложностью опознания потерпевшего особое внимание при осмотре обращается на фиксацию состояния зубного аппарата (наличие пломб и протезов) и физических дефектов (хромота, отсутствие фаланг пальцев и т.п.). Для опознания могут быть использованы сохранившиеся детали одежды, украшений, содержимое карманов.

***Особенности осмотра трупа, подвергшегося воздействию низких температур.***

При осмотре трупа, подвергшегося воздействию низких температур, обращается внимание на характер и состояние одежды, наличие признаков, свидетельствующих о борьбе с холодом, установление запаха алкоголя. О посмертном воздействии холода может свидетельствовать наличие трупных пятен и гнилостных изменений, наличие на теле повреждений, возможно повлекших смерть.

***Особенности осмотра трупа на месте происшествия при поражении атмосферным и техническим электричеством.***

При осмотре мест происшествия в случаях поражения человека электрическим током необходимо установить:

- 1) не находился ли потерпевший под воздействием тока;
- 2) совпадают ли место нахождения трупа и место поражения током (в отдельных случаях пораженный током может еще передвигаться);

3) каково состояние места обнаружения трупа или места, где произошло поражение током (влажные пол или почва, оголенные провода и т.д.);

4) особенности и состояние одежды на трупе (какая обувь, имеются ли защитные средства, характер опалений, обугливания частей одежды);

5) наличие электрометок (ожога в месте прохождения тока) на теле потерпевшего (на кистях рук, ступнях ног в виде беловато-сероватого пузырька небольшого размера).

При осмотре места происшествия в случаях поражения атмосферным электричеством (молнией) обращается внимание на местонахождение трупа по отношению к объектам, имеющим следы воздействия молнии (обуглившиеся предметы, оплавленные металлические части, оплавленные углубления в песке), а также на наличие на теле "фигуры молнии" – разветвленных красных полос. Поскольку эти полосы довольно быстро исчезают, при обнаружении они должны быть сразу же сфотографированы.

#### ***Особенности осмотра трупа новорожденного.***

При осмотре трупа новорожденного младенца или обнаруженного недоношенного плода необходимы исследование и фиксация следующих обстоятельств:

1) имеется ли на трупе одежда, завернут ли он в какой-либо материал, особенности этих предметов;

2) не закрыто ли лицо околоплодной оболочкой;

3) состояние пуповины (прикреплена к детскому месту, оборвана, отрезана, влажная, сухая, тусклая, перевязана), ее длина, не обвивает ли шею трупа, имеется ли демаркационная линия у пупочного кольца (в виде подсохшей красной полосы у основания пуповины);

4) покрыто ли тело трупа сыровидной (или первородной) смазкой (хорошо видна в складках тела, имеет вид творожистой массы);

5) наличие кала у заднего прохода (в виде зеленоватой массы);

6) наличие повреждений на теле, одежде;

7) нет ли кляпа во рту младенца;

8) нет ли признаков утопления новорожденного.

Если в момент осмотра были сделаны заявления о причине смерти (неосторожное задушение во время сна и т.д.), следует подвергнуть осмотру и подробному описанию все объекты, имеющие отношение к данному обстоятельству.

***При осмотре трупа неизвестного человека*** - следует подробно осмотреть, описать одежду и обнаруженные предметы, согласно разработанных для таких случаев правил, описать внешность, индивидуальные особенности, обнаруженные на трупе, сфотографировать труп, по возможности его дактилоскопировать, осуществить другие действия, направленные на сбор розыскной и идентификационной информации.

**При обнаружении частей расчлененного трупа** – тщательно описать все предметы, использованные для упаковки частей тела, одежду, зафиксировать особенности строения частей тела, изучить и описать характер повреждений, включая поверхности отчленения, по возможности описать внешность и дактилоскопировать, провести другие действия.

**При подозрении на криминальный аборт** - описать наличие, расположение и размеры следов биологического происхождения, наличие предметов, которые могли использоваться для производства аборта, признаки беременности, состояние наружных половых органов, осуществить поиск плода, его частей и плаценты, выполнить другие действия.

**При скоропостижной смерти** - определить наличие или отсутствие следов, в том числе следов биологического происхождения на предметах обстановки, наличие медицинской документации, установить наличие повреждений на теле и одежде, а также другие вещественные и документальные свидетельства скоропостижной смерти.

**При обоснованных подозрениях на смерть от опасного инфекционного заболевания** (чума, оспа, холера и другие) – сообщить немедленно о своих подозрениях следователю и принять вместе с ним меры по информированию руководителей ближайших органов здравоохранения, закрыть доступ к месту обнаружения трупа. Лица, участвующие в осмотре, должны оставаться на месте до прибытия специалистов противоэпидемической бригады и в дальнейшем выполнять указания последней.

В практике встречаются случаи, когда осмотр места происшествия проводится без наличия трупа. Например, человек был обнаружен умирающим, его отправили в лечебное учреждение, но он по дороге или в лечебном учреждении скончался. В таких случаях основное внимание следует уделять поиску, фиксации и изъятию следов биологического происхождения. Осмотр места происшествия без трупа может быть, когда труп после совершения преступления в одном месте вывезен для захоронения в другое. При осмотре помещения или местности, где совершено убийство, необходимо определить конкретное место действия преступника. Помощь может оказать обнаружение маловидимых и невидимых следов биологического происхождения, которые преступник не заметил и поэтому не сумел уничтожить. Работа на таком месте требует хорошей профессиональной подготовки, поэтому к осмотру лучше привлекать судебного медика, специализирующегося в области работы со следами биологического происхождения.

### **Подведение итогов и оформление результатов осмотра места происшествия**

На этом этапе следователь и другие участники осмотра анализируют собранные данные. В результате такого анализа возможно выявить упущен-

ния и исправить их путем повторного осмотра ключевых объектов места происшествия. Затем составляется окончательный вариант протокола. Статьей 141 УПК предусматривается возможность его оформления как непосредственно в ходе осмотра, так и сразу после его окончания. По правилам упаковываются предметы, изымаемые с места происшествия. Принимаются меры к сохранению элементов места происшествия, важных для дела, которые невозможно изъять.

Основным процессуальным документом, оформляемым при осмотре места происшествия, служит "Протокол осмотра места происшествия". Согласно ст. 69 УПК протоколы следственных действий являются источниками доказательств по уголовному делу. К данному документу предъявляется ряд требований, соблюдение которых обязательно:

1. Протокол должен удовлетворять требованию законности, то есть должен быть составлен в соответствии с требованиями правил и содержать все необходимые реквизиты;

2. В протоколе должна соблюдаться точность, последовательность и объективность в описании обнаруженных объектов;

3. По возможности терминология должна быть доступной;

4. Полностью должно быть описано все, что имеет отношение к делу;

5. Целесообразно выделять части протокола в соответствии с частями места происшествия;

6. Необходимо написать в каких условиях производился осмотр (освещение, дождь, снег, температура окружающего воздуха, влажность и др.);

7. Обязательно надо отмечать время начала и окончания осмотра, а также время перерывов в работе, если таковые были.

После составления протокола он зачитывается вслух и подписывается всеми участниками осмотра. К протоколу прилагаются планы и схемы места происшествия, видеозапись, фотоснимки.

Протокол осмотра места происшествия необходимо составлять в количестве не менее двух экземпляров. Второй экземпляр (копия) должен быть направлен в судебно-медицинский морг вместе с трупом.

Труп с места его обнаружения должен быть направлен в морг.

***Дополнительный осмотр места происшествия*** проводится:

- когда появилась дополнительная информация, требующая более детального обследования участников и предметов места происшествия (например, если в результате судебно-медицинского исследования трупа было установлено вещество, которым отравился покойный, необходим дополнительный осмотр в целях обнаружения вещества, или упаковки, оставшейся от него);

- когда проведение первичного осмотра было частично затруднено (ночь, дождь, снегопад и т.д.).

Как правило, при дополнительном осмотре осматривается не все место происшествия, а лишь отдельные его участки и предметы.

При проведении дополнительного осмотра необходимо иметь материалы первичного, в которых четко обозначено местоположение трупа, следов, обнаруженных при первичном осмотре, изложена информация, добытая при первичном осмотре.

Дополнительный осмотр целесообразно проводить с участием лиц, занятых в первичном осмотре.

**Повторный осмотр места происшествия** проводится в случаях, когда первичный осмотр был проведен некачественно со значительными упущениями как процессуального плана, так и фактического. Повторный осмотр может быть проведен и в случаях, когда первичный осмотр осуществлялся в условиях непогоды или в темное время суток.

При проведении повторного осмотра необходимо располагать материалами первичного осмотра, при этом желательно участие лиц, присутствовавших при первичном осмотре.

**Судебный осмотр места происшествия** предусмотрен ст. 293 УПК. При осмотре эксперту, специалисту и другим участникам может быть предложено ответить на вопросы в связи с осмотром. Судебный осмотр места происшествия по уголовному процессу – это самостоятельное действие судебного следствия. На основании осмотра трупа на месте происшествия врач-эксперт может высказать свое мнение относительно причины смерти, времени ее наступления, характере и происхождении повреждений, возрасте покойного, вероятном оружии или оружии, которым было причинено повреждение, возможности самостоятельного передвижения пострадавшего и другие.

Окончательное решение этих вопросов следует отложить до вскрытия трупа.

#### **4. Исследование трупа в морге**

Обязательному судебно-медицинскому исследованию подлежат:

1. Трупы лиц, умерших от каких-либо насильственных воздействий (механические повреждения, механическая асфиксия, отравления, утопление, действие высоких и низких температур, поражение электрическим током и др.), а также при обстоятельствах, подозрительных на насильственную смерть, независимо от рода и места смерти (в том числе и в лечебных учреждениях);

2. Трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях при неустановленном диагнозе заболевания, в первые сутки после поступления, при наличии принятыми органами следствия жалоб на неправильное или незаконное лечение, а также трупы лиц, доставленных в лечебное учреждение уже мертвыми;

3. Трупы лиц, умерших скоропостижно, независимо от места смерти, в тех случаях, когда причина смерти врачом лечебного учреждения не установлена и "Врачебное свидетельство о смерти" не выдано;

4. Трупы лиц, личность которых не установлена;

5. Трупы младенцев при подозрении на совершение детоубийства.

В зависимости от целей и задач исследования трупа различают два его вида – судебно-медицинское и патологоанатомическое.

В задачи патологоанатомического исследования входит изучение морфологических изменений во внутренних органах для сопоставления с клиническим диагнозом и выявление дефектов в оказанной медицинской помощи с целью совершенствования здравоохранения; проводит исследование патологоанатом.

Судебно-медицинскую экспертизу (исследование) трупа производит судебно-медицинский эксперт.

В процессуальном отношении принято выделять судебно-медицинскую экспертизу и судебно-медицинское исследование трупа.

Судебно-медицинскую экспертизу производят на основании постановления следователя или определения суда, судебно-медицинское исследование трупа на основании направления органов дознания.

Различие между экспертизой и исследованием трупа состоит лишь в их процессуальном оформлении, цели, задачи и техника вскрытия однотипны.

При постановке вопросов на разрешение судебно-медицинской экспертизе следователь должен придерживаться следующего алгоритма:

1. Какова причина смерти?
2. Имеются ли на трупе повреждения?
3. Если да, то каков механизм их возникновения?
4. Вид травмирующего орудия.
5. Прижизненность повреждений.
6. Какова давность возникновения повреждений?
7. Какова давность наступления смерти?
8. Употреблял ли потерпевший перед смертью алкоголь?

Перед экспертом можно поставить еще ряд вопросов в зависимости от обстоятельств повреждения (см. ниже).

В постановлении на судебно-медицинскую экспертизу трупа следователь также должен указать:

- какой материал изъять в качестве вещественных доказательств при исследовании трупа?

- как вести себя с трупом, одеждой трупа?

Органам дознания, следствия при направлении трупа на судебно-медицинское исследование по письменному обращению следует помнить, что судебно-медицинский эксперт в "Акте судебно-медицинского исследования трупа" дает ответ только на один вопрос: "Какова причина смерти?"

На другие поставленные вопросы в направлении эксперт имеет право не отвечать.

Судебно-медицинскую экспертизу трупа производят в судебно-медицинском морге или морге лечебно-профилактического учреждения.

Своевременную доставку в морг трупа, его одежды и других предметов, непосредственно относящихся к трупу, обеспечивает лицо, назначившее судебно-медицинскую экспертизу (исследование) трупа.

Одновременно препровождается постановление (определение), в котором излагаются обстоятельства наступления смерти и обнаружения трупа, формулируются вопросы к эксперту, а также перечисляются документы и ценности, доставляемые с трупом. Если производят первоначальный осмотр места происшествия и трупа, то прилагают копию протокола осмотра.

Если до момента направления трупа в морг уголовное дело еще не возбуждено, то труп направляется в морг с сопроводительным документом, из которого должно быть ясно: куда, кем и для чего труп направляется. С трупом должна быть направлена копия (второй экземпляр) протокола осмотра места его обнаружения, а также все вещи, обнаруженные при трупе и личные документы.

Если труп поступил из лечебного учреждения, то обязательно представляются подлинники медицинских документов (карта стационарного исследования больного).

Поступившие в морг трупы, одежда и различные предметы, доставленные с трупом, регистрируются в установленном порядке и находятся в условиях, обеспечивающих их сохранность и неприкосновенность.

После получения постановления или определения о назначении экспертизы трупа руководитель судебно-медицинского экспертного учреждения или подразделения поручает ее производство конкретному лицу (или специалистам) и разъясняет им права, обязанности и ответственность судебно-медицинского эксперта.

Судебно-медицинская экспертиза трупа может быть первичной, дополнительной и повторной. Согласия родственников или наследников покойного на производство экспертизы не требуется.

Судебно-медицинская экспертиза трупа производится, как правило, одним экспертом; в отдельных случаях (сложность и большой объем экспертного исследования, экспертиза трупа иностранного гражданина, экспертиза эксгумированного трупа, повторная экспертиза трупа) – двумя и более судебно-медицинскими экспертами.

Получив распоряжение руководителя экспертного учреждения (подразделения) о производстве судебно-медицинской экспертизы трупа, судебно-медицинский эксперт обязан:

1. При наличии предусмотренных законом оснований для своего отвода в качестве эксперта немедленно заявить об этом своему руководителю, либо лицу или органу, назначившему экспертизу;

2. Произвести в пределах поставленных ему задач необходимые экспертные исследования и своевременно дать обоснованное и объективное заключение по поставленным вопросам;

3. Явиться по вызову суда, судьи, следователя для личного участия в судопроизводстве или предварительном расследовании;

4. Дать показания в суде и предварительном расследовании по вопросам, связанным с проведенным исследованием и данным заключением;

5. Сообщить органу или лицу, назначившему экспертизу, об отказе от проведения и дачи заключения в порядке реализации закрепленных в Законе прав эксперта;

6. Обеспечить сохранность тканей, органов и иных объектов, изъятых при экспертизе трупа, и своевременное направление их на лабораторные (дополнительные) исследования или для передачи лицу, органу, назначившему экспертизу.

В процессе экспертизы трупа судебно-медицинский эксперт вправе:

1. Ознакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы, выписывать из них необходимые сведения;

2. Требовать предоставления дополнительных материалов и объектов, необходимых для дачи заключения;

3. Присутствовать при проведении следственных и судебных действий, участвовать в их производстве с разрешения лица или органа, назначившего экспертизу, если это необходимо для выяснения данных о причине смерти и обстоятельствах ее наступления;

4. Ходатайствовать о проведении экспертизы трупа группой экспертов;

5. Устанавливать имеющие значение для наступления смерти обстоятельства, по поводу которых ему не были заданы вопросы, и указывать их в своем заключении;

6. Отказаться от производства экспертизы с письменным извещением руководителя экспертного учреждения или лица, ее назначившего в случаях:

- наличия оснований для отвода;

- нарушения процессуального порядка назначения экспертизы;

- выхода поставленных вопросов за пределы компетенции (специальных познаний) эксперта;

- недостаточности для дачи заключения объектов исследования и предоставленных материалов при отказе их дополнения лицом или органом, назначившим экспертизу трупа;

- отсутствия условий, методических средств и оборудования, необходимых для проведения исследования трупа и дачи заключения;
- угрозы жизни и здоровью эксперта, выходящей за рамки обычного профессионального риска;
- отсутствия материального обеспечения работы, в том числе при экспертизе трупа за пределами обслуживаемой судебно-медицинским экспертом территории.

Судебно-медицинский эксперт не вправе:

1. Вести переговоры с участниками процесса, заинтересованными лицами по вопросам, связанным с производством экспертизы трупа, помимо лица или органа, ее назначившего;
2. Разглашать результаты экспертизы трупа и другие известные ему данные предварительного следствия;
3. Самостоятельно собирать материалы для производства экспертизы трупа, в том числе истребовать из медицинских учреждений медицинскую документацию покойного, выяснять обстоятельства наступления смерти и получать катанестические сведения от его родных и близких без разрешения лица, назначившего экспертизу;
4. Уничтожать без разрешения лица, назначившего экспертизу, изъятые при экспертизе трупа объекты (кожные препараты с повреждениями, участки поврежденной кости, волосы, ногти, орудия травмы, наложения и включения).

При производстве судебно-медицинской экспертизы вправе присутствовать следователь, назначивший экспертизу (либо направленный им представитель). Неявка следователя, предварительно уведомленного о времени и месте экспертизы, не является основанием для задержки ее начала. Присутствие следователя при экспертизе трупа фиксируют в заключении эксперта.

### **Порядок, организация и техника выполнения судебно-медицинской экспертизы трупа**

Судебно-медицинская экспертиза трупа включает следующие действия эксперта:

1. Ознакомление с представленной документацией.
2. Планирование экспертизы трупа.
3. Наружное исследование трупа.
4. Внутреннее исследование трупа.
5. Изъятие биологического материала.
6. Оформление протокольной части заключения эксперта.
7. Составление судебно-медицинского диагноза.
8. Оформление врачебного свидетельства о смерти.
9. Оформление запросов о представлении материалов.

10. Дополнительные исследования изъятого биологического материала.

11. Комплексная оценка с внесением в исследовательскую часть заключения экспертных результатов исследования трупа, лабораторных исследований и данных из представленных материалов.

12. Оформление выводов заключения эксперта.

Изложенная общая схема последовательности действий эксперта в каждом конкретном случае может изменяться, уточняться или дополняться.

Ознакомление с представленными документами: постановлением (определением), копией протокола осмотра трупа и места происшествия, медицинскими документами – необходимо эксперту для планирования экспертных действий, выбора методик и приемов вскрытия.

При изучении представленных документов выясняются условия и обстоятельства наступления смерти, особое внимание обращается на сведения, имеющие значение для установления ее причины и ответов на другие вопросы из постановления (определения).

При необходимости эксперт через следователя выясняет у родственников умершего перенесенные им заболевания, травмы, вредные привычки, общее состояние здоровья в последнее время и другие катamnестические сведения, вносит полученные данные в протокольную часть заключения эксперта после соответствующего оформления полученных сведений лицом или органом, назначившим экспертизу.

Планируя проведение экспертизы трупа, эксперт определяет:

- объем экспертной работы;
- последовательность исследования областей, систем и органов трупа, применения необходимых для этого специальных методик, приемов, проб;
- характер, последовательность и количество намеченного к изъятию биологического материала;
- объем работы вспомогательного персонала.

Порядок вскрытия трупа регламентируется "Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа" от 10 декабря 1996 г. Согласно Правил вскрытие трупа может быть начато после появления ранних трупных изменений (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение). До появления указанных изменений экспертиза трупа может быть произведена только после констатации факта смерти в установленном МЗ РФ порядке комиссионно и оформлении соответствующего акта.

Последовательность наружного, внутреннего исследования трупа также регламентируется "Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа".

Из трупа могут быть взяты какие-либо части, внутренние органы и ткани, кровь, моча и т.п. для последующих судебно-медицинских допол-

нительных и лабораторных исследований. Количество и характер изымаемых объектов, а также необходимые виды их исследования определяет судебно-медицинский эксперт, исходя из поставленных на разрешение экспертизы вопросов и особенностей данного случая.

Изъятие из трупа объектов для химических, научных и учебно-педагогических целей может осуществляться в соответствии с законодательством РФ.

Материал по рекомендации лица или органа, назначившего экспертизу, может изыматься из трупа в качестве образцов.

В "Правилах судебно-медицинской экспертизы трупа" изложен перечень биологических объектов, которые подлежат обязательному изъятию (в зависимости от вида, категории, рода смерти) и исследованию изъятых материалов в соответствующем отделении судебно-медицинской лаборатории.

При направлении в судебно-медицинскую лабораторию объектов заполняют бланк направления, в котором также указывают, кем и когда вынесено постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа и вопросы из постановления, подлежащие разрешению при проведении экспертизы в подразделениях лаборатории.

Объекты, которые подлежат обязательному изъятию и передаче лицу или органу, назначившему экспертизу, передают данному лицу (органу) для принятия решения об их дальнейшем исследовании в качестве вещественных доказательств в судебно-медицинской лаборатории.

Организацию доставки изъятых материалов в лабораторию бюро судебно-медицинской экспертизы обеспечивает лицо, назначившее экспертизу или исследование трупа.

По получении направления эксперта или постановления следователя и изъятых материалов руководитель экспертного учреждения через заведующего соответствующим отделением судебно-медицинской лаборатории назначает эксперта, которому поручает производство этой экспертизы, разъясняет эксперту его права, обязанности, предупреждает об уголовной ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения. Эксперт лаборатории производит порученную экспертизу, руководствуясь соответствующими Правилами и отвечает в пределах своей компетенции на поставленные перед ним вопросы.

Изъятие органов и тканей человека для целей трансплантации допускается с соблюдением требований Закона РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека", Закона РФ "О погребении и похоронном деле", указаний, установленных МЗ РФ и "Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа".

Присутствие судебно-медицинского эксперта при изъятии органа (органов) и тканей обязательно.

В заключении эксперта указывают, кем и какие органы были изъяты.

Результаты судебно-медицинской экспертизы трупа оформляют документом, который в соответствии с действующим УПК и утвержденными формами первичной медицинской документации учреждений здравоохранения именуется – "Заключение эксперта" (экспертиза трупа).

Результаты произведенной в судебно-медицинской лаборатории экспертизы трупного материала оформляют как "Заключение эксперта" (экспертиза вещественных доказательств).

В случаях, когда судебно-медицинское исследование трупа назначено письменным поручением органа дознания, прокуратуры, суда, результаты исследования трупа оформляют как "Акт судебно-медицинского исследования трупа", результаты лабораторных исследований – соответствующим "Актом".

Если постановление (определение) о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа вручено эксперту после окончания производства судебно-медицинского исследования трупа и составления "Акта", оформляют "Заключение эксперта". Для этого заполняют вводную часть установленной формы заключения эксперта, делают пометку о разъяснении эксперту процессуальных прав, обязанностей и ответственности, перечисляют поставленные на разрешение вопросы и формулируют выводы. К заключению прилагают "Акт судебно-медицинского исследования трупа". Заключению эксперта присваивают новый номер "Акта".

К заключению эксперта прилагают фототаблицы, схемы повреждений и заключения всех экспертиз, произведенными другими экспертами в процессе экспертизы трупа. Перечисленные материалы рассматривают как составную часть "Заключения эксперта" (экспертиза трупа).

"Заключение эксперта" должно быть отправлено лицу или органу, назначившему экспертизу, не позднее, чем через три дня после получения экспертом результатов всех проведенных лабораторных исследований.

По просьбе лица, назначившего судебно-медицинскую экспертизу, эксперт вправе до оформления выводов высказать ему устно свое предварительное суждение по отдельным вопросам, интересующим это лицо, если для такого предварительного суждения имеются достаточные объективные основания.

"Заключение эксперта" состоит из вводной и исследовательской частей, диагнозов, результатов лабораторных и дополнительных исследований и выводов.

Вводная и исследовательская части именуется протокольной частью "Заключения эксперта". Последнюю составляют на месте в процессе вскрытия трупа.

*Вводная часть* заключения должна содержать все сведения в соответствии с пунктами типового бланка, а именно: дату и место проведения экспертизы; все сведения об эксперте или экспертах; полную информацию о лицах, присутствующих при исследовании трупа; данные об инициаторе

проведения работы; информацию о трупе; вопросы, подлежащие разрешению при исследовании трупа; подписку судебно-медицинского эксперта о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей и об ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

В вводной части излагают также обстоятельства наступления смерти (сведения из постановления, протокола осмотра места происшествия, истории болезни и других документов, представленных следователем к началу производства экспертизы).

*В исследовательской части* отражаются данные, полученные в результате изучения трупа.

Требования к исследовательской части следующие:

- полнота описания (документ должен быть составлен настолько полно, чтобы по нему можно было обоснованно ответить на поставленные вопросы, или вопросы, которые могут возникнуть в дальнейшем);

- объективность изложения (исследовательская часть не должна содержать готовых диагнозов и выводов, она должна объективно и исчерпывающе полно протоколировать все фактические данные, выявленные в процессе исследования трупа);

- общепонятность (количество профессиональных терминов должно быть сведено до минимума, их следует по возможности заменять общепонятными словами, а при невозможности - термины должны разъясняться доступным языком).

В конце исследовательской части указываются органы, ткани и другие объекты, направленные для проведения дополнительных (лабораторных) исследований. После получения результатов дополнительных исследований эксперт заносит эти данные в исследовательскую часть заключения.

Протокольную часть "Заключения эксперта" после перечисления объектов, направленных на лабораторные исследования, подписывает судебно-медицинский эксперт.

Судебно-медицинский диагноз строится следующим образом:

1. Основное заболевание или повреждение (то, которое непосредственно или через свои осложнения привело к смерти).

2. Сопутствующие повреждения, заболевания, состояния, оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного процесса.

3. Другие сопутствующие изменения, не связанные с основным повреждением или заболеванием и причиной смерти.

Все дополнительные, лабораторные исследования и эксперименты, выполняемые судебно-медицинским экспертом в морге, излагают в разделе "Дополнительные исследования", "Заключения эксперта" с указанием даты и подписывается экспертом.

Необходимые сведения из документов и материалов, дополнительно представленных экспертом и полученных из судебно-медицинской лабора-

тории, приводят после судебно-медицинского диагноза с указанием даты получения, номера и даты дополнения.

Необходимо выделить и то, что при исследовании трупа эксперт выдает родственникам умершего "Врачебное свидетельство о смерти".

При поступлении трупа из стационара эксперт вписывает в историю болезни судебно-медицинский диагноз и эпикриз о причине смерти.

*К выводам эксперта* предъявляется несколько требований, которым они должны отвечать:

1. Они должны быть мотивированными, то есть должны строиться на основе объективной информации, полученной в ходе исследования.

2. Должны быть научно обоснованными, то есть соответствовать уровню современных научных достижений медицины и биологии.

3. В выводах не должно содержаться понятий, имеющих двойное толкование, то есть выводы должны быть однозначными.

4. Выводы должны быть по возможности категорическими. Отказ от категорического ответа на вопрос или вообще отказ от решения вопроса должны быть мотивированными.

Работа над заключением заканчивается тем, что эксперт подписывает его, ставится дата, печать. Заключение оформляется в двух экземплярах. На втором экземпляре делается отметка о выдаче "Врачебного свидетельства о смерти", в котором указывается причина смерти. Первый экземпляр направляется инициатору проведения экспертизы, второй остается в архиве судебно-медицинского экспертного учреждения.

После проведения экспертизы труп с разрешения следователя выдается родственникам для захоронения. При необходимости, по указанию следователя он может храниться в морге до принятия решения о его выдаче родственникам. Как правило, трупы выдаются родственникам в день вскрытия или на следующий день.

Вещественные доказательства (одежда погибшего, предметы, доставленные с ним) по указанию следователя могут храниться в морге. При этом забота об их состоянии и сохранности возлагается на сотрудников судебно-медицинского учреждения.

## **5. Поводы и цели судебно-медицинской экспертизы трупа при скоропостижной смерти**

К роду ненасильственной смерти относится *скоропостижная смерть* – неожиданно для окружающих наступившая смерть от заболеваний при практическом состоянии здоровья (например, человек пошел на работу и неожиданно умер на остановке автобуса).

Перед судебно-медицинским экспертом при исследовании трупов, скоропостижно умерших, стоят две основные задачи:

1. Исключить насильственную смерть;

2. Установить причину смерти, влияние конкретных внешних факторов, обусловивших неблагоприятный исход заболевания.

В случае подозрения на насильственную смерть (отравление, механическую асфиксию, электротравму и др.) для установления истинной причины производят судебно-медицинское исследование трупа с необходимыми методами исследования.

Болезненные изменения, вызывающие скоропостижную смерть, весьма разнообразны. Они могут быть хроническими и протекать скрыто, бессимптомно или развиваться быстро и привести к смерти в течение нескольких часов. Скоропостижная смерть встречается в любом возрасте, однако чаще у детей раннего возраста (острые инфекционные заболевания и болезни органов дыхания) и после 40-45 лет (заболевания сердца и сосудов).

Диагностика причины смерти в одних случаях не вызывает затруднений – кровоизлияния в мозг, закупорка (тромбоз) сосудов сердца. В других – в основном при исследовании лиц молодого возраста, на вскрытии не удается выявить каких-либо болезненных изменений, смерть является следствием функциональных расстройств, возникших остро.

Эксперт должен принять меры к тому, чтобы проанализировать все относящиеся к покойному медицинские документы: карты стационарного и амбулаторного лечения, диспансерного наблюдения и т.д.

Экспертное значение может иметь изучение сведений об умершем (возраст, профессия, условия работы, перенесенные заболевания, вредные привычки и т.д.). Следует иметь в виду неблагоприятные факторы, которые могли способствовать наступлению скоропостижной смерти: физическое или психическое перенапряжение, резкое изменение метеорологических факторов, алкогольная интоксикация и другие.

Экспертиза скоропостижной смерти позволяет не только решать вопросы, поставленные органами дознания и следствия, но и оказывать помощь органам здравоохранения.

Анализ причин скоропостижной смерти позволяет выявлять ошибки в диагностике и лечении, способствует повышению качества лечебно-профилактической помощи, особенно в отношении заболеваний, наиболее часто приводящих к неожиданным смертельным исходам.

## **6. Эксгумация и экспертиза трупа**

Эксгумация, производимая с целью последующей судебно-медицинской экспертизы трупа, является следственным действием. Ее производит следователь по его постановлению в присутствии понятых, родственников или близких покойного и с участием судебно-медицинского эксперта.

Поводами для судебно-медицинского исследования эксгумированного трупа могут явиться:

1. Захоронение трупа без судебно-медицинского или патологоанатомического исследования, при возникновении в последующем версий о возможности насильственной смерти;

2. Существенные дефекты первичного судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа, установленные следственным путем или в судебном заседании;

3. Новые данные, выясненные после первичного исследования трупа;

4. Обнаружение трупа, тайно захороненного преступником, или случайное обнаружение трупа (например, при строительных работах).

Таким образом, судебно-медицинская экспертиза эксгумированного трупа может быть либо первичной, либо повторной. Эксгумации трупа предшествует установление точного места захоронения, опознание могилы, после чего могилу вскрывают и труп извлекают из нее. Этапы эксгумации следователь фиксирует в протоколе эксгумации (отмечает глубину могилы, материал, из которого сделан гроб, его состояние и содержание, характер почвы, в которой был погребен труп, позу и состояние трупа). В постановлении для проведения судебно-медицинской экспертизы эксгумированного трупа следователь указывает обстоятельства дела, обусловившие необходимость эксгумации, фамилию эксперта (экспертов), вопросы, подлежащие разрешению.

Перед проведением исследования эксперт изучает обстоятельства дела, данные первичного исследования трупа (если оно производилось).

Порядок исследования эксгумированного трупа такой же, как и исследование трупа общее. Оно включает в себя наружное и внутреннее исследование, но имеет определенные особенности: например, исследуются не только те повреждения, которые имелись на трупе и были описаны при первичном его исследовании, но и те, которые образовались в результате разложения трупа. Гнилостные изменения трупа затрудняют решение вопросов, стоящих перед экспертом. В связи с этим, чем раньше после смерти и после захоронения производится эксгумация, тем больше возможности у судебно-медицинской экспертизы.

Вместе с тем ряд вопросов может быть разрешен и спустя длительное время после захоронения (например, механические повреждения, захватывающие кости).

Важное значение для экспертизы приобретают лабораторные методы исследования. Некоторые химические вещества сохраняются в трупе не одинаковое время (так, например, мышьяк, металлические яды, сохраняются в трупе долгие годы после захоронения). Для судебно-медицинского исследования из эксгумированного трупа изымают мягкие ткани, кости, а также в обязательном порядке образцы земли над и под гробом (не менее

500 грамм в каждой пробе), части гроба, сохранившиеся части одежды, находившейся на трупе.

Исследование независимо от давности смерти и срока захоронения, степени выраженности гнилостных изменений, должно быть как можно более полным. После судебно-медицинского исследования эксгумированный труп укладывают в гроб (тот же или новый) и производят захоронение. Могила должен быть придан первоначальный вид.

### **7. Примерный перечень вопросов, выносимых на разрешение экспертам при проведении судебно-медицинской экспертизы трупа**

При судебно-медицинской экспертизе трупа разрешаются следующие вопросы:

1. Какова причина смерти?
2. Что явилось причиной смерти – травма или заболевание?
3. Изменялась ли поза трупа?
4. Когда наступила смерть (в какое конкретное время)?
5. Способен ли был потерпевший после причинения ему повреждений (или иных внешних воздействий) совершать какие-либо самостоятельные действия (например, пробежать определенное расстояние, кричать и т.д.)?
6. Какие повреждения имеются на трупе, каков их характер и расположение? Какие из них нанесены при жизни и какие после смерти?
7. Какое именно из повреждений явилось причиной смерти?
8. Какова последовательность нанесения повреждений?
9. Если ни одно из повреждений не могло само по себе причинить смерть, то не обусловили ли смерть все повреждения в своей совокупности?
10. Есть ли прямая причинная связь между полученным повреждением (или тем или иным внешним воздействием) и смертью?
11. В какой примерно позе находился пострадавший в момент травмы?
12. Какое количество повреждений установлено при исследовании трупа и при осмотре его одежды; соответствуют ли повреждения на одежде повреждениям на трупе (по характеру, количеству, расположению и др.), и если нет, то чем это можно объяснить?
13. В какой степени травма повлияла на течение болезни и время наступления смерти?
14. Наступила ли смерть сразу после повреждения (или иного внешнего воздействия) или через какой-то определенный промежуток времени?
15. Имеются на трупе следы, указывающие на возможную борьбу или самооборону?

16. Какова групповая принадлежность и тип крови погибшего?
17. Принимал ли погибший незадолго перед смертью алкоголь, и если принимал, то в каком количестве?
18. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти пищу и какую именно?
19. Соответствуют ли показания обвиняемого (или свидетеля) об обстоятельствах смерти данным, установленным при исследовании трупа?
20. Каков возраст покойного?
21. Принадлежат ли останки, найденные на месте происшествия, человеку или животному?
22. Принадлежат ли части человеческого тела одному трупу или нескольким?
23. Какова давность расчленения трупа? Каким способом оно совершено и с применением каких возможных орудий?
24. Принадлежат ли останки трупа конкретному лицу?
25. Какими заболеваниями страдал умерший?
26. Какие хирургические операции перенес потерпевший?
27. Каков рост, пол и возраст потерпевшего?
28. Нет ли на трупе следов бывших повреждений? Если они есть, то когда были причинены?
29. Не могло ли расчленение быть совершено данным орудием?
30. Нет ли на трупе признаков, указывающих на род занятия и привычки потерпевшего?
31. Нет ли признаков, указывающих на то, что лицо, расчленившее труп, обладало познаниями в области анатомии и секционной техники?

**При судебно-медицинской экспертизе смерти от сдавления шеи (удавления) руками могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Не наступила ли смерть от сдавления шеи руками?
2. Можно ли определить какой рукой (правой или левой) или обеими произошло сдавление?
3. Каково происхождение повреждений, имеющих в других (кроме шеи) областях тела?

**При судебно-медицинской экспертизе трупа, извлеченного из воды, могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Не явилось ли причиной смерти утопление?
2. Если смерть наступила от утопления, то какими объективными данными это подтверждается?
3. Не имеется ли каких-либо причин, которые могли способствовать утоплению?

4. От чего произошли обнаруженные на вскрытии телесные повреждения; являются ли они прижизненными или причинены после наступления смерти?

5. Можно ли установить и по каким признакам последовательность возникновения повреждений, обнаруженных на трупе?

6. Какими заболеваниями страдал при жизни покойный и не явились ли они причиной смерти в воде?

7. Какова давность наступления смерти?

8. Сколько времени труп находится в воде?

**При судебно-медицинской экспертизе трупов  
в случаях задушения могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Не наступила ли смерть в результате закрытия отверстий рта и носа?

2. Какими предметами могли быть закрыты дыхательные отверстия?

3. Не закрывались ли они ладонью руки и какими объективными данными это доказывается?

4. Не наступило ли удушение от закрытия дыхательных путей инородным телом (предметом) и каким (какими)?

5. Не имеется ли на трупе каких-либо повреждений, которые могут указывать на сопротивление жертвы во время удушения?

6. Не явилось ли причиной смерти попадание пищевых масс в дыхательные пути?

7. Можно ли утверждать, что обнаруженные при судебно-медицинском исследовании трупа пищевые массы в дыхательных путях не имеют отношения к смерти; попали туда после смерти?

8. Нет ли каких-либо объективных данных, указывающих на то, что инородное тело в полость рта и глотки было введено собственной (или посторонней) рукой?

**При судебно-медицинской экспертизе в случаях смерти от  
сдавления шеи петлей могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Не наступила ли смерть от сдавления органов шеи петлей?

2. Нет ли признаков, указывающих на наложение петли после наступления смерти?

3. Если наложение петли было посмертным, то что является причиной смерти?

4. Сколько времени труп находился в петле?

5. Судя по особенностям странгуляционной борозды, из какого материала была сделана петля?

6. Не наступила ли смерть от удушения петлей, и чем это можно обосновать?

7. Не изменялось ли первоначальное положение трупа в петле, судя по характеру трупных явлений?

8. Имело ли место в данном случае повешение или удушение петлей?

**При судебно-медицинской экспертизе смерти от сдавления груди и живота могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Не явилось ли причиной смерти сдавление груди и живота?

2. Какими предметами вызвано сдавление груди и живота?

**При судебно-медицинской экспертизе электротравмы разрешаются следующие вопросы:**

1. Наступила ли смерть от поражения электрическим током, молнией или от другой причины?

2. Какова поза пострадавшего в момент поражения электрическим током?

3. Какая часть тела пострадавшего соприкасалась с источником электротока?

4. Можно ли судить об источнике электротока по признакам его действия на трупе? (Какова была форма проводника тока, из какого материала он состоял, каково было напряжение тока?)

5. Имелись ли у погибшего какие-либо заболевания, которые могли способствовать наступлению смерти от поражения электрическим током?

**При судебно-медицинской экспертизе в случаях смерти от отравлений могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Последовала ли смерть от отравления или от других причин?

2. Каким ядовитым веществом вызвано отравление?

3. Каким путем был введен яд в организм?

4. Какова примерная доза введенного яда?

5. Не попал ли яд в труп случайно (например, из почвы, из обивки гроба) при вскрытии трупа?

6. Каково происхождение данного пищевого отравления – бактериальное или небактериальное?

7. Если отравление бактериальное, то какой группой микробов оно вызвано?

8. Если отравление небактериальное, то не вызвано ли оно употреблением каких-либо ядовитых веществ растительного или животного происхождения? Каких именно?

9. Не могло ли отравление произойти в результате попадания в пищу ядовитых химических и растительных примесей? Каких именно?

**При судебно-медицинской экспертизе смерти от действия высоких температур могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Наступила ли смерть от ожогов или других причин?
2. Чем вызваны ожоги (раскаленными газами, горячей жидкостью и др.)?
3. Каково взаимное расположение источника высокой температуры и потерпевшего? Какова его поза в момент получения ожогов?
4. Произошли ли обнаруженные на трупе повреждения от действия высокой температуры или от других причин?
5. Была ли на потерпевшем одежда и какая?
6. Сколько времени необходимо для того, чтобы труп полностью сгорел в данных конкретных условиях?
7. Человеку или животному (какому?) принадлежат обгоревшие останки костей?

**При судебно-медицинской экспертизе смерти от действия холода могут разрешаться следующие вопросы:**

1. Было ли причиной смерти охлаждение?
2. Что могло способствовать наступлению охлаждения (алкогольное опьянение, повреждение ног, препятствующее ходьбе, тяжелое ранение или сильное кровотечение, заболевание и т.п.)?
3. Как быстро наступила смерть от охлаждения?
4. Являются ли обнаруженные на трупе повреждения следствием действия холода или они возникли от других причин? Каково, в частности, происхождение повреждений черепа у погибшего, не явилось ли оно следствием замерзания трупа?

**При судебно-медицинской экспертизе автомобильной травмы разрешаются следующие вопросы:**

1. Расположение следов и повреждений на теле и одежде пострадавших и их особенности; давность возникновения повреждений; прижизненное или посмертное их происхождение; механизм возникновения повреждений (удар, сотрясение, сдавление, трение); в одно или разное время причинены повреждения; место приложения силы и ее направление; способ-

ность пострадавшего к самостоятельным действиям; причина смерти; тяжесть вреда здоровью; наличие или отсутствие у пострадавшего заболеваний, предшествующих травме; наличие и степень алкогольной интоксикации.

2. Установление вида автомобильной травмы: конкретный ее вид (от удара автомобилем человека, переезда колесом, выпадения, удара внутри автомобиля, придавливание между частями автомобиля и другими предметами); механизм образования повреждений при конкретном виде автомобильной травмы, ее фазы и последовательность их; какими частями автомобиля причинены следы и повреждения; положение потерпевшего во время травмы и взаимное расположение тела человека и частей автомобиля; направление удара, переезда, придавливания и другие.

3. Групповая принадлежность крови пострадавшего.

4. Давность наступления смерти.

#### **При судебно-медицинской экспертизе железнодорожной травмы разрешаются следующие вопросы:**

1. Морфологическая характеристика повреждений.

2. Могли ли они быть причинены железнодорожным транспортом?

3. Механизм образования повреждений: при ударе движущимся железнодорожным транспортом, переезде колесами, падении с крыши вагона, переходных площадок или спрыгивание на ходу, сдавлении вагонами или они возникли внутри вагона при катастрофе.

4. Нет ли повреждений, не связанных с железнодорожной травмой?

5. Прижизненное или посмертное происхождение повреждений?

6. Состояние здоровья погибшего, предшествующее железнодорожной травме, в частности, не было ли заболеваний органов слуха и зрения.

7. Причина наступления смерти.

8. Давность смерти.

9. Наличие или отсутствие алкоголя в трупе.

10. Групповая принадлежность крови погибшего.

#### **При судебно-медицинской экспертизе колотых, колото-резаных и рубленых ран разрешаются следующие вопросы:**

1. Не нанесена ли рана острым предметом, и если нанесена, то каким: режущим, колющим, колюще-режущим, рубящим, пилящим?

2. Одним или несколькими острыми предметами нанесены повреждения?

3. Каковы были групповые признаки клинка: длина и ширина клинка, число лезвий, форма кончика, наличие и форма ограничителей и рукоятки?

4. Не нанесены ли повреждения данным конкретным ножом или топором?
5. Какова форма колющего орудия и размеры его поперечного сечения?
6. Каковы признаки топора, судя по характеру ран: длина и острота его лезвия?
7. Каково возможное расположение потерпевшего и нападавшего в момент нанесения ранений?
8. С какой силой был нанесен удар?
9. В какой последовательности были нанесены повреждения?
10. Мог ли пострадавший сам нанести себе данные повреждения?

**При судебно-медицинской экспертизе огнестрельных повреждений разрешаются следующие вопросы:**

1. Является ли данное повреждение огнестрельным? Если оно огнестрельное, то пулевое или осколочное?
2. На каком расстоянии произведен выстрел?
3. Каково направление пулевого канала в теле и одежде (определение входного и выходного отверстий)?
4. Каковы вид и модель оружия, из которого был произведен выстрел в потерпевшего?
5. Сколькими пулями нанесены повреждения?
6. Какова последовательность нанесения повреждений?
7. Каким было взаимное расположение оружия и тела пострадавшего при выстреле?

**Контрольные вопросы**

1. На какие две категории делится смерть?
2. Что понимают под насильственной и ненасильственной смертью?
3. Что называют родом насильственной смерти?
4. Классификация смерти в зависимости от воздействия факторов внешней среды.
5. Дайте понятие "скоропостижной" смерти.
6. Назовите виды смерти.
7. На какие группы можно разделить посмертные изменения, развивающиеся на трупе?
8. Какие трупные изменения относят к ранним?
9. Что такое трупное пятно? Каков механизм образования трупных пятен?
10. Какие фазы выделяют в развитии трупного пятна?

11. В чем заключается методика давления на трупное пятно и с какой целью она проводится?
12. Какие судебно-медицинские вопросы можно решить, оценивая трупные пятна в динамике с учетом внешних и внутренних условий?
13. Что называют трупным окоченением?
14. Какую информацию позволяет получить исследование мышечного окоченения при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения и в морге?
15. Какие судебно-медицинские вопросы можно решить, исследуя процесс остывания трупа?
16. С какой целью судебно-медицинские эксперты анализируют признаки трупного высыхания?
17. Что такое трупный аутолиз?
18. Какие трупные явления относят к поздним?
19. На какие две группы могут быть разделены поздние трупные изменения?
20. В чем различия между судебно-медицинским и патологоанатомическим исследованием трупа?
21. В каких случаях говорят о судебно-медицинской экспертизе трупа, в каких – о судебно-медицинском исследовании трупа?
22. Назовите задачи эксперта при проведении судебно-медицинской экспертизы (исследовании) трупа?
23. В каких случаях обязательно производится судебно-медицинская экспертиза трупа?
24. Что называют местом происшествия?
25. Какое следственное действие понимают под осмотром места происшествия?
26. Какой статьей УПК регламентирован порядок осмотра места происшествия?
27. Какими процессуальными документами предусматривается проведение наружного осмотра трупа на месте его обнаружения с участием врача-специалиста?
28. Организация и порядок осмотра места обнаружения трупа.
29. Какой документ регламентирует порядок осмотра трупа на месте его обнаружения судебным медиком?
30. Действия судебного медика при осмотре трупа на месте его обнаружения.
31. На какие вопросы может ответить (в устной форме) судебный медик следователю по результатам наружного осмотра трупа на месте его обнаружения и результатам в процессе выявления и фиксации следов биологического происхождения?
32. В каких случаях проводится дополнительный, повторный осмотр места происшествия?

33. Назовите основной процессуальный документ, оформляемый при осмотре места происшествия и какие требования должны быть соблюдены при его оформлении?

34. Какие этапы включает в себя судебно-медицинская экспертиза трупа?

35. "Заключение эксперта" ("Акт судебно-медицинского исследования трупа"). Структура, требования, предъявляемые к написанию этих документов.

36. Поводы и цели судебно-медицинской экспертизы трупа при скоропостижной смерти.

37. Поводы и цели для судебно-медицинского исследования эксгумированного трупа.

38. Назовите вопросы, которые разрешаются при судебно-медицинской экспертизе трупа.

## ГЛАВА 4

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

#### 1. Объекты биологического происхождения и порядок их исследования

Согласно ст. 83 УПК "Вещественные доказательства", *вещественными доказательствами* являются предметы, которые служили орудиями преступления, или сохранили на себе следы преступления, или были объектами преступных действий обвиняемого, а также деньги или иные ценности, нажитые преступным путем, и все другие предметы, которые могут служить средствами к обнаружению преступления, установлению фактических обстоятельств дела, выявлению виновных либо опровержению обвинения или смягчению вины обвиняемого.

Вещественные доказательства, которые подлежат исследованию судебными медиками, можно подразделить на два вида:

1. Вещественные доказательства, которые способствуют установлению причины смерти, вида насилия, механизма травмы, идентификации личности, установлению орудия преступления и т.д. (например, извлеченная из тела погибшего пуля, изъятый у преступника топор, которым было совершено преступление и другие);

2. Объекты биологического происхождения (волосы, кровь, сперма и другие). Исследование позволяет установить их принадлежность определенным конкретным лицам – преступнику, пострадавшему и т.д.

Судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств производят в соответствии с "Основами законодательства РФ о здравоохранении", УПК, УК РФ, Инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы, "Правилами судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установления родства в судебно-биологических отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы".

Целью экспертизы вещественных доказательств является определение наличия, вида, группы, пола и иных признаков объектов биологического происхождения с применением специальных познаний в области судебной медицины.

Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств производится в лабораториях бюро судебно-медицинской экспертизы.

В судебно-биологических отделениях этих лабораторий исследуют только объекты биологического происхождения: кровь, сперму, волосы, пот, слюну, выделения из носа и влагалища, мочу, кал, меконий, сыровидную смазку, околоплодную жидкость, лохии, женское молоко и молозиво, а также кости и различные ткани и органы. Такие объекты могут быть об-

наружены при осмотре места происшествия, а также одежды и тела пострадавшего и подозреваемого, при осмотре орудий преступления.

Порядок и способы собирания вещественных доказательств регламентированы Уголовно-процессуальным кодексом. Изъятые предметы необходимо в присутствии понятых тщательно упаковать и опечатать печатью лица, ведущего расследование (ст. 171 УПК "Изъятие предметов и документов при выемке и обыске", ст. 179 УПК "Порядок производства осмотра").

Для проведения судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств предоставляются:

1. Постановление следственного органа (определение суда) о назначении экспертизы, в котором перечисляются обстоятельства, вопросы, подлежащие разрешению экспертами, направляются предметы, подлежащие исследованию;

2. Перечисляются материалы, направляемые в качестве образцов, например образцы крови, волос и другие;

3. Направляют также копию протокола осмотра места происшествия, либо тех предметов, которые подверглись осмотру перед направлением их на экспертизу, а также копию протокола изъятия образцов крови, волос и другие;

4. Копии всех необходимых для проведения экспертизы документов ("Заключение судебно-медицинской экспертизы трупа" или "Заключение судебно-медицинской экспертизы живого лица");

5. При повторной экспертизе направляют заключение первичной экспертизы.

В тех случаях, когда необходимые материалы не предоставлены, эксперт обязан их запросить. В первую очередь это относится к образцам для сравнительного исследования, без которых не может производиться экспертиза.

Датой начала экспертизы является дата поступления последнего из запрошенных материалов.

Различные предметы становятся вещественными доказательствами, если они будут правильно процессуально оформлены.

Экспертизу вещественных доказательств эксперт имеет право производить только на основании постановления следователя или определения суда.

Заведующий судебно-биологическим отделением передает вещественные доказательства и документы к ним эксперту–исполнителю.

Первоначально эксперт изучает обстоятельства происшествия, вопросы, поставленные на экспертизу, уточняет какие вещественные доказательства направлены на экспертизу, какие следы обнаружены и другие.

После этого он осматривает посылку с вещественными доказательствами в присутствии понятых и удостоверяется, что последняя опечатана следователем и поступила в сохранности.

Если оказывается, что целостность посылки нарушена, эксперт составляет акт и сообщает об этом следственным органам. Затем в присутствии сотрудников лаборатории эксперт вскрывает посылку и сличает наличие присланных ему вещественных доказательств с перечнем их в постановлении следователя или определении суда. Если расхождений нет, эксперт вправе приступить к исследованию. Если расхождение установлено, эксперт составляет акт, в котором указывает расхождения. Этот акт подписывает эксперт и два сотрудника лаборатории, присутствовавшие при вскрытии посылки.

Один экземпляр отправляется следователю, второй хранится в лаборатории.

Затем эксперт приступает к исследованию вещественных доказательств и разрешает вопросы, данные на разрешение эксперту.

Таким образом, экспертизу вещественных доказательств производят в следующей последовательности:

1. Изучение документов.
2. Осмотр упаковки и ее описание.
3. Осмотр и описание вещественных доказательств.
4. Определение наличия объектов биологического происхождения (производится по ходу описания вещественного доказательства).
5. Составление плана проведения экспертизы в соответствии с выявленными объектами и имеющимися методиками.
6. Определение видовой, групповой, половой принадлежности объектов с целью разрешения вопросов, поставленных следователем или судом.
7. Составление экспертных выводов.
8. Оформление "Заключения эксперта".

Первый титульный лист "Заключения эксперта" оформляют на утвержденном в установленном порядке бланке.

Далее в определенном порядке следуют вопросы следствия; "Обстоятельства дела"; "Описание вещественных доказательств"; "Исследование"; "Выводы".

В разделе "*Обстоятельства дела*" в произвольной форме излагают суть дела, указанную в постановлении, при повторных экспертизах в этот раздел включают выводы первичного заключения с обязательным указанием учреждения, где эту экспертизу проводили, фамилию эксперта, ее исполнившего, а также номер заключения и дату ее проведения.

"*Описание вещественных доказательств*". Осмотр и описание вещественных доказательств должны производиться с указанием полной характеристики следов биологического происхождения (указывают фактуру, ос-

новые размеры, отличительные детали, цвет, изношенность предмета, а также локализацию следа, его цвет, форму, контуры, степень пропитывания, уплотнение, размеры и другие особенности).

Целесообразно использовать схемы, фотографировать вещественные доказательства.

Эксперт обязан подробно описать образцы, представленные для сравнения вместе с вещественными доказательствами, а также образцы, взятые в отделении в присутствии следователя или иного сотрудника следственной бригады.

*Исследовательскую часть* "Заключения" помещают в соответствующем разделе на формализованных бланках.

В разделе "*Выводы*" вначале излагают данные по групповой характеристике (в необходимых случаях – по категории выделительства) лиц, образцы крови и выделения которых представлены для сравнительного изучения; затем следует перечисление результатов исследования объектов, направленных на экспертизу, затем формулируют общий вывод о возможности (невозможности) происхождения подвергшихся исследованию объектов от конкретного человека, интересующего следствие и суд.

Выводы должны быть достаточно краткими, научно обоснованными и изложенными в доступной для восприятия форме.

Оформленное "Заключение эксперта" вместе с надлежаще упакованными вещественными доказательствами и сопроводительным документом (в последнем указывают номер заключения, фамилии проходящих по делу лиц, перечисляют вещественные доказательства) передают для отправки следователю или суду.

## **2. Основные методы выявления вещественных доказательств биологического происхождения, изъятия и направления их на судебно-медицинскую экспертизу**

Врач как специалист может привлекаться следственными органами и судом для выявления вещественных доказательств, на которых имеются объекты биологического происхождения. Наиболее часто такие объекты могут быть выявлены при осмотре места происшествия, при освидетельствовании потерпевших и подозреваемых, их одежды, предметов насилия. В этих случаях используются специальные познания.

### **Возможности судебной медицины при исследовании крови**

***Выявление пятен крови.*** Сложности выявления пятен крови состоит в том, что:

1. Со временем кровь изменяет цвет и пятна становятся бурокоричневыми, иногда черными, а загнившая кровь приобретает зеленоватый оттенок;

2. Окраска и расцветка предмета (фон), на котором находится пятно может затруднить обнаружение крови;

3. Преступник может принять меры к уничтожению следов крови, например, замывать.

Для обнаружения следов крови прибегают к тщательному осмотру как всех предметов, которые имеются на месте происшествия, так и одежды, тела участников происшествия.

Одежда осматривается не только с наружной стороны, но и с изнанки. Обращают внимание на швы одежды, где бывает труднее удалить кровь (карманы и области вокруг них, обшлага, шнурки, подошвы обуви, застежки и т.д.).

Обязательно осматривают ручки дверей, шкафов, столов, водопроводных кранов и т.д.

При осмотре различных предметов обращают внимание не только на их поверхность, но и различного рода щели, углубления (например, при осмотре ножа детально изучают места соединения клинка с рукояткой, при осмотре пола осматривают щели между половицами и между полом и плинтусом, при осмотре автомобилей детально исследуют места повреждений на автомобиле, углубления и места соединения частей).

При осмотре места происшествия в поле, в лесу внимание обращают на грунт, траву, листья, деревья.

Земля, пропитанная кровью, имеет более темный цвет. Нередко преступник с целью сокрытия следов преступления старается засыпать пятна крови песком, опилками, землей, на что необходимо обращать внимание.

Необходимо также учитывать характер происшествия, когда пятна крови в большей мере локализуются на определенных предметах, одежде. Например, при подозрении на половые преступления нередко пятна крови обнаруживаются на застежках брюк или нижнем белье подозреваемого.

**Осмотр и фиксация следов крови.** При обнаружении следов крови они должны быть зафиксированы:

1. Целесообразно сфотографировать пятна крови, что создает объективное представление об их форме и расположении.

2. В протоколе подробно описывают характер пятен (указывают расположение пятен, их форму, цвет, размеры, количество, степень пропитывания материала, наличие корочек).

3. После описания целесообразно составить схему расположения пятен крови и в ней также отразить их форму (по форме следов крови можно судить о механизме их образования: возникли ли они от брызг крови или при падении капли на горизонтальную поверхность, происходило ли передвижение пострадавшего после получения повреждений, какая была его поза и другие).

Предметы, на которых находятся следы крови, берутся руками лишь за участки, свободные от крови.

Корочки, имеющиеся на пятнах крови, могут легко отделяться от предметов, на которых они расположены, и быть утрачены при неосторожном обращении.

При кровотечении из поврежденного сосуда возникают капли, брызги, струи крови, образующие на различных предметах пятна, потеки, лужи. Характер пятен от капель, брызг, струи крови различен. Выделяют также следы крови в виде отпечатков и помарок.

*Пятна от капель крови.*

При падении капель крови перпендикулярно (отвесно) на горизонтальную поверхность с небольшой высоты образуются пятна округлой формы.

По мере увеличения высоты падения края пятен становятся зубчатыми, затем от них начинают отходить лучи, а вокруг основного пятна появляются меньших размеров вторичные пятна (от разбрызгивания крови от основной капли). Чем больше высота падения, тем большую округлость занимают вторичные пятна.

При падении капель крови с достаточно большой высоты пятна крови утрачивают округлую форму. В случаях падения капель крови на наклонную поверхность (под углом) пятна крови приобретают овальную форму, чем острее угол встречи капли с поверхностью предмета, тем длиннее ось овала.

*Пятна от брызг крови* возникают при падении ее на поверхность под острым углом. Такие пятна имеют вид восклицательного знака, причем удлиненные отростки обычно указывают на направление движения брызг крови. Иногда от пятна могут отходить несколько таких отростков.

Пятна от брызг образуются при артериальном кровотечении, в момент образования ран, при попадании крови с движущегося предмета или человека и т.д.

Пятна от брызг крови обычно располагаются на ограниченной площади в форме прямой полосы, веера, дуги, конуса. Им присуще однообразие размера и формы.

*Потеки.* Пятна крови в виде потеков образуются в случаях попадания струи крови на наклонную или отвесную поверхность. Стекая с такой поверхности, кровь образует след в виде потока – равномерного по ширине, но удлиненной формы пятна.

Вследствие скопления большого количества крови в нижнем отделе потока, он окрашен более интенсивно, а иногда булавовидно утолщен. Этот признак используется для определения направления потока крови.

Если несколько потоков на одном месте идут в разных направлениях и пересекаются, это указывает на то, что вскоре после нанесения повреждения с наружным кровотечением положение тела (или предмета) было изменено.

Признаки, наблюдаемые в области пересечения потоков (второй по времени образования потек у места пересечения умеренно расширен по сравнению с уже подсохшим первым потоком или уже изменяет свое направление, располагаясь вдоль первого), используют для установления последовательности их образования.

*Лужи крови* свидетельствуют об обильном кровотоке из крупных сосудов сердца или при длительном кровотечении из более мелких сосудов. Размеры и форма луж крови определяется не только количеством излившейся крови, но и свойствами среды (предмета), на который она излилась.

*Отпечатки* от окровавленных рук, ног, орудий преступления образуются при соприкосновении их с различными предметами (например, ходьба испачканными кровью босыми ногами, дотрагивание окровавленными пальцами рук до электрической лампочки при ее выкручивании из патрона). Такие отпечатки могут сохранять форму и индивидуальные признаки соприкасающейся поверхности, что может быть использовано для целей идентификации окровавленных объектов (обуви, рук, ног), оставивших след.

Подобные отпечатки вначале направляют на криминалистическую экспертизу, и только после ее проведения – на судебно-медицинское исследование.

*Помарки (мазки) крови* наблюдаются при вытирании испачканных кровью рук, различных орудий материей, бумагой и т.д. Размеры и форма их разнообразны. Иногда по таким помаркам и мазкам можно предположительно судить об источнике их образования.

При наличии данных о возможности удаления преступником следов крови иногда целесообразно направлять на экспертизу и предметы без видимых следов крови (чаще всего одежду). В подобных случаях при отсутствии крови на поверхности материи сохраняются глыбки крови, обнаруживаемые специальным исследованием.

При описании предмета указывается точное его наименование, размеры, форма (иногда вес), цвет, фасон, степень износа и загрязнения (для одежды), материал из которого он изготовлен, и имеющиеся особенности и дефекты.

Следы описывают в определенной последовательности. Вначале указывают точное местонахождение следа по отношению к поверхности предмета и к двум взаимно перпендикулярным точкам на нем, затем отмечают форму, размер, цвет, характеристику контуров краев, поверхности, наложений, количество следов, форму и размер занимаемой ими площади и другие особенности следа.

При конкретизации расположения пятен на одежде, обуви или иных предметах целесообразно пользоваться схемами, в которых указаны наименования отдельных частей предмета. В случаях, когда точное наимено-

вание описываемых частей предметов неизвестно следователю или эксперту, рекомендуется пользоваться такими обозначениями, как передняя и задняя поверхность, верхняя и нижняя части, левая и правая половина, лицевая сторона и изнанка.

После определения местоположения пятна измеряют расстояние от него до каких-либо опознавательных точек или линий (швы, места их соединения, петли, пуговицы, карманы и т.д.).

#### ***Изъятие следов крови и направление их на исследование.***

После обнаружения, осмотра и фиксации в протоколе осмотра места происшествия следы, подозрительные на кровь, изымаются и направляются на экспертизу.

При этом принимаются меры предосторожности, гарантирующие сохранность следов в том виде, в каком они были обнаружены.

Предметы одежды, обуви, орудия преступления и другие небольшие предметы с пятнами, похожими на кровь, направляются, как правило, целиком. Это позволяет эксперту лучше ориентироваться в расположении и форме пятен, а следовательно, разобраться в механизме их образования.

При расположении пятен на громоздких предметах (пол, шкаф) изымается часть предмета со следами крови и часть без следов (для контрольного исследования).

С предметов, имеющих художественную ценность (картин, статуй), пятна крови изымаются путем осторожного соскабливания или смывания. При соскобе острым чистым скальпелем или тонким ножом сначала снимают подсохшие частицы и корочки, затем легким поскабливанием, располагая скальпель под острым углом, снимают остальную часть следа. При этом стараются не затрагивать предмет-носитель пятна. Соскоб с вертикальных поверхностей производят движениями скальпеля снизу вверх, чтобы соскабливаемые частицы попадали сначала на поверхность скальпеля, а затем уже в пакетик. Кровь собирают на лист чистой бумаги, который упаковывают по типу аптечного порошка, на нем надписывают: откуда, когда и кем был взят соскоб. Необходимо взять контрольный соскоб чистым скальпелем с соседнего с пятном участка предмета-носителя.

Смыв производят путем прикладывания к пятну марли или фильтровальной бумаги, смоченной водой (кипяченой или дистиллированной) или физиологическим раствором. Влажную марлю или фильтровальную бумагу прижимают на некоторое время к пятну или слегка трут ими по пятну до полного растворения и впитывания крови. Затем марлю или фильтровальную бумагу высушивают при комнатной температуре и посылают для исследования. Аналогичным образом производят контрольный смыв с соседнего незапятнанного участка предмета.

Пятна крови, расположенные на штукатурке стены, обычно изымают, вырезая кусок штукатурки, который обязательно содержит и чистые, не запачканные кровью участки (для контрольного исследования).

В исключительных случаях, когда изъять кусок штукатурки не представляется возможным, пятно соскабливают (с минимально возможным количеством штукатурки). Рядом с пятном с поверхности стены соскабливают часть штукатурки для контроля. Полученные соскобы заворачивают в бумагу, на которой делаются соответствующие надписи, и направляют на исследование.

При нахождении пятен крови на земле, песке их изымают вместе с грунтом на всю глубину проникновения крови, заворачивают в бумагу или иной упаковочный материал. Для контроля в лабораторию обязательно направляется образец грунта, не пропитанного кровью, взятый рядом с пятном крови.

В случаях обнаружения пятен крови на снегу, их изымают с возможно меньшим количеством снега и помещают на сложенную в несколько слоев марлю, находящуюся на дне тарелки или иного сосуда.

Сосуд со снегом приносят в теплое помещение. При таянии снега кровь пропитывает марлю, которую затем высушивают при комнатной температуре и направляют на исследование. В лабораторию для контроля посылают и образец использованной марли без крови. Пятно крови на марле и ее образец упаковывают отдельно друг от друга.

Если предметы с кровью находятся во влажном состоянии, их необходимо перед направлением на экспертизу высушить, иначе кровь может загнить, а это затруднит или сделает невозможным ее исследование. Сушку производят при комнатной температуре таким образом, чтобы избежать попадания на них прямых солнечных лучей.

Вещественные доказательства с пятнами крови необходимо оберегать от действий высокой температуры, трения, влаги, попадания посторонних веществ.

При необходимости установить принадлежность крови на вещественных доказательствах конкретным участникам события следователь в силу ст. 186 УПК ("Получение образцов для сравнительного исследования"), организует получение образцов крови у потерпевших, обвиняемых и направляет их вместе с изъятими на месте происшествия предметами на исследование. Взятие образцов крови производится на основании *постановления* следователя, оформляется протоколом.

В протоколе указывается: по предложению кого берется кровь; где, кем и когда это произведено; у кого она взята (фамилия, имя, отчество, год рождения, место жительства, номер паспорта и кем выдан); в каком количестве и каким способом.

Протокол подписывает следователь, врач, взявший кровь, присутствующие при взятии крови сотрудники лаборатории и лицо, у которого она бралась. Протокол составляется в двух экземплярах, один из них остается у следователя, второй – одновременно с образцами крови направляется в судебно-медицинскую лабораторию.

Образцы крови берут из пальца или из вены (4 - 5 мл). Если взятая кровь относительно быстро может быть доставлена в лабораторию, ее направляют в запаянной пастеровской пипетке или пробирке.

К пипетке или пробирке приклеивают этикетку с указанием фамилии, имени и отчества лица, у которого она бралась, даты взятия крови и подписью лица, взявшего кровь; обертывают посуду ватой и бумагой, помещают в твердую тару и опечатывают. В случае длительной транспортировки крови, ею пропитывают кусок чистой марли, сложенной в несколько слоев, затем высушивают и направляют в опечатанном виде в лабораторию (для исследования необходимо пятно на марле размером 5-6 см<sup>2</sup>). Одновременно посылают и кусок чистой марли для контрольного исследования.

При взятии крови в судебно-медицинской лаборатории на основании документов устанавливают подлинность лиц, явившихся для дачи образцов и все данные (номер паспорта, кем выдан, где прописан, фамилия, имя, отчество и год рождения) вносят в заключение.

Если взятие образцов производится в присутствии следователя или работника суда, который удостоверит личность того, у которого берут кровь, то указанные выше данные в заключении не фиксируются.

В определенных случаях следователю приходится предоставлять эксперту, которому направлены вещественные доказательства, образцы крови от трупов.

Кровь из трупа берет судебно-медицинский эксперт или другой врач, производивший вскрытие.

Упаковку и направление на экспертизу предметов, имеющих пятна крови, производит следователь.

Направляя вещественные доказательства, на которых подозревается присутствие крови, на разрешение судебно-медицинскому эксперту могут быть поставлены следующие вопросы:

1. Содержится в том или ином пятне, находящемся на вещественном доказательстве, кровь?

2. Принадлежит ли кровь человеку или животному. Если эта кровь не человека, то установить, от какого животного она происходит?

3. Может ли кровь на вещественном доказательстве (исходя из группы крови) принадлежать определенному лицу?

4. Принадлежит ли кровь на вещественных доказательствах мужчине или женщине?

5. Принадлежит ли кровь на вещественных доказательствах новорожденному или взрослому человеку?

6. Каково региональное происхождение крови?

7. Установить давность образования пятен крови?

8. Определить количество крови, излившейся при повреждении и образовавшей ее следы?

9. Принадлежит ли кровь беременной женщине или роженице?

10. Образовано пятно кровью живого лица или трупа?

11. Каков механизм образования следов крови?

### **Обнаружение и исследование семенной жидкости (спермы)**

Пятна спермы обычно используются при проведении экспертиз по факту преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности – изнасиловании, мужеложстве, развратных действиях и других.

В подобных случаях сперма может быть обнаружена на теле и одежде потерпевшей, окружающих предметах, находящихся на месте происшествия, а также на теле и одежде преступника. Большое значение для установления факта полового сношения придается обнаружению спермы во влагалище потерпевшей, при мужеложстве в прямой кишке и т.д.

Мазки и тампоны, взятые из влагалища, служат важными вещественными доказательствами. Их следует брать как можно скорее, поскольку сперматозоиды сохраняются в содержимом не более 3-5 дней.

Внешний вид пятен спермы различен и зависит от материала предмета, на котором они находятся: на темных вещах - беловатого цвета, на светлых – серовато-желтого, иногда коричневого. Высохшие пятна спермы обычно более плотны на ощупь, чем окружающие участки ткани. Одежда потерпевшей всегда должна направляться на экспертизу, даже если она подверглась стирке.

При обнаружении следователем следов, похожих на сперму, с ними поступают также как и со следами крови (предметы со следами изымают, следы описывают, принимают меры к их сохранению, упаковывают и направляют для исследования в судебно-медицинскую лабораторию).

На разрешение экспертам могут быть предложены вопросы:

1. Содержится в том или ином пятне, находящемся на вещественном доказательстве, сперма?

2. Может ли сперма на вещественном доказательстве принадлежать определенному лицу?

Если эксперт установил, что в пятне содержится сперма, то он производит определение в ней антигенов системы АВО (групповая принадлежность).

Следует иметь в виду, что группа крови мужчин совпадает с группой его спермы.

Однако при суждении о возможности происхождения спермы от определенного лица следует иметь в виду еще одно явление – *"выделительство"*.

У большинства людей содержащиеся в крови антигены групп крови присутствуют и в выделениях (сперме, слюне, поте и т.д.). Эти люди относятся к категории *"выделителей"*. Но встречаются люди, у которых, при-

сутствующие в их крови антигены, в выделениях отсутствуют или имеются в незначительном количестве, такие лица относятся к категории "невыводителей".

В связи с этим для суждения о возможности происхождения выделения от определенного лица требуется установить и категорию "выделителя", иначе можно прийти к неправильному выводу. Для этого исследуют антигены системы АВО в слюне.

### **Обнаружение и исследование слюны, мочи, пота**

Следы *слюны* чаще всего обнаруживаются на окурках папирос и сигарет, конвертах, на различных предметах, если имеется подозрение, что этот предмет был использован в качестве кляпа, в следах укуса на теле потерпевших, на различных пищевых продуктах со следами откуса и т.д.

В этих случаях, направляя вещественные доказательства на судебно-медицинскую экспертизу, перед экспертом могут быть поставлены следующие вопросы:

1. Содержится ли в том или ином пятне слюна?
2. Групповая принадлежность слюны.
3. Половая принадлежность слюны.

Пятна *пота, мочи* выявляются на различных предметах или частях одежды, следы потожировых выделений в пальцевых отпечатках на различных предметах, в том числе на орудиях преступления.

Исследуя вышеуказанные вещественные доказательства, судебно-медицинский эксперт может ответить на следующие вопросы:

1. Содержится в том или ином пятне, находящемся на вещественном доказательстве, пот (моча)?
2. Может ли пот (моча) на вещественном доказательстве принадлежать определенному лицу?

### **Исследование волос**

На одежде и теле потерпевшего и подозреваемого, на орудиях преступления и других предметах могут быть обнаружены волосы или их обрывки, принадлежащие участникам происшествия. Исследование таких волос в качестве вещественных доказательств позволяет решить ряд важных для следствия вопросов: возможную причастность к преступлению подозреваемого или орудия и т.д.

На различных объектах волосы выявляются путем их осмотра невооруженным глазом и с помощью лупы.

Объекты, на которых следует искать волосы, определяются в каждом конкретном случае обстоятельствами происшествия.

Так, волосы могут быть найдены на одежде и теле подозреваемого и потерпевшего, например, при изнасиловании, на орудии преступления, при убийствах, нанесении телесных повреждений в области головы, на транспортном средстве при автомобильных происшествиях.

Волосы могут быть обнаружены в виде пучка или одиночных волос.

Цвет волос определяется как черный, коричневый и т.д. – в пучке или пряди – как черный, темно-русый, светло-русый, белокурый, русый и рыжий. При гнилом разложении трупа и под влиянием почвы цвет волос может меняться.

По форме волосы с головы могут быть прямыми, волнистыми, курчавыми и дугообразными.

Обнаруженные волосы необходимо описать в протоколе осмотра места происшествия и лишь после этого осторожно изъять.

С каждого предмета волосы снимают, помещают в отдельные конверты (или пакеты), на которых делаются соответствующие надписи (с указанием кем, когда, где они изъяты, их количество).

Изъятие волос производится пальцами или пинцетом с резиновым наконечником, стараясь при этом не причинять волосам механических повреждений и сохранить посторонние загрязнения.

При установлении принадлежности волос определенному лицу (подозреваемому, потерпевшему) у него изымают образцы волос и направляют эксперту для сравнения. Обычно в качестве образцов для сравнения направляют волосы с лобной, теменной, височных и затылочной областей. С каждой области головы берут в виде пучка не менее 15-20 волос. При этом их срезают ножницами у корня (основания) или вырывают.

В зависимости от обстоятельств происшествия могут быть изъяты образцы волос и с других частей тела (лобка, подмышечных впадин и т.д.).

Образцы волос помещаются в отдельные пакеты, на которых делаются соответствующие надписи (область тела, фамилия, имя, отчество лица, у которого изъяты волосы, дата изъятия).

При изъятии волос у живых лиц важно отметить, подвергались ли они (с момента происшествия до взятия образцов) стрижке, завивке, окраске, обесцвечиванию или другим изменениям. Эти сведения сообщают эксперту одновременно с отсылкой волос на исследование.

Отбор образцов волос желательно производить с помощью эксперта. Обнаружение же волос на теле насильника или потерпевшей при половых преступлениях и их изъятие производится экспертом.

В постановлении о назначении экспертизы следует также указать версию о происхождении волос на вещественных доказательствах.

В настоящее время при исследовании волос разрешаются следующие вопросы:

1. Волос ли это?

2. Принадлежат ли волосы человеку или животному (их видовая принадлежность)?
3. С какой части тела они происходят (региональное происхождение волос)?
4. Какова половая принадлежность волос?
5. Каков механизм отделения волос?
6. Возможность происхождения волос от определенного лица и т.д.
7. Имеются ли какие-либо особенности на исследуемых волосах (признаки физического, термического, химического воздействия, окраска, обесцвечивание, заболевание и т.д.)?

Для решения перечисленных выше вопросов, исследуя вещественные доказательства биологического происхождения в каждом конкретном случае, судебно-медицинские эксперты используют методики, изложенные в специальных рекомендациях, руководствах, информационных письмах.

### **Контрольные вопросы**

1. Что понимают под вещественными доказательствами?
2. Назовите виды вещественных доказательств, которые подлежат исследованию судебными медиками.
3. Какое структурное подразделение осуществляет судебно-медицинское исследование вещественных доказательств?
4. Какие объекты биологического происхождения исследуются судебными медиками?
5. Какие документы посылаются на судебно-медицинскую экспертизу вместе с изъятыми материалами?
6. На основании каких процессуальных документов эксперт производит экспертизу вещественных доказательств?
7. Укажите сложности при выявлении пятен крови.
8. Как можно зафиксировать следы крови при их обнаружении?
9. Перечислите следы крови.
10. Как изъять следы крови с предметов, имеющих художественную ценность; при расположении пятен крови на громоздких предметах?
11. Как изъять пятна крови, расположенные на штукатурке стены; при нахождении пятен крови на земле, на снегу?
12. Какие меры предосторожности необходимо соблюдать для сохранности вещественных доказательств с пятнами крови?
13. Согласно какой статьи УПК следователь имеет право организовать получение образцов крови у потерпевших, обвиняемых и каков порядок производства этих мероприятий?
14. Какие вопросы могут быть поставлены перед судебно-медицинским экспертом при исследовании вещественных доказательств, на которых подозревается присутствие крови?

15. Приведите примеры, когда необходимы познания судебных медиков при исследовании спермы, слюны, мочи, пота.
16. Дайте толкование явлению "выделительство".
17. Какие вопросы могут быть предложены на разрешение эксперту при исследовании семенной жидкости?
18. Какие вопросы могут быть предложены на разрешение экспертам при исследовании слюны?
19. Какие вопросы могут быть поставлены экспертам при исследовании вещественных доказательств, на которых подозревается присутствие пота, мочи?
20. Каким образом производят изъятие волос?
21. Как производят отбор образцов волос?
22. Какие вопросы разрешаются экспертами при исследовании волос?

## ГЛАВА 5

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛ

Судебно-медицинскую экспертизу по материалам (документам) уголовных и гражданских дел производят в соответствии с УПК, другими нормативными, инструктивными и методическими документами, регламентирующих производство экспертиз в РФ, а также "Правилами производства судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел" от 10 декабря 1996 г.

Экспертизы по материалам дел могут быть первичными, повторными, дополнительными и выполняются группой экспертов, то есть комиссионно, в том числе и комплексно.

Экспертизы по материалам дел наиболее часто назначаются с целью:

1. Для наиболее квалифицированного повторного решения вопросов, которые были поставлены перед экспертами при проведении предыдущих экспертиз:

- эксперт, проводивший предыдущее исследование, имея основание для развернутых обоснованных выводов по интересующим следствие фактическим обстоятельствам происшедшего, ограничился краткими, недостаточными конкретными ответами, что не удовлетворяет следствие;

- эксперт по результатам проведения первичных исследований необоснованно конкретно и однозначно сформулировал выводы, которые в этой формулировке вошли в противоречие с другими материалами дела.

2. Для решения вопросов, на которые не были даны ответы при первичном исследовании, в материалах же дела содержится достаточное количество информации для их решения.

Такого рода вопросы могут появиться в связи со вновь открывшимися обстоятельствами (при объединении нескольких дел в одно; лица, привлекаемые к делу, начинают давать показания, которые требуют согласования с данными предыдущих следственных мероприятий, а также с выводами судебно-медицинских экспертиз).

3. В большинстве случаев судебно-медицинская экспертиза в суде по уголовным делам проводится в форме экспертизы по материалам дела.

Чаще остальных объектами судебно-медицинской экспертизы по материалам дел являются следующие документы, содержащиеся в деле: протокол осмотра места происшествия (трупа на месте его обнаружения); все выполненные при расследовании данного дела "Заключения экспертов" (экспертизы трупов, потерпевших, обвиняемых, свидетелей, вещественных доказательств), протоколы патологоанатомического вскрытия трупа, исто-

рии болезни и амбулаторные карты, сведения из протоколов допросов, объяснений, справок и т.д.

Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы по материалам дела является *постановление следователя, прокурора или определение суда*.

Вместе с постановлением в адрес экспертного учреждения направляется уголовное или гражданское дело и при необходимости подлежащие изучению вещественные доказательства.

Руководитель экспертного учреждения изучает поступившие постановления (определения), материалы дела и решает вопросы о достаточности материалов для производства экспертизы, необходимом объеме и характере исследований, персональном составе экспертов и сроке производства экспертизы.

В случае, когда при ознакомлении с поступившими материалами выявляется необходимость привлечения к производству экспертизы специалистов других отраслей, руководитель бюро письменно ставит об этом в известность лицо или орган, назначивший экспертизу, с указанием организации или учреждения, в котором работают необходимые специалисты.

Процессуальное положение сотрудников бюро судебно-медицинской экспертизы и сотрудников других учреждений, привлеченных к производству судебно-медицинской экспертизы по материалам дела, одинаково.

Определив с учетом требований УПК состав комиссии экспертов, начальник бюро судебно-медицинской экспертизы разъясняет экспертам их права и обязанности, предусмотренные соответствующими статьями УПК и предупреждает об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения по соответствующим статьям УК РФ.

Судебно-медицинская экспертиза считается принятой к производству после получения всех материалов, необходимых для подготовки ответов на поставленные вопросы.

Комиссия (экспертная группа), назначенная для производства судебно-медицинской экспертизы по материалам дела, должна включать не менее трех высококвалифицированных специалистов. На одного ее члена руководитель учреждения возлагает обязанности ведущего эксперта; на другого члена комиссии – организационное обеспечение производства экспертизы.

Если в процессе исследования выяснится неполнота представленных материалов, группа вправе заявить ходатайство о представлении ей недостающих материалов с указанием, что именно требуется и для производства каких исследований, а также ходатайствовать о проведении стационарного или амбулаторного обследований свидетельствуемого и т.д.

В связи с заявленным ходатайством эксперты группы могут быть привлечены к участию в следственных (судебных) действиях по получению дополнительных материалов. Результаты проведенных с их участием

процессуальных действий группа может использовать в своем "Заключении".

Следователь вправе присутствовать как при всем исследовании, так и при отдельных действиях экспертов.

Присутствие следователя может сочетаться со сбором дополнительного материала для проведения экспертизы: допросом в присутствии эксперта, осмотром, следственным экспериментом и т.д.

Научно обоснованные выводы судебно-медицинской экспертизы, проведенной по уголовному или гражданскому делу, представляют собой результаты всестороннего, полного и объективного исследования представленных материалов на основе познаний экспертов.

"Заключение экспертизы по материалам дела" состоит из вводной, исследовательской частей и выводов.

В *вводной части* излагаются обстоятельства дела, а также вопросы, подлежащие разрешению.

В *исследовательской части* излагают и анализируют материалы дела и результаты выполненных исследований.

Структура исследовательской части зависит от вида экспертизы и способа ее производства.

*Выводы* содержат ответы на поставленные перед экспертом вопросы. Эксперты, как и при других видах судебно-медицинской экспертизы, имеют право выходить за рамки вопросов, если сочтут, что установленные обстоятельства важны для дела.

Если комиссия экспертов пришла к общим выводам, то оформляется единое заключение. Если же кто-то из членов комиссии имеет особое мнение, то он вправе изложить его отдельно, в пределах своей компетенции. "Заключение" (и приложение к нему) оформляют в двух экземплярах: первый направляют лицу или органу, назначившему экспертизу; второй сохраняют в архиве экспертного учреждения.

## **Контрольные вопросы**

1. В соответствии с какими законодательными и другими документами производят судебно-медицинскую экспертизу по материалам уголовных и гражданских дел?

2. Перечислите виды судебно-медицинской экспертизы по материалам дела?

3. С какой целью наиболее часто назначаются судебно-медицинские экспертизы по материалам дела?

4. Что является объектами судебно-медицинской экспертизы по материалам дела?

5. Основание для производства судебно-медицинской экспертизы по материалам дела?

6. Что необходимо направить в экспертное учреждение вместе с постановлением о назначении судебно-медицинской экспертизы по материалам дела?

7. Кто производит судебно-медицинскую экспертизу по материалам дела?

8. Имеет ли право следователь присутствовать при судебно-медицинской экспертизе по материалам дела?

9. Какой документ комиссия экспертов составляет по результатам проведенной экспертизы?

10. Из каких частей состоит "Заключение экспертизы по материалам дела"? Требования к каждой из них.

## ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

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

1. Живые лица;
2. Животные;
3. Растения;
4. Механизмы;
5. Трупы и их части;
6. Вещественные доказательства биологического происхождения;
7. Документы и материалы, содержащие информацию медико-биологического плана.

**2. Различают две формы работы судебных медиков:**

1. ....
2. ....

**3. Существует обязательность назначения судебно-медицинской экспертизы для:**

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

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

1. Первичная;
2. Дополнительная;
3. Повторная;
4. Комиссионная;
5. Комплексная.

**5. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указывается:**

1. ....

2. ....
3. ....
4. ....

**6. Судебно-медицинскую экспертизу имеют право производить только лица с законченным высшим медицинским образованием, врач независимо от специальности и занимаемой должности?**

1. Да;
2. Нет.

**7. Разъясняя эксперту его права и обязанности, о чем его предупреждают и по каким статьям УПК, УК РФ:**

1. ....
2. ....
3. ....

**8. Судебно-медицинское освидетельствование потерпевших, обвиняемых и других лиц проводится только на основании:**

1. Постановления следственных органов;
2. Определения суда;
3. Письменного обращения правоохранительных органов.

**9. Судебно-медицинское освидетельствование (экспертизу) потерпевших, обвиняемых и других лиц проводят:**

1. В амбулаториях и отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы;
2. В стационаре;
3. В кабинете следователя;
4. В помещении милиции;
5. В помещении суда;
6. В местах заключения.

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

1. Первичным;
2. Дополнительным;
3. Повторным;
4. Комиссионным;
5. Комплексным.

**11. Алгоритм действия эксперта при судебно-медицинской экспертизе вреда здоровью включает в себя основные разделы:**

1. ....

2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

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

1. Диагноз, медицинский характер повреждений;
2. Вид орудия или средства, которыми могли быть причинены повреждения;
3. Механизмы возникновения повреждений;
4. Давность причинения повреждений;
5. Тяжесть вреда здоровью;
6. Обстоятельства дела;
7. Объективные данные, выявленные при осмотре свидетельствуемого, результаты дополнительных и лабораторных исследований.

**13. Проведение судебно-медицинской экспертизы для определения тяжести вреда причиненного здоровью является обязательным?**

1. Да;
2. Нет.

**14. При определении тяжести вреда здоровью судебные медики руководствуются:**

1. "Правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью";
2. Ст. 111 УК РФ;
3. Ст. 115 УК РФ;
4. Ст. 121 УК РФ;
5. Ст. 112 УК РФ.

**15. Анатомо-физиологический возраст отражает развитие органов и тканей тела человека с момента зачатия до момента исследования?**

1. Да;
2. Нет.

**16. В правоохранительной деятельности используется:**

1. Анатомо-физиологический возраст;
2. Хронологический возраст.

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

1. Изучаются медицинские документы;
2. Организуется стационарное обследование свидетельствуемого;
3. Изучается анамнез (история развития заболевания со слов свидетельствуемого);
4. Производится осмотр свидетельствуемого лица;
5. Проводятся лабораторные исследования.

**18. Степень стойкой утраты трудоспособности определяют:**

1. Судебно-медицинские эксперты;
2. ВТЭК;
3. ВКК.

**19. Различают трудоспособность:**

1. ....
2. ....
3. ....

**20. Экспертиза определения степени стойкой утраты трудоспособности проводится:**

1. Комиссионно;
2. Комплексно.

**21. Судебно-медицинскую экспертизу лица на предмет установления степени стойкой утраты трудоспособности проводят:**

1. При первичном обращении в лечебное учреждение;
2. Во время лечения в медицинском учреждении;
3. После полной стабилизации процессов заживления травмы.

**22. Судебно-медицинский эксперт устанавливает размер стойкой утраты трудоспособности:**

1. Общей;
2. Специальной;
3. Профессиональной.

**23. Смерть делится на категории:**

1. Насильственную;
2. Ненасильственную;
3. Убийство;
4. Самоубийство;
5. Несчастный случай;
6. Скоропостижную;
7. Внезапную.

**24. Посмертные изменения, развивающиеся на трупе, могут быть разделены на группы:**

1. Ранние трупные явления;
2. Явления переживаемости тканей;
3. Поздние трупные явления.

**25. К ранним трупным изменениям относят:**

1. Трупные пятна;
2. Трупное окоченение;
3. Охлаждение трупа;
4. Трупное высыхание;
5. Трупный аутолиз;
6. Жировоск;
7. Торфяное дубление.

**26. К поздним трупным изменениям относят:**

1. Трупный аутолиз;
2. Трупное высыхание;
3. Гниение;
4. Скелетирование;
5. Мумификацию;
6. Жировоск;
7. Торфяное дубление.

**27. Оценка трупных пятен в динамике с учетом внешних и внутренних условий, влияющих на их развитие, позволяет решить ряд судебно-медицинских вопросов:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**28. Исследование мышечного окоченения при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения и в морге позволяет получить информацию для решения следующих вопросов:**

1. ....
2. ....
3. ....

**29. Исследуя процесс остывания трупа, можно получить информацию для решения ряда вопросов:**

1. ....
2. ....
3. ....

**30. Обязательной судебно-медицинской экспертизе подвергаются:**

1. Трупы лиц, умерших от каких-либо насильственных воздействий;
2. При подозрении на насильственную смерть;
3. Трупы лиц, умерших в лечебном учреждении при неустановленном диагнозе;
4. Трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях, при наличии принятыми органами следствия жалоб на неправильное или незаконное лечение;
5. Трупы лиц, доставленные в лечебное учреждение уже мертвыми;
6. Трупы лиц, умерших скоропостижно и причина смерти установлена врачом лечебного учреждения, выдано "Врачебное свидетельство о смерти";
7. Трупы лиц, личность которых не установлена;
8. Трупы младенцев.

**31. Порядок производства осмотра места происшествия регламентирован:**

1. Статьей 178 УПК;
2. Статьей 179 УПК;
3. Статьей 180 УПК;
4. "Правилами работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)".

**32. Порядок осмотра трупа на месте его обнаружения судебным медиком регламентируется "Правилами работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)"?**

1. Да;
2. Нет.

**33. По результатам наружного осмотра трупа на месте его обнаружения и результатам в процессе выявления и фиксации следов биологического происхождения судебный медик в устной форме может ответить следователю на следующие вопросы:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**34. Основным процессуальным документом, оформленным при осмотре места происшествия, служит:**

1. "Протокол осмотра места происшествия";
2. "Постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа";
3. "Определение суда";
4. "Направление на судебно-медицинское исследование трупа".

**35. Осмотр места происшествия может быть:**

1. Первичным;
2. Дополнительным;
3. Повторным;
4. Судебным.

**36. Порядок вскрытия трупа регламентируется:**

1. УПК;
2. УК РФ;
3. "Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа";
4. Другими документами.

**37. Вскрытие трупа обычно производят:**

1. Не ранее, чем через 30 минут после наступления смерти;
2. Не ранее, чем через 12 часов после наступления смерти;
3. Не ранее, чем через 24 часа после наступления смерти;
4. Не ранее, чем через 3-4 часа после наступления смерти;
5. После появления ранних трупных изменений (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение).

**38. Судебно-медицинская экспертиза трупа включает следующие действия:**

1. Ознакомление с представленной документацией;
2. Планирование экспертизы трупа;
3. Наружное исследование трупа;
4. Внутреннее исследование трупа;
5. Изъятие биологического материала;
6. Оформление "Заключения эксперта".

**39. По результатам судебно-медицинского исследования трупа составляется документ:**

1. "Заключение эксперта";
2. "Акт судебно-медицинского исследования трупа".

**40. "Заключение эксперта" состоит из обязательных частей:**

1. Вводной;
2. Исследовательской;
3. Описательной;
4. Выводов.

**41. Вещественные доказательства, которые подлежат исследованию судебными медиками:**

1. Вещественные доказательства, которые способствуют установлению причины смерти, вида насилия, механизма травмы, установлению орудия преступления, идентификации личности;
2. Вещественные доказательства биологического происхождения.

**42. Порядок и способы собирания вещественных доказательств регламентированы:**

1. УПК;
2. УК РФ;
3. "Правилами судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств";
4. ГПК;
5. "Инструкцией о проведении судебно-медицинской экспертизы";
6. "Основами законодательства РФ о здравоохранении".

**43. При направлении изъятых материалов на судебно-медицинскую экспертизу посылаются следующие документы:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**44. Различные предметы становятся вещественными доказательствами, если они правильно процессуально оформлены?**

1. Да;
2. Нет.

**45. Экспертизу вещественных доказательств эксперт имеет право производить только на основании:**

1. Направления следователя, органов дознания;
2. Постановления следователя;
3. Определения суда;
4. Протокола осмотра места происшествия.

**46. Выделяют следы крови:**

1. Пятна;
2. Брызги;
3. Струи крови;
4. Потеки;
5. Лужи;
6. Отпечатки;
7. Капли;
8. Помарки.

**47. Взятие образцов крови производится экспертом:**

1. Самостоятельно;
2. На основании постановления следователя и оформляется протоколом.

**48. При исследовании вещественных доказательств, на которых подозревается кровь, перед судебно-медицинским экспертом могут быть поставлены следующие основные вопросы:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....

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

1. Содержится ли в пятне сперма?
2. Групповая принадлежность спермы.
3. Видовая принадлежность спермы.

**50. При исследовании слюны могут быть предложены на разрешение экспертам вопросы:**

1. Содержится в том или ином пятне слюна?
2. Групповая принадлежность слюны.
3. Половая принадлежность слюны.

**51. Вопросы о возможности происхождения спермы, слюны, мочи решают с учетом явления "выделительства"?**

1. Да;
2. Нет.

**52. На различных объектах волосы выявляются:**

1. Путем осмотра невооруженным глазом;
2. С помощью лупы.

**53. При исследовании волос экспертом могут быть разрешены следующие вопросы:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

**54. Поводы и цели судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых и других лиц:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**55. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц проводится на основании:**

1. Постановления следователя (органов дознания);
2. Определения суда;
3. Письменного обращения (направления) правоохранительных органов.

**56. Судебно-медицинское освидетельствование проводится на основании:**

1. Постановления следователя (органов дознания);
2. Определения суда;
3. Письменного обращения (направления) правоохранительных органов.

**57. В соответствии с УПК судебно-медицинская экспертиза живых лиц может быть:**

1. ....

2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**58. По результатам судебно-медицинской экспертизы живых лиц эксперт оформляет:**

1. "Заключение эксперта";
2. "Акт судебно-медицинского освидетельствования";
3. Иные документы.

**59. При производстве судебно-медицинского освидетельствования эксперт должен:**

1. Выявить наличие повреждений;
2. Описать характер (с медицинской точки зрения) повреждений, их локализацию и свойства;
3. Давность причинения повреждений;
4. Вид орудия или средства, которыми могли быть причинены повреждения;
5. Механизм возникновения повреждений;
6. Определить тяжесть причиненного вреда здоровью.

**60. При определении тяжести вреда здоровью судебные медики руководствуются:**

1. ....
2. ....
3. ....

**61. Согласно юридической квалификации вреда здоровью различают вред здоровью:**

1. ....
2. ....
3. .... ,

**а также УК РФ предусматривает особые способы причинения повреждений:**

1. ....
2. ....
3. ....

**Укажите соответственно статьи УК РФ.**

**62. Квалифицирующими признаками тяжести вреда здоровью являются:**

1. Опасность вреда здоровью для жизни человека;

2. Длительность расстройства здоровья;
3. Стойкая утрата общей трудоспособности;
4. Утрата какого-либо органа или утрата органом его функций;
5. Утрата зрения, речи, слуха;
6. Полная утрата профессиональной трудоспособности;
7. Прерывание беременности;
8. Неизгладимое обезображение лица;
9. Психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.
10. Заражение венерической болезнью.

**63. Для установления тяжести вреда здоровью достаточно одного из квалифицирующих признаков?**

1. Да;
2. Нет.

**64. При наличии нескольких из квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому признаку, который соответствует большей тяжести вреда здоровью?**

1. Да;
2. Нет.

**65. Признаками тяжкого вреда здоровью являются:**

1. Опасный для жизни вред здоровью;
2. Последствия причиненного вреда здоровью:
  - потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрата его функции;
  - неизгладимое обезображение лица;
  - прерывание беременности;
  - психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией;
  - полная утрата профессиональной трудоспособности;
  - стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на 1/3 (не менее 35%).
3. Длительное расстройство здоровья свыше трех недель (более 21 дня).

**66. Признаками вреда здоровью средней тяжести являются:**

1. Опасный для жизни вред здоровью;
2. Отсутствие опасности для жизни;
3. Отсутствие последствий причиненного вреда здоровью, таких как:
  - потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрата его функции;

- неизгладимое обезображение лица;
  - прерывание беременности;
  - психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией;
  - полная утрата профессиональной трудоспособности;
4. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на 1/3 (от 10 до 30% включительно);
  5. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на 1/3 (от 10 до 33%);
  6. Длительное расстройство здоровья свыше трех недель (более 21 дня).

***67. Признаками легкого вреда здоровью являются:***

1. Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности, равная 5%;
2. Кратковременное расстройство здоровья не более трех недель (21 дня);
3. Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности менее 10%.

***68. В УК РФ предусмотрена ответственность за ряд преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности. В частности по:***

1. Статье 130 УК РФ;
2. Статье 131 УК РФ;
3. Статье 132 УК РФ;
4. Статье 133 УК РФ;
5. Статье 134 УК РФ;
6. Статье 135 УК РФ.

***69. Достоверными признаками изнасилования могут быть:***

1. Повреждения в области половых органов;
2. Повреждения (кровоподтеки, ссадины, царапины, следы от укусов) на теле;
3. Нарушение целостности девственной плевы;
4. Обнаружение спермы во влагалищном содержимом;
5. Беременность;
6. Заражение венерической болезнью.

***70. Венерическими болезнями являются:***

1. Сифилис;
2. Гонорея;
3. Мягкий шанкр;

4. Паховый лимфогранулематоз;
5. СПИД.

**71. Возраст, отражающий развитие органов и тканей тела человека, произошедшие с момента зачатия до момента исследования, называют:**

1. Анатомо-физиологическим;
2. Хронологическим.

**72. В своей жизни человек проходит следующие возрастные периоды:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

## ОБРАЗЦЫ ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ

### НАПРАВЛЕНИЕ

на судебно-медицинское исследование трупа

Направляю для судебно-медицинского исследования труп

гр. Одушкиной Антонины Николаевны

рождения 1944 г., проживавшей по адресу: г. Москва, ул. Краснова,  
д.5, кв. 69

Обстоятельства, при которых произошел случай и обстоятельства, выявленные при осмотре места происшествия: 28 июня 1997 года около 6 часов утра на 171 км автодороги "Москва-Рига" водитель Кислов А.В., управляя автомашиной АЗЛК-2141, не справился с управлением и совершил столкновение с а/м КАМАЗ.

В результате ДТП пассажир Одушкина А.Н. скончалась.

При исследовании необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Какова причина смерти Одушкиной А.Н.?

2. Какие повреждения имеются на трупе, каков их характер, расположение и чем они могли быть причинены? Какова тяжесть вреда здоровью?

Акт исследования направить: в Зубцовский РОВД

Подпись и должность лица, направившего на исследование

Ст. следователь (подпись) Иванов И.Н.

**АКТ**  
**исследования трупа № 277**

На основании направления следователя СО Зубцовского РОВД  
Иванова И.Н. от 28 июня 1997 г. № \_\_\_\_\_

В помещении морга Ржевского межрайонного отделения СМЭ

Судебно-медицинский (е) эксперт (ы) Петров В.П. - стаж экспертной работы 15 лет

Должность, место работы, фамилия, имя, отчество, специальность, стаж,  
категория, ученая степень и звание

произвел (и) судебно-медицинское исследование:  
трупа гр-ки Одушкиной Антонины Николаевны, 1944 г. рождения

При исследовании присутствовали ф./лаб. Тиханова Л.Е., санитарка  
Завещевская А.В.

Исследование: начато 30 июня 1997 года в 8.00.

даты, часы

окончено 30 июня 1997 г. в 10.00

даты, часы

Акт судебно-медицинского исследования изложен на 4 листах.

### ***Перед экспертом поставлены вопросы***

1. Какова причина смерти?
2. Какие имеются телесные повреждения и какова тяжесть вреда здоровью?

### ***Обстоятельства дела***

28 июня 1997 года около 6 часов утра на 171 км автодороги Москва-Рига водитель Кислов А.В., управляя автомашиной АЗЛК-2141 не справился с управлением и совершил столкновение с автомобилем КАМАЗ. В результате дорожно-транспортного происшествия пассажир автомашины АЗЛК-2141 Одушкина А.Н. скончалась от полученных телесных повреждений на месте ДТП.

### ***Наружное исследование***

Труп в морг доставлен в следующей одежде:

1. Кофта цветная из синтетической ткани. На передней поверхности с обеих сторон от средней линии на всем протяжении множество сквозных повреждений ткани неправильной линейной формы, длиной от 1 см до 31 см с неровными краями, закругленными концами.

2. Майка из хлопчатобумажного трикотажа белого цвета, на передней поверхности справа на 1 см от средней линии и на 11 см книзу от выреза горловины спереди сквозное повреждение ткани, при сведенных краях неправильной линейной формы длиной 38 см, длинником сверху вниз и справа налево, с неровными краями, закругленными концами. На задней поверхности справа, на 7 см от бокового шва и на 16 см от проймы сквозное повреждение ткани длиной 4 см с неровными краями, закругленными концами, длинником справа налево.

Ткань в области бретелей, по краям разрывов пропитана бурокрасным подсохшим веществом, похожим на кровь.

3. Бюстгалтер белый атласный, в области внутреннего края левой чашечки сквозное повреждение ткани длиной 14 см, с неровными краями, острыми концами.

4. Брюки тренировочные эластик, цветные. Пояс спущен до уровня нижней трети голени. На передней поверхности справа на 0,5 см от наружного бокового шва и на 29 см книзу от верхнего края пояса сквозное повреждение ткани, неправильной линейной формы, длинником справа налево и снизу вверх, длиной 22 см. На задней поверхности справа на 35 см книзу от верхнего края пояса и на 0,5 см от наружного бокового шва один левее другого на 1,5 см два сквозных повреждения ткани неправильной линейной формы длинником справа налево длиной 4 см и 7 см с волнистыми краями, закругленными концами. Ткань кофты и брюк диффузно по всем поверхностям испачкана дорожной грязью.

5. Плавки из хлопчатобумажного трикотажа цветные.

6. Носки капроновые, коричневого цвета.

Одежда одета правильно, ценностей в карманах нет. Вместе с трупом доставлена кофта из синтетического трикотажа зеленого цвета, ткань которой по передней поверхности с обеих сторон пропитана буро-красным подсохшим веществом, похожим на кровь.

По снятию одежды труп женщины правильного телосложения, хорошего питания, длиной 172 см. Кожа с коричневатым оттенком (загар). Трупные пятна багрово-синего цвета, расположены на задне-боковых поверхностях туловища и конечностей, при надавливании в поясничной области окраску не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, в мышцах рук и ног.

Голова правильной формы, кости черепа на ощупь целы. Волосы окрашены буро-красным подсохшим веществом, похожим на кровь. Кожа лица, передней поверхности грудной клетки между среднеключичными линиями до уровня 6 ребер с зеленоватым оттенком. Глаза закрыты, соединительные оболочки бледные, роговицы полупрозрачные, зрачки по 0,5 см. Хрящи и кости носа на ощупь целы. В носовых ходах сукровичная слизь, слизистая оболочка серо-розового цвета. Слуховые ходы свободны. Рот закрыт, слизистая оболочка губ серо-розового цвета. Часть зубов (коренных) на обеих челюстях отсутствует, луночки спавшиеся, без кровоизлияний. Шея средней длины. Грудная клетка цилиндрической формы, при ощупывании отмечается патологическая подвижность ребер и грудины. Живот над уровнем реберной дуги. Наружные половые органы развиты правильно, без повреждений и видимых заболеваний. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него не испачкана. Справа в области плеча в верхней трети, бедра в нижней трети патологическая подвижность, хруст костных отломков. На коже лица слева в лобной, скуловой, щечной, подбородочной областях на участке 10x19 см ссадина неправильной полосовидной формы длинником сверху вниз темно-красного цвета, с плотноватой, ниже уровня кожи поверхностью, без отслоения краев. На фоне ее множество вертикальных параллельных царапин длиной от 3 до 7 см. В лобной и теменной областях слева по краю ссадины рана в виде прямого угла, открытого влево с длиной сторон 7 см и 14 см с волнистыми краями, острыми концами, отслойкой кожно-апоневротического лоскута влево на ширину 12 см. На 2 см влево от левого края описанной раны одна над другой на расстоянии 1,5 см между концами две раны: верхняя длиной 2 см, нижняя - 3 см, глубиной до кости. В подбородочной области слева одна над другой на расстоянии 2 см между ними по ссадине длинником справа налево полосовидной формы: верхняя - 1x4 см, нижняя - 0,5x2 см. На грудной клетке слева по среднеключичной линии на уровне 2-6 ребер на участке 9x14 см 9 ссадин неправильной полосовидной формы, длинником сверху вниз от 0,5x1 см до 1x6 см. Справа от надлопаточной области и за-

канчиваясь у нижнего края грудинно-ключичного сочленения ссадина полосовидной формы, в области переднего конца шириной 1,5 см, заднего - 4 см, длиной 22 см. Справа по среднеключичной линии на уровне 1-6 ребер на участке 6x14 см кровоподтек полосовидной формы, длинником сверху вниз, в области нижнего края его полосовидная вертикальная ссадина 1,5x5 см. В эпигастральной области живота с обеих сторон от средней линии на участке 10x15 см длинником сверху вниз ссадина неправильной овальной формы. В мезогастральной области слева на 5 см от края пупочного кольца и на 7 см от края реберной дуги рана длиной 7 см, длинником сверху вниз, неправильной линейной формы, с волнистыми краями, острыми концами, глубиной до подкожной клетчатки, от верхнего конца ее слева направо и сверху вниз отходит ссадина полосовидной формы 0,4x15 см.

В подвздошной области слева один над другим множество параллельных, горизонтальных надрывов кожи неправильной линейной формы с волнистыми краями, острыми концами. На передней поверхности правого бедра в верхней трети на участке 11x16 см 6 ссадин неправильной полосовидной формы длинником сверху вниз от 1x3,5 см до 3x8 см. На передней поверхности правого бедра в нижней трети полосовидная горизонтальная ссадина 1,5x3,5 см. В области передне-внутренней поверхности правого коленного сустава полосовидная вертикальная ссадина 4,5x8 см. На внутренней поверхности левого коленного сустава ссадина овальной формы 6x11 см длинником сверху вниз. На наружно-боковой поверхности левого бедра в верхней трети полосовидная вертикальная ссадина 6x16 см. На передней поверхности левого коленного сустава на участке 6x10 см 6 ссадин неправильной овальной формы длинником справа налево. В области акромиально-ключичного конца левой ключицы на участке 7x10 см ссадина неправильной овальной формы длинником сверху вниз. Все ссадины аналогичны выше описанной, кровоподтеки багрово-синего цвета. Каких-либо других повреждений и особенностей при наружном исследовании не обнаружено.

### ***Внутреннее исследование***

В мягких тканях передней поверхности шеи слева в нижней трети очаговое кровоизлияние 3x5 см, в мышечной ткани по передней срединной линии грудной клетки на уровне угла грудины очаговое кровоизлияние 6x8 см. Произведена проба на наличие воздуха в плевральных полостях согласно инструкции: воздуха в них не обнаружено. С обеих сторон по среднеключичной линии сломаны 2-9 ребра, плоскость переломов расположена длиннику ребра. Линия переломов на наружной костной пластинке волнистая, на внутренней костной пластинке неровная. Края отломков на наружной костной пластинке волнистые, сопоставляются плотно, не зияют (растяжение), на внутренней костной пластинке края отломков зубчатые, с

повреждением компактного слоя, сопоставляются неплотно, зияют (сжатие). Реберная плевра в местах переломов не повреждена. По околопозвоночным линиям с обеих сторон сломаны 3-7 ребра, края отломков на наружной костной пластинке с признаками сжатия, на внутренней костной пластинке с признаками растяжения. Реберная плевра не повреждена.

Плевральные полости свободны. В брюшной полости небольшое количество сукровичной жидкости. Листки сердечной сорочки не сращены с наружной оболочкой сердца, в полости ее небольшое количество желтовато-розовой, прозрачной жидкости. Язык обложен серовато-желтым налетом. Во входе в гортань сукровичная слизь. Подъязычная кость, хрящи гортани и трахеи целы. Щитовидная железа 2x2x1,5 см каждая из двух долей, ткань темно-красная, зернистая. Пищевод пуст, слизистая оболочка продольно-складчатая, серо-розового цвета. В просветах трахеи и бронхов следы сукровичной слизи. Слизистая оболочка серо-розового цвета, гладкая. Легкие тестоватые, легочная плевра гладкая, блестящая. В клетчатке переднего средостения, на передней поверхности легких очаговые кровоизлияния (в области средостения 5x7,5 см, в области правого легкого 12x17 см, левого 11x12 см). Ткань легких темно-красного цвета с очаговыми кровоизлияниями в области корней. Надпочечники листовидные, корковый слой желтый, мозговой - коричневый. В околопочечной клетчатке с обеих сторон очаговые кровоизлияния: слева 5x7,5 см, справа 6x8 см. Почки 11,5x6x3,5 см, капсула тонкая, снимается легко, поверхность гладкая, ткань с различимой границей между слоями, коричневого цвета, умеренного кровенаполнения. Лоханки свободны, мочеточники проходимы, мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка их бледно-розового цвета, в аорте жидкая кровь, внутренняя оболочка лимонно-желтого цвета, с красноватым оттенком, гладкая. Сердце 11x9x3,5 см, кровоизлияний под оболочкой нет. В полостях жидкая кровь. Внутренняя оболочка диффузно пропитана кровью. Клапаны сердца и крупных сосудов тонкие, эластичные. Венечные артерии проходимы, внутренняя оболочка желтовато-красного цвета, с плоскими склеротическими бляшками. Толщина стенки левого желудочка 1,4 см, правого 0,2 см. Мышца сердца красно-коричневого цвета, тестоватая. Печень 27x15x11x9 см, капсула гладкая. Ткань красно-коричневого цвета, тестоватая. Желчные пути проходимы, в желчном пузыре 10 мл желтовато-зеленой, светлой желчи. Слизистая оболочка бархатистая. Селезенка 12x6x3,5 см, капсула гладкая, ткань багрово-синего цвета, дряблая, с соскобом вещества. Поджелудочная железа 14x3x3 см, ткань дольчатая, серо-красного цвета.

В желудке небольшое количество серо-розовых, кашицеобразных полужидких пищевых масс, слизистая оболочка гладкая, серого цвета. В кишечнике обычное отделяемое, слизистая оболочка складчатая, розовато-синего цвета. В серповидной связке печени, в корне брыжейки кишечника очаговое кровоизлияние соответственно 3x5 см и 7x8 см. В

мягких тканях лобной, теменной и височной областей слева очаговое кровоизлияние 7,5x12,5 см. Обнаружен линейный перелом лобной кости слева. Линия перелома начинается от верхне-наружного края орбиты до дна, часть ее идет в направлении снизу вверх к чешуе лобной кости, пересекает венечный шов и оканчивается на теменной кости на 5 см кпереди от ее бугра. Нижняя часть ее переходит на верхнюю стенку орбиты и оканчивается на основании черепа в области передней черепной ямки. Края отломков на наружной костной пластинке с признаками сжатия, на внутренней костной пластинке - с признаками растяжения, описанными выше. Остальные кости черепа целы. Твердая мозговая оболочка тусклая, перламутрового вида, в синусах гнилостно измененная, жидкая кровь. Под мягкой мозговой оболочкой лобной, теменной и височной долей левого полушария, затылочной и теменной долей правого полушария по очаговому кровоизлиянию соответственно на участке 8,5x12 см и 7x8 см, темно-красного цвета. Ткань мозга дряблая, граница между слоями различима с трудом, в желудочках жидкая кровь, сосудистые сплетения их темно-красного цвета, сосуды основания мозга спавшиеся, на внутренней оболочке единичные плоские склеротические бляшки. Произведен дополнительный разрез мягких тканей по задней поверхности туловища, верхний конец которого начинается в верхней трети шеи, нижние концы на уровне пяточных областей ног. Обнаружены переломы плечевой и бедренной костей справа. Правая плечевая кость в верхней трети, плоскость перелома расположена косо спереди назад и сверху вниз, края отломков на передней поверхности с признаками сжатия, на боковых и задней поверхностях – с признаками растяжения. В области передней поверхности в проекции перелома в мягких тканях очаговое кровоизлияние 3,5x7 см во всю толщину. Бедренная кость сломана в нижней трети, плоскость перелома расположена в направлении снизу вверх и спереди назад, края отломков на передней поверхности с признаками сжатия, на боковых и задней поверхностях с признаками растяжения. В мягких тканях передней поверхности бедра в проекции перелома во всю толщину кровоизлияние 7,5x9,5 см. Остальные кости скелета целы. Каких-либо других повреждений и особенностей при исследовании не обнаружено. Для судебно-химического исследования взято 10 мл жидкой крови во флаконе. Для биологического исследования взято 10 мл жидкой крови во флаконе, кровь на марле, желчь на марле, жидкость из сердечной сорочки на марле.

Для гистологического исследования взяты кусочки головного мозга, сердца, легких, печени, почек и помещены в 10% раствор формалина.

Судебно-медицинский  
эксперт:

(подпись)

Петров В.П.

### *Судебно-медицинский диагноз*

Сочетанная травма головы, груди, живота, конечностей: открытый линейный перелом лобной и теменной костей слева, кровоизлияния под мягкие мозговые оболочки обоих полушарий и в желудочки мозга. Множественные двухсторонние переломы ребер, кровоизлияния в мягких тканях грудной клетки, в тканях легких. Кровоизлияния в серповидную связку печени, корень брыжейки кишечника, в околопочечную клетчатку обеих почек. Закрытые косые переломы в верхней трети правого плеча и нижней трети правого бедра. Ссадины на коже лица и конечностей, ссадины и кровоподтеки в области грудной клетки. Жидкое состояние крови. Умеренно выраженные гнилостные изменения по органам и в тканях.

### *Заключение*

На основании судебно-медицинского исследования трупа гражданки Одушкиной Антонины Николаевны, 1944 года рождения прихожу к выводам:

1. На трупе обнаружены следующие телесные повреждения: сочетанная травма головы, груди, живота, конечностей: открытый линейный перелом лобной и теменной костей слева, кровоизлияния под мягкие мозговые оболочки обоих полушарий и в желудочки мозга. Множественные двухсторонние переломы ребер, кровоизлияния в мягких тканях грудной клетки, в тканях легких. Кровоизлияния в серповидную связку печени, корень брыжейки кишечника, в околопочечную клетчатку обеих почек. Закрытые косые переломы в верхней трети правого плеча и нижней трети правого бедра. Ссадины на коже лица и конечностей, ссадины и кровоподтеки в области грудной клетки.

2. Указанные телесные повреждения возникли от действия твердых тупых предметов.

3. Смерть гражданки Одушкиной А.Н. наступила от открытой черепно-мозговой травмы: открытого линейного перелома костей свода и основания черепа, кровоизлияний под мягкие мозговые оболочки и в желудочки мозга.

Судебно-медицинский  
эксперт:

(подпись)

Петров В.П.

(Печать)

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о назначении судебно-медицинской экспертизы

г. Зубцов

"22" августа 1997 г.

Ст. следователь СО Зубцовского РОВД л-т юстиции Иванов И.Н.,  
рассмотрев материалы уголовного дела № 13132, возбужденного по ст.  
264 УК РФ,

### УСТАНОВИЛ:

28 июня 1997 года около 6 час. 16 мин. на 171 км автодороги Москва-  
Рига Кислов А.В. управляя автомашиной АЗЛК-2141 гос. номер У 571 ОХ  
77 не справился с управлением, выехал на полосу встречного движения и  
совершил столкновение с автомашиной КАМАЗ-5320 гос. номер 70-91  
КАФ под управлением Золотцева В.Н., в результате ДТП пассажир ав-  
томашины АЗЛК-2141 Одушкина А.Н. скончалась от полученных телес-  
ных повреждений на месте ДТП.

Принимая во внимание, что по делу необходимо проведение судебно-  
медицинской экспертизы, руководствуясь ст.ст. 78 и 184 УПК РСФСР,

### ПОСТАНОВИЛ:

1. Назначить по настоящему уголовному делу судебно-медицинскую экспертизу, производство которой поручить эксперту МСМО г. Ржева
2. На разрешение эксперта поставить следующие вопросы:
  - имеются ли телесные повреждения у гр-на (ки) Одушкиной А.Н. и их локализация?
  - давность и механизм образования телесных повреждений?
  - определить тяжесть вреда здоровью?
  - какова причина смерти?
3. В распоряжение эксперта предоставить акт исследования трупа № 277 от 30 июня 1997 г.
4. Поручить руководителю экспертного учреждения разъяснить сотрудникам, которые будут проводить экспертизу, права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 82 УПК. Эксперта предупредить об ответственности по ст. ст. 307 и 308 УК РФ.

Ст. следователь  
л-т юстиции

(подпись)

Иванов И.Н.

## ПРОТОКОЛ

ознакомления обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы

"25" августа 1997г.

гор. Зубцов

Ст. следователь СО Зубцовского РОВД л-т юстиции Иванов И.Н.  
в кабинете следователя

В соответствии со ст. 184 УПК РСФСР ознакомил обвиняемого Кислова Александра Владимировича с постановлением от "22 августа 1997 г. о назначении судебно-медицинской экспертизы.

В связи с этим следователь разъяснил, что при назначении и производстве экспертизы обвиняемый в силу ст.185 УПК РСФСР имеет право:

1. Заявлять отвод эксперту;
2. Просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц;
3. Представить дополнительные вопросы для получения по ним заключения эксперта;
4. Присутствовать с разрешения следователя при производстве экспертизы и давать объяснения эксперту;
5. Знакомиться с заключением эксперта.

Получив это разъяснение, обвиняемый Кислов А.В. заявил: с постановлением от 22 августа 1997 года о назначении судебно-медицинской экспертизы ознакомлен. Замечаний и дополнений не имею.

(подпись)

Кислов А.В.

Ст. следователь  
л-т юстиции

(подпись)

Иванов И.Н.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА № 70/277

На основании постановления следователя Зубцовского РОВД  
Иванова И.Н. от "22" августа 1997 г. № 13132  
в помещении морга Ржевского межрайонного отделения СМЭ  
судебно-медицинский(е) эксперт(ы) Петров В.П. - стаж экспертной  
работы 15 лет \_\_\_\_\_  
должность

\_\_\_\_\_ место работы, фамилия, и.о., специальность, стаж

\_\_\_\_\_ категория, ученая степень

\_\_\_\_\_ произвел (и) судебно-медицинскую экспертизу  
трупа гр-ки Одушкиной Антонины Николаевны, 1944 г.р.

\_\_\_\_\_ Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 82 УПК РСФСР,  
разъяснены. Об ответственности за отказ или уклонение от дачи заклю-  
чения, или за дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. 307, 308 УК  
РФ предупреждены.

Эксперт Петров В.П. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ При экспертизе присутствовали : ф/лаб. Тиханова Л.Е.

Экспертиза начата 10 сентября 1997 года.  
дата, часы

Экспертиза окончена 10 сентября 1997 года  
дата, часы

\_\_\_\_\_ Заключение эксперта изложено на 1 - ом листке.

### ***Перед экспертом поставлены вопросы***

1. Имеются ли телесные повреждения у гражданки Одушкиной А.Н. и их локализация?
2. Давность и механизм образования телесных повреждений.
3. Определить тяжесть вреда здоровью.
4. Какова причина смерти?

### ***Обстоятельства дела***

28 июня 1997 года около 6 часов утра на 171 км автодороги Москва-Рига водитель Кислов А.В., управляя автомашиной АЗЛК-2141 не справился с управлением и совершил столкновение с автомобилем КАМАЗ. В результате дорожно-транспортного происшествия пассажир автомашины АЗЛК-2141 Одушкина А.Н. скончалась от полученных телесных повреждений на месте ДТП.

Экспертиза проведена на основании изучения Акта № 277 от 30 июня 1997 года судебно-медицинского исследования трупа гражданки Одушкиной Антонины Николаевны, 1944 года рождения.

### ***Выводы***

1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: сочетанная травма головы, груди, живота, конечностей: открытый линейный перелом лобной и теменной костей слева, кровоизлияния под мягкие мозговые оболочки обоих полушарий и в желудочки мозга. Множественные двухсторонние переломы ребер, кровоизлияния в мягких тканях грудной клетки, в тканях легких. Кровоизлияния в серповидную связку печени, корень брыжейки кишечника, в окологпочечную клетчатку обеих почек. Закрытые косые переломы в верхней трети правого плеча и нижней трети правого бедра. Ссадины на коже лица и конечностей, ссадины и кровоподтеки в области грудной клетки.

2. Указанные повреждения возникли от действия твердых тупых предметов, возможно выступающих частей салона автомобиля. Эти повреждения могли возникнуть в срок, указанный в постановлении, то есть 28 июня 1997 года. Указанные повреждения опасные для жизни, поэтому влекут за собой тяжкий вред здоровью.

3. Смерть гражданки Одушкиной А.Н. наступила от открытой черепно-мозговой травмы: открытого перелома свода и основания черепа, кровоизлияний под мягкие мозговые оболочки и в желудочки мозга.

Судебно-медицинский  
эксперт:

(подпись)

Петров В.П.

10 сентября 1997 г.

(Печать)

## ПРОТОКОЛ

ознакомления обвиняемого с заключением экспертизы

г. Зубцов

15 сентября 1997 г.

Ст. следователь СО Зубцовского РОВД л-т юстиции Иванов И.Н.  
в соответствии с требованиями ст.185 УПК РСФСР в кабинете следо-  
вателя ознакомил обвиняемого Кислова Александра Владимировича  
с заключением судебно-медицинской экспертизы.

Обвиняемый Кислов А.В., ознакомившись с заключением судебно-  
медицинской экспертизы, заявил:

С заключением № 70/277 от 10 сентября 1997 г. о произведенной экспер-  
том СМЭ Ржевского межрайонного отделения Петровым В.П. судебно-  
медицинской экспертизы ознакомлен. Заключение мне понятно. Возра-  
жений против выводов эксперта не имею. О назначении дополнительной  
или повторной экспертизы не прошу.

(подпись) Кислов А.В.

Ст. следователь  
л-т юстиции

(подпись) Иванов И.Н.

## КРАТКИЙ СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

- Аггравация** - преувеличение больным симптомов действительно имеющегося у него 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.
- Алкоголизм** - болезненное влечение к алкоголю.
- Анамнез** - совокупность сведений, получаемых врачом, о прошлой жизни (заболеваниях) больного, его "медицинская биография" о перенесенных заболеваниях, травмах, обследованиях.
- Анемия** - малокровие.
- Анестезия** - ослабление чувствительности.
- Антропометрия** - совокупность методов и приемов измерения тела человека для определения его индивидуальных и групповых особенностей.
- Аспирация** - активное проникновение в дыхательные пути при вдохе посторонних веществ.
- Атрофия** - уменьшение в размерах какого-либо органа или ткани вследствие нарушения питания, потеря им жизнеспособности.
- Бамперперелом** - перелом костей голени (бедр) бампером автомобиля.
- Баротравма** - повреждения, возникающие в результате резкого перепада атмосферного давления.

<b>Биопсия</b>	- микроскопическое исследование частиц, вырезанных из живого организма в целях установления диагноза.
<b>Гипоксия</b>	- пониженное содержание кислорода в организме.
<b>Гипостаз</b>	- застой крови в нижележащих частях тела или органах.
<b>Декомпенсация</b>	- срыв механизмов восстановления функциональных нарушений.
<b>Диагноз</b>	- краткое врачебное заключение (выводы) о сущности психических и соматических нарушений и состоянии больного, клинического течения и фазы болезненного процесса.
<b>Диссимуляция</b>	- преднамеренное утаивание больным человеком действительно существующих симптомов заболевания.
<b>Дистрофия</b>	- расстройство питания тканей органов и организма в целом.
<b>Идентификация</b>	- опознание чего-либо, кого-либо; уподобление, отождествление с кем-либо, чем-либо.
<b>Изнасилование</b>	- насильственное половое сношение, совершенное с применением физической силы, угрозы или использования беспомощного состояния.
<b>Имбибиция</b>	- посмертное пропитывание кровью, желчью, другими жидкостями тканей и органов трупа.
<b>Инвалидность</b>	- постоянная или длительная потеря трудоспособности или ограничение ее.
<b>Коллапс</b>	- состояние резкой слабости, в основе которой лежит падение кровяного давления.
<b>Кома</b>	- состояние глубокого угнетения центральной нервной системы, характеризующееся полной потерей сознания, утратой реакции на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

<b>Контузия (ушиб) головного мозга</b>	- закрытое травматическое повреждение головного мозга и мозговых оболочек, которое сопровождается потерей сознания, нарушением памяти, астенией, а также неврологическими расстройствами.
<b>Кровоподтек</b>	- равномерное пропитывание кровью кожи и подкожно-жировой клетчатки вследствие разрыва кровеносных сосудов.
<b>Мацерация</b>	- размягчение кожи вследствие размачивания ее водой ("кожа прачек", "банная кожа" - наблюдается у живых лиц при длительном соприкосновении с водой, а также у трупов, находившихся в воде).
<b>Деонтология медицинская</b>	- совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.
<b>Меконий</b>	- первородный кал, содержимое кишечника плода и новорожденного. Наличие мекония свидетельствует о новорожденности. Выделяется полностью из кишечника на 2-4 сутки.
<b>Мумификация</b>	- высыхание трупа или отдельной его части.
<b>Нетрудоспособность</b>	- невозможность выполнять работу вследствие заболевания, травмы и других причин. Различают общую, профессиональную, специальную, а также временную и постоянную нетрудоспособность.
<b>Новорожденный</b>	- ребенок с момента рождения до 28 дней жизни.
<b>Нозология</b>	- учение о болезнях и их классификация.
<b>Патогенез</b>	- механизм возникновения и развития симптома, синдрома, болезни, патологического процесса или состояния.
<b>Патогенность</b>	- склонность к заболеванию.
<b>Патологический</b>	- обусловленный болезнью, с отклонениями от нормы.

<b>Перитонит</b>	- воспаление брюшины.
<b>Половой хроматин</b>	- глыбки хроматина близ ядерной оболочки у особей женского пола (тельца Барра), исследуемые в целях установления половой принадлежности крови.
<b>Превентивный</b>	- предупредительный, предохранительный, профилактический.
<b>Преморбидное состояние</b>	- состояние организма больного до начала заболевания.
<b>Припадок</b>	- внезапно наступающее, скоропреходящее состояние с нарушением сознания вплоть до его утраты и судорожными или другими произвольными движениями.
<b>Продром</b>	- предвестник болезни.
<b>Протрагированный</b>	- затяжной, затянувшийся (о течении болезни).
<b>Профилактика</b>	- совокупность предупредительных мер, направленных на предупреждение конкретных заболеваний и их отрицательных последствий.
<b>Резистентный</b>	- устойчивость организма к воздействию различных повреждающих факторов.
<b>Ремиссия</b>	- этап клинического течения болезни, характеризующийся временным ослаблением или исчезновением ее проявлений.
<b>Рецидив</b>	- повторное проявление (возврат) признаков болезни после ремиссии.
<b>Сопор</b>	- глубокая стадия оглушения, при которой отсутствуют реакции на словесное обращение, а сохранены лишь реакции на болевое раздражение.
<b>Странгуляция</b>	- задушение, вызываемое сдавливанием шеи петлей или руками.

<b>Тромбоз</b>	- процесс прижизненного свертывания крови внутри сосудистой системы, часто вызывающий закупорку сосудов.
<b>Эмфизема трупная</b>	- развитие гнилостных газов в подкожной клетчатке, тканях, органах трупа.
<b>Окоченение трупное</b>	- уплотнение скелетной, гладкой мускулатуры в трупе под влиянием биохимических процессов.
<b>Гипостазы трупные</b>	- посмертное скопление крови в нижележащих частях или органах трупа.
<b>Хронический</b>	- медленно развивающийся, затяжной, длительный.
<b>Шок</b>	- своеобразная реакция организма на воздействие чрезвычайных раздражителей.
<b>Эксгумация</b>	- извлечение трупа из земли (могилы), следственное действие, проводимое в присутствии понятых и врача-специалиста в области судебно-медицинской экспертизы.
<b>Экхимозы</b>	- мелкие кровоизлияния под кожу, слизистые и серозные оболочки органов.
<b>Эмболия</b>	- перенос посторонних частиц током крови или лимфы.
<b>Этиология</b>	- причина и условия возникновения болезни или патологического состояния.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бедрин Л.М. Избранные лекции по судебной медицине. Ярославль. Издательство Ярославского медицинского института, 1989.

Завальнюк А.Х. Краткий словарь судебно-медицинских терминов. Киев: Высшая школа, 1982.

Самищенко С.С. Судебная медицина. Учебник для юридических вузов. М.: Право и закон, 1996.

Судебная медицина. Учебник для высших юридических учебных заведений / Под редакцией В.В. Томилина. М.: Юридическая литература, 1996.

Смольянинов В.М. Судебная медицина. М.: "Медицина", 1982.

БМЭ. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М.: Издательство "Советская энциклопедия", 1984.

Волков В.Н., Датий А.В. Судебная медицина: курс лекций. М.: Юристъ, 1997.

Попов В.Л. Судебная медицина. Учебник. Л.: Издание Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, 1985.

Справочник следователя. Практическое пособие. т.т. 1, 2 (Коллектив авторов под руководством Н.А. Селиванова). М.: Юридическая литература, 1990.

Уголовный кодекс РФ. М.: ИНФРА-М, 1996.

Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР. М.: СПАРК, 1995.

Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза трупа. Руководство. М.: "Медицина", 1976.

Локтев В.Е., Федосюткин Б.А. Определение давности наступления смерти на месте происшествия. Пособие для оперативно-розыскных и следственных работников. М.: Центр "Юр Информ", 1992.

Осмотр трупа на месте его обнаружения. Руководство для врачей/ Под ред. А.А. Матышева. Л.: "Медицина", 1989.

Правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия). М., 1978.

Приказ МЗ РФ № 407 от 10 декабря 1996 г. "О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз". М., 1997.

Приказ МЗ РФ № 131 от 21 апреля 1998 г. "О мерах по совершенствованию судебно-медицинской экспертизы". М., 1998.

Томилин В.В., Барсегянц Л.О., Гладких А.С. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. М.: "Медицина", 1989.

Судебная медицина. Руководство для врачей / Под редакцией проф. А.А. Матышева и проф. А.Р. Деньковского, 2 издание, Л.: "Медицина", 1985.

Образцы процессуальных документов для дознавателей / Под редакцией В.Е. Гущева. Нижний Новгород, 1993.

## ЧАСТЬ II ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

### ГЛАВА 6

#### ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

*Судебная психиатрия* – это раздел психиатрии, медицинской науки, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение, прогноз психических расстройств в отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного права и процесса, а также разрабатывает вопросы восстановления жизни больных с нарушениями психики.

Судебная психиатрия включает несколько направлений:

1. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском кодексах. В ее компетенцию входят вопросы освидетельствования подозреваемых, обвиняемых, подсудимых по оценке их вменяемости-невменяемости; потерпевших и свидетелей при сомнениях в возможности давать правильные показания в силу психических расстройств (в уголовном процессе) и выявление дееспособности, необходимости учреждения опеки (в гражданском кодексе). Проведение экспертизы для решения вопроса об ответственности лица включает, в случае установления у него психического расстройства, исключающего вменяемость, рекомендации по мерам медицинского характера в отношении подэкспертного.

2. Осуществление принудительных мер медицинского характера. Вопросы помещения на принудительное лечение, его прекращения и выписки больного регламентированы соответствующими статьями уголовного и уголовно-процессуального кодексов.

3. Осуществление психиатрической помощи (пенитенциарной) осужденным в местах лишения свободы.

Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляется органами здравоохранения, а психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органам Министерства юстиции РФ.

#### **Общая структура организации судебно-психиатрической службы**

Общая структура организации судебно-психиатрической службы выглядит следующим образом. В каждой области, республике, крае или крупном городе при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах существуют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии (АСПЭК). Практически во всех областных и республиканских психиатрических больницах имеются специальные отделения

стационарной судебно-психиатрической экспертизы, часть из которых предназначена для лиц, содержащихся под стражей. В этих же больницах осуществляется принудительное лечение. Имеются также несколько больниц – "психиатрических стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением" для больных, совершивших особо опасные действия.

Судебная психиатрия тесно связана с общепсихиатрической сетью страны. Деятельность психиатрических учреждений регламентируется *Законом РФ "О порядке оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*, принятом в 1992 году.

Научно-методическое обеспечение судебной психиатрии представлено Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦ им. Сербского).

### **Методы исследования в судебной психиатрии**

Основным методом исследования в психиатрии остается клинико-психопатологический – выяснение особенностей жизни больного и установление наличия или отсутствия болезненных симптомов. Эти данные могут быть получены прежде всего с помощью расспроса, беседы психиатра с пациентом.

В клинические методы обследования включается анализ прошлой жизни пациента, его субъективного анамнеза, который оценивается с помощью расспроса. Выясняются данные о наследственности, особенностях беременности и родов матери подэкспертного, его раннем развитии и перенесенных заболеваниях, школьной успеваемости, полученной профессии, трудовых навыках и деятельности. Особое внимание уделяется перенесенным черепно-мозговым травмам, пребыванию на лечении в психиатрических учреждениях. Выясняются особенности состояния и поведения подэкспертного перед, во время и после совершенного преступления, в том числе во время следствия или суда.

Эти данные дополняются объективным анамнезом со слов родных, друзей, сослуживцев пациента.

Кроме анализа рассказа пациента и сбора анамнестических сведений к клиническим методам относится наблюдение за подэкспертным.

Клинико-психопатологический метод исследования дополняется рядом специальных способов. Это психологические методы, позволяющие объективно оценить сферу мышления, памяти, эмоций, особенности личности, ее установок.

В судебно-психиатрической клинике, особенно в условиях проведения экспертизы в стационаре, большое значение имеет неврологическое обследование, а также обследование другими врачами (терапевтом, окули-

стом, нейрохирургом, эндокринологом). Сведения, полученные при консультациях врачей-специалистов позволяют психиатру более точно обосновать диагноз и, следовательно, экспертное решение.

В практике экспертиз широко используются параклинические методы (электроэнцефалография, картирование мозга).

Новейшие методы прижизненного исследования мозга (компьютерная томография и ядерно-магнитно-резонансная томография мозга) в стране применяются очень редко.

При стационарной экспертизе пациенты обследуются также всеми обычными клинико-биохимическими методами (анализ крови, мочи, спинно-мозговой жидкости и т.д.).

Комплекс клинико-психопатологических и ряда дополнительных методов позволяет решить вопросы диагностики и обосновать экспертное заключение.

### **Контрольные вопросы**

1. Предмет и задачи судебной психиатрии.
2. Общая структура организации судебно-психиатрической службы.
3. Перечислите методы исследования в психиатрии. Какие из них являются основными, а какие – специальными?

## ГЛАВА 7

### ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

#### 1. Законодательные положения о судебно-психиатрической экспертизе

*Судебно-психиатрическая экспертиза* относится к категории экспертиз, назначаемых и проводимых по правилам, установленным УПК и ГПК, Инструкцией Министерства здравоохранения СССР о проведении судебно-психиатрической экспертизы от 1970 года. Она является частным случаем судебно-экспертной деятельности и подразумевает исследование в области психиатрии лицом (психиатром-экспертом) обвиняемых, подозреваемых, свидетелей, потерпевших в уголовном процессе, истцов и ответчиков – в гражданском процессе с целью определения их психического состояния в период, интересующий орган расследования или суд в какой-либо юридической ситуации.

Принципы назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы являются общими с другими видами экспертиз. Однако закон (ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы") предусматривает обязательное проведение данной экспертизы в случаях:

1. Определение психического состояния и дача заключения о вменяемости или невменяемости подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми в момент совершения правонарушения или заболевших психической болезнью после совершения преступления;

2. Определение психического состояния свидетелей и потерпевших и заключение о способности обследуемого правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;

3. Определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос об их дееспособности (*ГПК*).

#### Права и обязанности психиатра-эксперта

В соответствии с положением процессуального законодательства психиатры, производящие экспертизу, обладают всеми правами судебных экспертов. Эксперт имеет право ознакомиться с материалами судебного дела, уяснение которых необходимо ему для проведения экспертизы.

Он пользуется правом присутствовать на судебном заседании, совещаться с другими экспертами, задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

Когда поставленный судебно-следственными органами вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или представленные материалы недостаточны для дачи заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы своего отказа.

Эксперт вправе запросить необходимые ему материалы в случае их отсутствия или неполноты (ст. 82 УПК "Обязанности и права эксперта").

Если в процессе производства экспертизы эксперт установит имеющие значение для дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении (ст. 191, 288 УПК).

Ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта".

Ст. 288 УПК "Производство экспертизы на суде".

При необходимости проведения специальных исследований и консультаций узких специалистов (нейрохирургов, сексопатологов), без которых невозможно дать заключение, экспертная комиссия может использовать эти обстоятельства как объективную причину временного отказа от дачи заключения. В этих случаях следственно-судебные органы обязаны обеспечить теми необходимыми данными и консультациями, которые указывают эксперты.

В ряде случаев бывает необходим опрос родственников подэкспертного самим психиатром-экспертом. На такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и родственники к экспертам в таких случаях вызываются через эти органы.

Ст. 309 УК РФ предусматривает также наказание лиц, которые принуждают экспертов к даче ложного заключения или подкупают их, равно как уголовному наказанию подлежат следователи и лица, проводящие дознание в случаях принуждения ими экспертов к даче заключения (ст. 307 УК РФ "Заведомо ложные показания заключения эксперта или неправильный перевод").

Ст. 309 УК РФ "Подкуп или принуждение к даче показаний или уклонению от дачи показаний либо к неправильному переводу".

Эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя, или лица, производящего дознание, о чем его предупреждает ст. 310 УК РФ.

Ст. 310 УК РФ "Разглашение данных предварительного следствия".

## Правовые принципы назначения судебно-психиатрической экспертизы

Ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) перед органами дознания, следователем, прокурором и судом вправе сам обвиняемый, потерпевший, их родственники, защитник, прокурор, истец, ответчик и их представители.

Учитывая, что вопросы назначения экспертизы потерпевшим и свидетелям в гражданском процессе излагаются в соответствующей литературе, а удельный вес таких экспертиз относительно невелик, в данном разделе речь пойдет преимущественно о назначении экспертизы обвиняемым, подозреваемым и подсудимым.

Следователь, убедившись в необходимости проведения судебно-психиатрической экспертизы, составляет *постановление*, в котором указываются основания для назначения экспертизы; фамилия эксперта или название учреждения, в котором она должна быть проведена; вопросы, поставленные перед экспертом, и материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Следователь обязан ознакомить обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы. Согласно ст. 184 УПК, в случаях, когда психическое состояние обвиняемого делает невозможным его ознакомление с постановлением о назначении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), следователь имеет право не знакомить его с постановлением.

Основанием для назначения СПЭ являются сомнения в психической полноценности обвиняемого:

1. Данные о том, что обвиняемый находился под наблюдением психиатров по поводу психического расстройства.

В таких случаях следователь должен принять меры к получению медицинской документации об обвиняемом из соответствующего психиатрического учреждения – психоневрологического диспансера по месту жительства обвиняемого. Если имеются сведения о лечении частным порядком, то целесообразно истребовать данные об этом у частного врача или допросить его о причинах обращения пациента за консультацией, о его состоянии, лечебных назначениях и т.д.

Среди лиц, страдающих психическими расстройствами, нередко встречаются больные алкоголизмом и наркоманией. Поэтому документация наркологических учреждений о направляемых на экспертизу должна быть представлена следователем в распоряжение экспертов.

Получение медицинской документации из медицинских учреждений производится по письменному запросу следователя, скрепленного его подписью и печатью, на имя главного врача диспансера или больницы. Истребованию подлежат подлинники медицинских документов (история болезни, медицинские карты). В некоторых случаях достаточно получения выписки из истории болезни (эпикриза). Следователь обязан тщательно ос-

мотреть и изучить документы, удостовериться в их подлинности, полноте. И только после этого медицинская документация может быть приобщена к делу.

2. Особенности поведения обвиняемого или подозреваемого во время следствия или правонарушения (необычные высказывания, немотивированный отказ отвечать на вопросы, растерянность или беспричинная веселость, бессмысленные поступки во время допросов и т.д.).

Заметив необычные особенности поведения лица или узнав об этом у родственников и друзей, следователь должен подробно допросить родных о детстве, развитии, успеваемости в школе, интересах, увлечениях и других проявлениях, которые отражали бы особенности личности обвиняемого. Важны сведения о перенесенных заболеваниях, службе в армии, трудовой деятельности. Все эти сведения целесообразно подкрепить объективными материалами: амбулаторной картой из общей поликлиники, приобщением к делу военного билета или справки из военного комиссариата об освобождении от воинской обязанности, служебными характеристиками.

Определенное значение имеют сведения о семейных взаимоотношениях, состоянии в браке, наличии детей. Выяснить данные об употреблении алкоголя и наркотиков, лечении в психиатрических учреждениях. Обязательно должны быть представлены материалы о прежних судимостях и пребывании в местах лишения свободы. В этих случаях приобщают к направляемым на экспертизу материалам следствия справку о судимостях, копии прежних приговоров, справки о поведении лица в местах лишения свободы.

3. Характер криминала (его безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, иногда необычная жестокость и другие). В случаях направления на экспертизу по таким основаниям следователю необходимо во время допросов свидетелей попытаться получить четкие сведения об особенностях поведения обвиняемого, последовательности его поступков, его внешнем виде, высказываниях во время совершения преступления.

По уголовным делам, где в качестве меры наказания предусмотрена смертная казнь, проведение СПЭ является обязательным (Постановление Верховного суда РФ от 22.12.92 "О судебной практике по делам об умышленных убийствах").

При вынесении постановления о назначении СПЭ таким лицам следователь должен указать, что обвиняемый направляется на экспертизу "в связи с тяжестью содеянного".

В случаях, когда сомнения о вменяемости обвиняемых у следователя не возникают, данная формулировка может указать экспертам-психиатрам, что следствие не располагает данными о болезненных расстройствах психики, но, учитывая особую тяжесть содеянного, могут быть заподозрены

скрытые проявления психических нарушений. Среди таких подозрений особое место занимает жестокость преступления.

Согласно требований ч. 3 ст. 404 УПК "Направление на СПЭ допускается лишь при наличии достаточных данных, указывающих, что именно это лицо совершило общественно опасное деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело, ведется расследование".

Назначение СПЭ может быть осуществлено на стадии судебного разбирательства. В этих случаях суд выносит *определение* о назначении экспертизы. Одним из важных показаний для назначения экспертизы в суде является резкое изменение поведения подсудимого во время судебного разбирательства (необъяснимый отказ от речевого контакта с участниками судебного процесса, неадекватное поведение, высказывание жалоб или заявлений, вызывающих подозрение о психических расстройствах и другие).

## 2. Основные вопросы, представленные на разрешение судебно-психиатрической экспертизе

Вопросы, данные на разрешение СПЭ, необходимо правильно сформулировать в постановлении следователя или определении суда. Вопросы следует задавать четко, они должны соответствовать закону и не выходить за пределы компетенции СПЭ. Первый вопрос, ответ на который практически определяет все остальные вопросы, должен касаться выяснения психического здоровья / нездоровья лица:

- Страдало ли данное лицо в прошлом и страдает ли оно в настоящее время каким-либо психическим расстройством; если страдает, то каким именно? Остальные вопросы непосредственно зависят от процессуального положения лица, которому назначается СПЭ.

Если речь идет об *обвиняемом*, то вопросы рекомендуется ставить в следующей форме:

- страдал ли обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния психическим расстройством, которое делало обвиняемого неспособным в этот период осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) или руководить ими?

- если он страдал психическим расстройством, то к какой категории болезненных состояний относится данное психическое расстройство (хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики)?

Такие вопросы соответствуют ч.1 ст. 21 УК РФ и п.2 ст. 79 УПК.

На основании ответа на этот вопрос обосновывается вменяемость-невменяемость обвиняемого. Включение в уголовный закон ст. 22 УК РФ об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости, целесообразно задавать вопрос:

- оказывали ли влияние выявленные психические расстройства у обвиняемого, признанного вменяемым, во время совершения инкриминируемого деяния (деяний) на способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) или руководить ими?

Положительный ответ экспертов на этот вопрос должен учитываться судом при назначении наказания и может послужить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (ч.2 ст. 22 УК РФ). Следующие вопросы касаются возможности участия обвиняемого в судебно-следственных действиях. П.2 ст. 79 УПК предусматривает обязательное определение психического состояния обвиняемого или подозреваемого, когда возникает сомнение по поводу его "способности к моменту производства по делу отдавать отчет в своих действиях или руководить ими". А именно:

- не страдает ли обвиняемый психическим расстройством, которое делает его неспособным ко времени производства по уголовному делу осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими?

- если да, то делает ли это психическое расстройство невозможным назначение по данному делу наказания (ч.1 п. "б" ст. 97 УК РФ)?

- способен ли обвиняемый правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания?

- не препятствуют ли обнаруженные у обвиняемого психические расстройства осуществлять самостоятельно право на защиту?

- нуждается ли обвиняемый в применении к нему мер медицинского характера, если да, то каких именно (ч.2 ст. 21, ст.ст. 22, 99 УК РФ)?

- страдает ли обвиняемый алкоголизмом или наркоманией?

Нуждается ли он в принудительном лечении от алкоголизма или наркомании?

Имеются ли у него медицинские противопоказания к такому лечению (ч.1 п."г" ст. 97 УК РФ)?

В уголовном процессе согласно положению п. 3 ст. 79 УПК СПЭ обязательно проводится свидетелям и потерпевшим в случаях сомнения в том, что их психическое состояние позволяет адекватно участвовать в судебно-следственных действиях. Основной вопрос, который формулируется в отношении *свидетелей и потерпевших* звучит следующим образом:

- способен ли данный свидетель (потерпевший) по состоянию своего психического здоровья правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и давать о них правильные показания?

Круг вопросов, касающихся психических особенностей и расстройств *потерпевших*, шире. Могут быть поставлены следующие вопросы:

- не является ли психическое расстройство потерпевшего последствием совершенного в отношении него преступления, какова тяжесть причиненного вреда здоровью?

Такого рода вопрос чаще ставится перед комплексной судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизой. Может быть задан вопрос о наличии у потерпевшей так называемого беспомощного состояния:

- не лишало ли потерпевшую ее психическое расстройство способности понимать характер и значение совершаемых с нею преступных действий или оказывать сопротивление виновному?

Этот вопрос задается чаще в связи с делами об изнасиловании, но может быть поставлен и в других случаях (например, предусмотренных ч.1 п."з" ст. 63 УК РФ).

Возможен также вопрос о психическом состоянии потерпевшего ко времени производства по уголовному делу. Такой вопрос возникает тогда, когда известно, что в период судебно-следственных действий психическое состояние потерпевшего изменилось, и поэтому появляется сомнение, сможет ли он участвовать в процессуальных действиях.

Главные вопросы, которые ставятся в гражданском процессе, сводятся к выяснению дееспособности и нуждаемости лица в учреждении над ним опеки, а также к решению вопроса о психическом состоянии лица в момент совершения им той или иной сделки.

Предложенные вопросы, представленные на разрешение СПЭ являются основными, базовыми. Однако по каждому конкретному делу могут быть заданы и иные вопросы.

### **3. Виды судебно-психиатрических экспертиз**

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы экспертиза осуществляется в следующих видах:

- экспертиза в кабинете следователя;
- амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
- стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
- заочная (и как частный вид посмертная) судебно-психиатрическая экспертиза;
- экспертиза в судебном заседании.

#### **Экспертиза в кабинете следователя**

Этот вид судебного освидетельствования в практике носит характер консультации, проводится при осмотре обследуемого одним психиатром.

Заключение о вменяемости (невменяемости) обычно не выносится, но психиатр дает заключение по ряду других интересующих следователя вопросов: о психическом состоянии лица в данное время; о необходимости проведения ему экспертизы определенного вида (амбулаторная, стационарная) и какие материалы будут необходимы экспертной комиссии; о возможности подвергать обследуемого по состоянию его психического здоровья допросам и проводить очные ставки с его участием и т.д.

При психиатрической консультации в отличие от экспертизы заключение может быть предположительным.

### **Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза**

Экспертиза этого вида состоит в однократном, реже повторном, освидетельствовании лица комиссией психиатров.

Основное преимущество амбулаторной экспертизы ее краткосрочность и оперативность, а недостаток ограничение возможности обследования и наблюдения. Хотя последнее обстоятельство не должно приводить к недооценке амбулаторной экспертизы. Она способна дать ответ на все вопросы следственных органов, суда.

Возможности амбулаторной экспертной комиссии во многом определяются правильной подготовкой следственно-судебными органами всех нужных экспертам медицинских и следственных материалов.

Для этой цели в системе психиатрической службы действуют постоянные амбулаторные комиссии, утвержденные местными (областными, городскими) органами здравоохранения.

Во время амбулаторного освидетельствования врач-докладчик изучает материалы дела, обследует подэкспертного, составляет историю болезни. Члены комиссии также знакомятся с делом, и после доклада им истории болезни беседуют с подэкспертным. Затем выносится заключение и оформляется акт экспертизы амбулаторной комиссии. В некоторых случаях необходимо провести повторную (через несколько дней) беседу с подэкспертным, и тогда при оформлении акта указываются даты освидетельствования, отмечается динамика психического состояния и дается единое заключение.

Если экспертная комиссия не может дать заключение на поставленные вопросы, то она выносит заключение о необходимости проведения стационарной экспертизы.

Амбулаторная экспертиза может внести окончательное решение при освидетельствовании психически здоровых лиц, совершивших правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения; в случаях кратковременных расстройств психической деятельности в момент совершения преступления; при несомненных психических заболеваниях, подтверждаемых медицинскими документами.

Большую долю работы амбулаторной экспертной комиссии занимает освидетельствование лиц, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах с нерезко выраженными психическими расстройствами (легкие формы дебильности, остаточные явления черепно-мозговой травмы, хронический алкоголизм, последствия перенесенных в детстве нейроинфекций, психопатические черты характера). Окончательное заключение об их вменяемости может вынести амбулаторная экспертиза.

Амбулаторную экспертизу проходят многие лица, нуждающиеся в определении дееспособности, а также большинство свидетелей и потерпевших.

Амбулаторная СПЭ является самостоятельным видом экспертизы.

### **Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза**

Стационарная экспертиза проводится, когда возникает необходимость в клиническом наблюдении и проведении дополнительных исследований для уточнения степени психических нарушений или установления диагноза. Согласно Инструкции срок стационарного наблюдения не должен превышать 30 дней. Иногда он может продлеваться при условии предоставления в орган, назначивший экспертизу, мотивированного заключения о необходимости увеличения сроков наблюдения. Стационарная СПЭ проводится при необходимости более глубокого обследования подэкспертного, когда оценка психического состояния представляет дифференциально-диагностические сложности; при необходимости выполнения лабораторных исследований; в тех случаях, когда в связи с тяжестью правонарушения требуется длительное время для изучения и анализа материалов дела и сопоставления их с данными клинического наблюдения.

Стационарная СПЭ для лиц, содержащихся под стражей, проводится в психиатрических больницах в специально оборудованных, охраняемых судебно-психиатрических отделениях, причем исключается совместное содержание подсудимых и осужденных, а также лиц, привлекаемых к ответственности по одному и тому же делу.

Если обвиняемый не был арестован или был освобожден из-под стражи, его следует помещать в судебно-психиатрические отделения для лиц, не содержащихся под стражей. Такие экспертные отделения существуют во многих региональных психиатрических больницах. В эти отделения могут помещаться потерпевшие (при необходимости их стационарного обследования) и лица, направленные на стационарную экспертизу в связи с гражданским делом.

При отсутствии такого специального экспертного отделения в больнице или диспансере, последние могут быть госпитализированы в общее отделение психиатрической больницы. Для помещения обвиняемого на стационарную экспертизу в отделение для лиц, не содержащихся под

стражей, или в общее психиатрическое отделение обязательным условием является санкция прокурора или определение суда.

Потерпевшие, истцы и лица, в отношении которых решается вопрос дееспособности, должны помещаться в общие лечебные психиатрические отделения больниц. Они могут быть госпитализированы для проведения экспертизы с санкции прокурора, определения суда или на добровольных началах.

Во время стационарной экспертизы нецелесообразно разрешать какие-либо действия органов следствия с обследуемым.

Допросы, предъявление каких-либо документов, фотографий и т.д., имеющих отношение к уголовному делу, не допускается, так как это нарушает контакт врачей не только с данным подэкспертным, но и с его соседями по палате и может нежелательно воздействовать на психическое состояние обследуемых.

В работе стационарных комиссий основную работу выполняет курирующий испытуемого врач, который должен не только знакомиться, проанализировать материалы уголовного или гражданского дела, имеющуюся медицинскую документацию, но и осуществлять систематическое наблюдение за испытуемым, его психическим состоянием. При необходимости следует провести лабораторные исследования, осмотр врачами-консультантами различных специальностей.

Следует помнить, что заключения консультантов-специалистов (терапевта, невропатолога, окулиста и других) не имеют экспертного значения, они должны учитываться психиатрами-экспертами в совокупности с другими данными.

Стационарная экспертиза проводится в фиксированные дни, на комиссии присутствуют все ее члены. Освидетельствование испытуемых в условиях стационарной экспертизы проводится тремя врачами-экспертами: председателем комиссии, членом комиссии и врачом-докладчиком.

Председателем комиссии обычно является главный врач больницы или его заместитель по медицинской части, членом – заведующий судебно-психиатрическим отделением. Результаты экспертизы, которые содержат в себе обобщенные данные, оформляются "Актом экспертизы" (заключение), который подписывается всеми членами комиссии при наличии у них единого мнения.

### **Экспертиза в судебном заседании**

Необходимость экспертизы в суде возникает при различных обстоятельствах.

Ее проведение суд может определить обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, и сомнение в их психи-

ческой полноценности впервые возникло во время судебного рассмотрения дела.

В таких случаях эксперт не всегда может дать окончательное заключение, чаще рекомендует направить обвиняемого на амбулаторную или стационарную экспертизу.

Наибольшую группу подэкспертных составляют обвиняемые, в отношении которых уже была проведена экспертиза и вынесено окончательное заключение.

Вызов экспертов в суд может быть обусловлен сомнением в правильности экспертного заключения или необходимости получить разъяснение по тем или иным положениям, а также наличием дополнительных материалов, которые не были известны экспертам в период проведения экспертизы.

В ряде случаев вызов экспертов в суд связан с тем, что ко времени судебного заседания изменилось психическое состояние и стало неправильным поведение обвиняемого, ранее уже подвергавшегося экспертизе и признанного вменяемым.

В случаях признания обвиняемого невменяемым эксперт может быть вызван для решения судом вопроса о применении принудительных мер медицинского характера.

До начала судебного заседания эксперт должен ознакомиться с теми материалами уголовного дела, которые получены после проведения экспертизы.

Во время судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за поведением обвиняемого.

С разрешения председательствующего эксперт может задавать вопросы свидетелям и обвиняемому. Эксперт вправе указать на вопросы, выходящие за пределы его компетенции.

Обследование обвиняемого следует производить в судебном заседании в отсутствие состава суда и участников процесса.

Иногда эксперту-психиатру задают научные вопросы по его специальности, если их разъяснение имеет значение для оценки судом и участниками процесса выводов экспертизы.

На судебном заседании заключение по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде.

Если в судебном заседании участвуют несколько экспертов-психиатров и они придерживаются единого мнения, то представляется общее заключение. В случае расхождения экспертных мнений заключения подаются отдельно.

В соответствии с п. 25 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы при невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом, эксперт в своем заключении делает вывод о необходимости направления обследуемого на стационарную экспертизу.

Так же необходимо поступать в отношении обследуемых, признанных вменяемыми, если у них ко времени суда возникли психические изменения, препятствующие в судебном процессе. Чаще речь идет о психогенных заболеваниях, но в судебном заседании установить подлинный характер и продолжительность подобных состояний бывает трудно.

### **Заочная судебно-психиатрическая экспертиза**

Производится по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого (подозреваемого) или необходимо выяснить психическое состояние умершего в тот или иной период его жизни (посмертная экспертиза).

Такая посмертная экспертиза может назначаться при расследовании дел о самоубийствах, а также в гражданском процессе, когда возникает сомнение в психическом здоровье лица в момент составления им завещания или совершения иного юридического действия.

При заочной экспертизе психическое состояние подэкспертного оценивается на основании свидетельских показаний, медицинской документации (в этих случаях очень важно получить подлинники историй болезни, амбулаторных карт), характеристик письменной продукции обследуемого (дневники, письма). Иногда для получения более полных данных о психическом состоянии обследуемого целесообразно провести дополнительные допросы родственников и свидетелей.

Недостаточность материалов, представленных в распоряжение экспертов, может быть причиной невозможности дачи заключения.

Неполнота сведений в некоторых случаях заочных (посмертных) экспертиз в уголовном процессе позволяет ограничиться предположительным заключением о психическом состоянии. Необходимо тщательно мотивировать такое заключение.

### **Посмертные судебно-психиатрические экспертизы**

Посмертные СПЭ и посмертные комплексные психолого-психиатрические экспертизы назначаются, как правило, в тех ситуациях, когда следователь или суд предполагают самоубийство. Этот вид экспертизы является наиболее трудным. Посмертные экспертизы проводятся только на основании материалов уголовного дела. При расследовании дел о самоубийствах работникам следствия и суда необходимо располагать материалами, освещающими обстоятельства самоубийства, выяснить его причины и мотивы, уточнить индивидуально-личностные особенности человека, покончившего с собой.

Предметом посмертной судебно-психиатрической или психолого-психиатрической экспертизы при расследовании такого рода дел является

психическое состояние человека в период, предшествовавший самоубийству. Это обстоятельство определяет содержание основных вопросов, данных на разрешение экспертов.

Основными экспертными вопросами могут быть следующие:

1. В каком психическом состоянии находилось лицо, покончившее жизнь самоубийством в период, предшествовавший смерти?
2. Каковы причины развития этого состояния?
3. Какие индивидуально-психологические особенности лица могли оказать существенное влияние на его поведение в момент совершения самоубийства?

Другой вид посмертной экспертизы – это экспертиза в отношении психического состояния потерпевших, скончавшихся от тех или иных повреждений, но успевших перед смертью сообщить об обстоятельствах, совершенных в отношении него противоправных действий окружающими или работниками следствия.

Посмертное заключение о психическом состоянии потерпевшего имеет принципиальное значение, так как от данных им при жизни показаний может зависеть правильная квалификация совершенных в отношении него противоправных действий со всеми вытекающими правовыми последствиями.

По ст. 79 п. 3 УПК психиатры-эксперты при оценке психического состояния потерпевшего должны решить вопрос о его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. С клинических позиций необходимо давать обобщенную характеристику таким функциям психической деятельности, как восприятие, мышление, память, критичность.

Сообщение потерпевшего о противоправных действиях должно быть осмысленным и целенаправленным с учетом юридических последствий данных им показаний. В тех случаях, когда имеет место или недостаточно полная информация о состоянии потерпевшего, когда он давал показания, или противоречивые сведения о его психическом состоянии, то эксперты вправе отказаться от категорического экспертного вывода о его способности перед смертью правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

#### **4. Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами и судом**

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется "Актом судебно-психиатрической экспертизы"; его структура и принцип составления регламентируется ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта", Приказом Министерства здравоохранения № 1030 от

04.10.80 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" и приложениями к приказу.

"Акт судебно-психиатрической экспертизы" является одним из источников доказательства по делу. Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. В нем содержатся не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающие из данных о психическом состоянии в прошлом и в период обследования.

"Акт судебно-психиатрической экспертизы" состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (анамнеза), описания физического, неврологического и психологического состояния, выводов и их обоснования (мотивировочная и заключительная части акта).

Во *введении* указывается: дата составления акта, состав комиссии, место производства экспертизы, имя, отчество, фамилия, и возраст подэкспертного, в чем он обвиняется (статья УК РФ и краткое существо обвинения, например "в совершении хулиганских действий в состоянии опьянения", "в карманной краже" и т.д.). Если медицинское освидетельствование производилось осужденному, то приводится статья УК РФ, по которой лицо осуждено, и дата с которой исчисляется срок наказания. В акте экспертизы свидетеля, потерпевшего, а также истца или ответчика в гражданском процессе указывается процессуальное положение освидетельствуемого (например, "является потерпевшей по делу об изнасиловании").

Во *введении* обязательно указывается кем подэкспертный направлен на экспертизу, в связи с какими обстоятельствами возникло сомнение в психической полноценности и была ли назначена экспертиза.

В *сведениях о прошлом* (в анамнестической части акта) приводятся краткие данные о патологической наследственности, если такова выявлена, о психическом и физическом развитии, о ходе учебы с детского возраста и о перенесенных болезнях, об особенностях характера.

Обязательно отмечается инвалидность, если она установлена компетентными органами, а также необходимые сведения о трудовой жизни и поведении.

Последовательно должно быть освещено развитие психического заболевания (если оно имеется), указывается время помещения и пребывания в психиатрических больницах, нахождение на диспансерном наблюдении, приведены диагнозы, установленные в психиатрических учреждениях. При изложении приведенных данных следует указывать откуда почерпнуты такие сведения.

После анамнеза приводятся *краткие данные физического, неврологического и психического статуса*, включая результаты лабораторного исследования.

В *мотивировочной части акта* дается анализ клинических фактов. Этим обосновывается диагноз болезни, тяжесть (глубина) психических нарушений и соответственно вывод о вменяемости или невменяемости. Если лицо вменяемо, в мотивировочной части акта должно быть приведено обоснование этого.

*Заключительная часть акта* содержит ответ на основной вопрос о вменяемости (по гражданскому делу – о дееспособности), на все остальные вопросы, поставленные экспертам. При наличии психического заболевания указываются рекомендуемые экспертами меры медицинского характера, как должен относиться суд к показаниям этих лиц (самооговоры депрессивных больных). Заключение судебных психиатров, как и всех экспертов вообще, не является обязательным для суда и следствия, назначивших экспертизу. Однако несогласие с экспертным заключением должно быть мотивировано (ст. 80 УПК "Заключение эксперта").

Поэтому заключение экспертов подлежит оценке следственными органами и судом, которые анализируют судебно-психиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов.

В случае недостаточности ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение (ст. 192 УПК "Допрос эксперта").

Согласно статье 81 УПК "Дополнительная и повторная экспертиза", возможно также назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам.

Существенные сомнения по поводу экспертного заключения, особенно касающихся основных вопросов (прежде всего вменяемости), требуют повторной экспертизы, которая производится комиссией экспертов в новом составе.

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в особо сложных случаях проведение повторной экспертизы поручается Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. При этом руководство центра может привлекать в состав экспертной комиссии высококвалифицированных специалистов из других психиатрических учреждений.

### **Контрольные вопросы**

1. Что понимают под судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)?
2. В каких случаях закон предусматривает обязательное проведение СПЭ?

3. Права и обязанности психиатра-эксперта.
4. Кто может ходатайствовать о назначении СПЭ перед органами дознания, следователем, прокурором и судом?
5. Основания для назначения СПЭ.
6. Основные вопросы, представленные на разрешение СПЭ, если речь идет об обвиняемом.
7. Основные вопросы, представленные на разрешение СПЭ в отношении свидетелей и потерпевших.
8. Каким документом оформляется заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии? Из каких разделов состоит данный документ и что в каждом разделе должно быть отражено?

## ГЛАВА 8

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

#### 1. Понятие вменяемости и невменяемости

В УК РФ, принятом Государственной Думой 24 мая 1996 года формула невменяемости содержится в статье 21 УК РФ.

##### **Статья 21 "Невменяемость"**

*1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.*

*2. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом.*

Формула невменяемости содержит два критерия – медицинский (биологический) и юридический (психологический), которые выступают в единстве и определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние.

**Медицинский (биологический) критерий** состоит из четырех признаков:

- хронического психического расстройства;
- временного психического расстройства;
- слабоумия;
- иного болезненного состояния психики.

Понятие "*хроническое психическое расстройство*" объединяет психические заболевания, протекающие длительно, имеющие тенденцию к прогрессированию, то есть постепенному нарастанию и усложнению психических расстройств. К заболеваниям, объединенным этим признаком медицинского критерия, относятся шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, старческие психозы и т.д.

**"Временное психическое расстройство"**.

Медицинский критерий представлен психическими заболеваниями, имеющие различную продолжительность и заканчивающиеся выздоровлением.

Сюда относятся некоторые алкогольные психозы, например, белая горячка, патологическое опьянение, другие кратковременные, иногда внезапно возникающие, болезненные расстройства психической деятельности (мгновенные нарушения сознания и двигательной активности с висцерально-вегетативными проявлениями), которые могут явиться объектом судебно-психиатрической экспертизы при транспортных авариях и наездах.

Основными критериями временных расстройств психической деятельности следует считать не продолжительность, а полную их обратимость.

Под понятие "*слабоумие*" медицинского критерия попадают все психические заболевания, которые протекают с нарушениями интеллектуальной функции, как врожденного, так и приобретенного характера.

К "*иным болезненным состояниям*" относят состояния, не являющиеся психическими заболеваниями, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии (личностные аномалии, свойственные лицам на протяжении всей жизни) и др.

Таким образом, применение медицинского критерия невменяемости при проведении судебно-психиатрической экспертизы заключается в распознавании психической болезни и определении ее психической формы, особенностей течения, то есть в установлении диагноза.

Но для решения вопроса о вменяемости или невменяемости недостаточно одного медицинского критерия. Для этого необходимо установить тяжесть психического заболевания, имевшегося в момент совершения инкриминируемого деяния.

**Юридический (психологический) критерий** невменяемости формулируется как невозможность "*осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими*".

Юридический критерий невменяемости состоит из двух признаков: *интеллектуального* (невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и *волевого* (невозможность руководить ими), которые дают более полную, всестороннюю характеристику психических расстройств, выявленных у подэкспертного.

Первая половина критерия требует анализа критических способностей подэкспертного, возможности адекватно оценить обстановку и собственное поведение.

При невозможности субъектом понимать свои действия, неспособности к их контролю, интеллектуальный критерий как бы перекрывает волевой. Наличие этого признака нарушает способность руководить своими действиями и влечет принятие решения о невменяемости.

В практике встречаются случаи, когда у личности сохраняется формальная способность оценить ситуацию, но снижается, а иногда утрачивается способность удержаться от поступка – нарушается способность руко-

водить своими действиями. В юридическом критерии превалирует волевой признак. Наиболее часто это проявляется при психопатиях. В этих случаях этот признак становится ведущим, а интеллектуальный приобретает роль соподчиненного составляющего.

Следовательно, при различных заболеваниях могут иметь место всевозможные сочетания отдельных составляющих юридического критерия, их определенное взаимодействие и взаимовлияние.

Для признания лица невменяемым в аспекте психологического критерия достаточно одного из его признаков.

Границы между нормой и патологией не являются стабильными. Они динамичны, подвижны. Одна и та же форма психического заболевания может обуславливать различные судебнопсихиатрические выводы в зависимости от степени и глубины имеющихся в данный момент психических изменений.

Именно поэтому вопрос о вменяемости или невменяемости лица решается в отношении конкретного противоправного деяния и относится только к моменту его совершения.

В процессе экспертной диагностики и экспертного решения основным заключительным этапом является сопоставление медицинского и юридического критериев, что и определяет формулу невменяемости.

Обязательное условие невменяемости – совпадение медицинского и юридического критериев.

### **Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемость**

В УК РФ предусмотрена уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости.

***Статья 22 УК РФ "Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости".***

*1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.*

*2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.*

Лица с пограничными формами нервно-психической патологии составляют 30-40% от общего числа прошедших экспертизу. Психические расстройства у них диагностируются как нарушение личности и поведения, последствия черепно-мозговых травм, начальные стадии церебрального атеросклероза и другие сосудистые заболевания головного мозга, неглубокие степени умственной отсталости и т.д.

Данная статья УК РФ вводит в практику судебно-следственных органов и судебно-психиатрических экспертиз понятие ограниченной (уменьшенной) вменяемости. Уменьшенная вменяемость подразумевает наличие медицинского критерия, констатирующего пограничные нервно-психические расстройства у обвиняемого и частично нарушенную возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий/бездействия (интеллектуальный признак) и руководить ими (волевой признак).

Исходя из содержания ст. 21 и ст. 22 УК РФ, перед экспертной судебно-психиатрической комиссией могут быть поставлены следующие вопросы:

- не страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в период совершения правонарушения?
- не страдает ли им в настоящее время?
- обнаруживал ли он в момент совершения правонарушения временные расстройства психической деятельности?
- мог ли он понимать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими в полной или неполной мере?
- нуждается ли данное лицо в назначении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и каких именно?

## **2. Способность обвиняемого с психическими расстройствами участвовать в судебно-следственном действии**

Психические расстройства могут возникать после совершенного правонарушения до вынесения приговора. Решение этих вопросов предусмотрено ст. 81 УК РФ. Ч.1 ст. 81 УК РФ гласит: *"Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими, освобождается от наказания; лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания"*. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера. Медицинский критерий ч.1 ст. 81 УК РФ представлен одним признаком: "психическое расстройство", который включает в себя все формы психической патологии. Юридический критерий аналогичен ст. 21 УК РФ.

Однако при применении данной статьи речь идет не о вменяемости, а о процессуальной дееспособности – способности обвиняемого по психическому состоянию участвовать в судебно-следственных действиях и осуществлять самостоятельно свое право на защиту. Законодательные поло-

жения, предусматривающие решения указанных вопросов, содержатся в УПК (ст. ст. 409, 412).

При диагностике психических нарушений, возникающих после совершения преступления, эксперт должен оценить форму психической патологии, ее нозологическую принадлежность, варианты ее течения и исход. Точность такой квалификации психического состояния определяют конкретные рекомендации относительно мер медицинского характера и дальнейшую процессуальную деятельность подэкспертного после выздоровления. Эти положения сформулированы в ч. 4 ст. 81 УК РФ: *"Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные ст. ст. 78 и 83 настоящего Кодекса"*.

При временных расстройствах психической деятельности больные после лечения возвращаются на следствие и суд, при хронических заболеваниях после лечения больной теряет способность участвовать в судебно-следственных действиях и остается в ведении правоохранительных органов.

Квалификация психического заболевания, возникшего после совершения правонарушения, и определение времени его начала имеют значение и для оценки показаний, данных таким лицом.

Показания, данные лицом до возникновения заболевания, являются показаниями психически здорового человека. К показаниям, имевшим место после начала заболевания и во время него, следует относиться, как к показаниям, данным лицом в болезненном состоянии. Наконец, точное распознавание заболевания может иметь прогностическое значение.

Ч.2 ст. 81 УК РФ *"Лицо, заболевшее после совершения преступления иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания"* - применяется в случаях, когда после совершения правонарушения развивается хроническое психическое заболевание.

После проведения принудительного лечения, врачебной комиссии вновь надлежит оценить психическое состояние подэкспертного на предмет выздоровления. Возможны следующие оценки состояния: полное выздоровление, степень обратного развития психических нарушений или заболеваний, заболевание приняло затяжное, хроническое течение.

### **3. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших**

Показания свидетелей и потерпевших на предварительном и судебном следствии являются одним из важных доказательств в уголовном процессе. Потерпевшие наряду с правами отстаивать свои интересы, заявлять

отводы и ходатайства, участвовать в исследовании доказательств, задавать вопросы, выражать свое отношение к следствию, знакомиться с его результатами (ст. 53 УПК) имеют определенные обязанности: они должны давать правдивые показания, участвовать в очных ставках, опознании, следственном эксперименте, в случае необходимости подвергаться освидетельствованию и т.д. (ст. ст. 75, 103, 164, 183 УПК).

В силу разных причин способность потерпевшего реализовывать свои права в ходе судебного-следственного процесса может быть нарушенной.

Свидетелем и потерпевшим может оказаться лицо с любой формой психической патологии. Наиболее часто СПЭ назначается в отношении лиц, страдающих олигофренией, ранним органическим поражением головного мозга, перенесших черепно-мозговую или психическую травму в криминальной ситуации.

СПЭ свидетелей и потерпевших не оценивает достоверность и содержание показаний (это компетенция суда), а констатирует психическое состояние лица на предмет его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания.

Экспертное заключение в отношении лиц с психической патологией должно отражать способность лица осуществлять процессуальные функции на разных этапах юридической ситуации с учетом характера психических расстройств и их динамики. Поэтому в заключении могут найти отражение многие взаимосвязанные экспертные вопросы.

Судебно-психиатрическая экспертная оценка свидетелей и потерпевших строится на клинической оценке нарушенных и сохраненных психических функций лица, что позволяет дифференцированно выносить решения, а также способствовать защите прав потерпевших с психическими нарушениями.

Таким образом, при направлении на комплексную СПЭ и психологическую экспертизу вопросы могут быть сформулированы следующим образом:

- страдает ли потерпевший или свидетель психическим заболеванием?
- может ли он по психическому состоянию воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания?
- не обнаруживает ли он патологической склонности к фантазированию и псевдологии?
- мог ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий?
- имеются ли у потерпевшего какие-либо личностные особенности, которые оказали влияние на его поведение в криминальной ситуации?

- мог ли потерпевший по психическому состоянию оказывать сопротивление в криминальной ситуации?

- по своему психическому состоянию в настоящее время может ли потерпевший участвовать в судебно-следственных действиях?

П.3 ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы" предусматривает обязательное проведение СПЭ свидетелям и потерпевшим.

Психически больной (в частности, *больной шизофренией*) может быть единственным очевидцем происшедшего или потерпевшим.

Но участие таких больных нецелесообразно, так как это может неблагоприятно отразиться на состоянии больного. Показания психически больного могут отражать патологические переживания, быть бредовым истолкованием происходивших событий. Такие показания могут иметь значительные искажения из-за повышенной внушаемости, нарушений памяти и интеллекта; показания психически больных свидетелей и потерпевших могут носить черты оговора и самоговора вследствие психических нарушений.

Приведем пример оговора на почве бредовых переживаний.

### **Пример**

*Обследуемая гр. М. была изнасилована двумя мужчинами. Это подтверждается рядом сведений. Показания гр. М., кроме физических данных об изнасиловании, совпадающих с иными сведениями по делу, содержат бредовые высказывания о том, что преступники действовали по наущению ее бывшего мужа, соседей, с которыми она ссорится много лет. В дальнейшем гр. М. говорила, что изнасилование организовано работниками прокуратуры, чтобы добиться ее выселения из этой местности. Гр. М. пишет многочисленные заявления, в которых обнаженно, в циничных выражениях, описывает происшедшее и высказывает угрозы в адрес многих лиц, якобы заинтересованных в том, чтобы "позорить" ее.*

***Заключение:** в связи с психическим заболеванием (параноидная шизофрения) гр. М. не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.*

В приведенном выше примере решение вопроса о наличии психического расстройства относительно несложно.

Труднее оценить состояние ремиссии при шизофрении. Больные шизофренией в стойкой ремиссии без выраженного дефекта обычно способны давать свидетельские показания. Вместе с тем следует избегать участия таких лиц в судебном разбирательстве, так как обстановка суда может быть для них излишне травмирующей.

Оценка психического состояния лиц с *олигофренией*. Легкая дебилность при сохранении способности контролировать свои поступки

обычно не препятствует даже показаниям. И в тоже время имеют место эмоционально-волевые расстройства, сопутствующие основному дефекту.

*Гипердинамический вариант* дебильности со склонностью к фантазированию, лживости зачастую не позволяет дать заключение о возможности участия потерпевшего в судебном-следственных действиях. Особенно это относится к дебильным личностям с расторможенностью сексуального влечения. Можно предполагать, что снижение возможности руководить своими поступками в этих случаях мешает правильно оценивать и воспроизводить обстановку. Поэтому приходится констатировать, что такие лица не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, несмотря на неглубокий интеллектуальный дефект.

### **Пример**

*Обследуемая гр. К., 17 лет, была не способна к обучению в массовой школе, воспитывалась в школе-интернате для умственно отсталых детей, с трудом осваивала программу, к 17 годам училась в 6-ом классе. По наблюдениям воспитателей, несмотря на явное отставание в физическом развитии, проявляла повышенный интерес к мальчикам, часто уединялась с ними. В связи с тем, что она несколько раз надолго исчезала с мальчиками, в школе была дважды осмотрена гинекологом. При втором осмотре установлено нарушение девственной плевы. От объяснений по этому поводу гр. К. уклонилась, а спустя несколько дней вместе с матерью явилась в прокуратуру с заявлением, что была изнасилована соседом по квартире. Гр. К. давала показания в присутствии матери, в дальнейшем неоднократно их меняла. При судебно-психиатрической экспертизе выявлен крайне малый запас знаний, с трудом формулирует свои мысли. При расспросе в присутствии матери, путаясь в деталях, утверждает, что сосед ее изнасиловал. Несмотря на замечания допрашивающего, мать все время кивает головой, подсказывает дочери ответы. Беседуя с врачами без матери, гр. К. говорит об этом эпизоде еще более путанно, плачет, просит позвать маму "тогда все вспомнит".*

**Заключение:** *Гр. К. обнаруживает признаки олигофрении. Из-за низкого интеллекта и повышенной внушаемости давать показания не может, к ним надо относиться как к показаниям психически больной.*

Если обследуемый имеет умеренно выраженную дебильность (средняя степень), особенно ее *гиподинамический вариант*, то нужно уделять внимание повышенной внушаемости и подчиняемости. В этих случаях очень важен правильно поставленный допрос на предварительном следствии. На освещение фактов влияет также присутствие на допросах родителей (отношение родителей к делу, заинтересованность в его исходе отражаются на поведении потерпевшего).

Сложно оценить психическое состояние потерпевших, перенесших **черепно-мозговую травму** и дающих показания о моменте этой травмы.

Вследствие потери сознания и амнезии сообщаемые ими сведения нередко бывают неверными. В последствии такие больные часто заполняют исчезнувший из памяти отрезок времени ложными воспоминаниями, домыслами на основании обстоятельств дела (со слов следователя, родных и знакомых) и сообщают искаженные сведения, считая их истинными.

Иногда возникают противоречия, особенно тогда, когда потеря сознания после травмы была кратковременная.

### **Пример**

*Обследуемый гр. М. утверждал, что он нанес удар ножом, обороняясь от нескольких нападавших. Установлено, что сначала на гр. М. напал один человек; Гр. М. ударил его ножом и уже после этого был избит прибежавшими на шум знакомыми раненого. Сам гр. М. считает, что сознания не терял. Из медицинской документации больницы, куда он был доставлен, известно, что у него были рвота, положительный симптом Кернига, легкое оглушение. Диагноз: сотрясение мозга, подозрение на перелом основания черепа.*

***Заключение:** состояние гр. М. после нанесения им удара ножом следует рассматривать как период расстроенного сознания вследствие травмы черепа. Из-за ретроградной амнезии гр. М. не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и не может давать показания о событиях перед правонарушением.*

Для следствия в таких случаях важно установить период, о котором потерпевший не может давать правильные показания. Для решения такого вопроса необходимы тщательно собранные материалы о поведении и состоянии лица в момент нанесения травмы и непосредственно после нее. Объективные сведения нужно сопоставлять с сообщением обследуемого на экспертизе.

Вопрос о времени, с которого в показаниях могут отражаться болезненные проявления, нередко возникает в случаях **реактивного психоза**. Реактивное состояние может привести к искажению сведений, к оговору и самооговору.

Чаще вопрос об отношении к показаниям в связи с данной патологией возникает уже после установления экспертами временного болезненного расстройства психической деятельности и касается сведений, сообщенными этими лицами на предварительном следствии. Чтобы исключить дополнительную экспертизу, целесообразно указывать, с какого времени возникло психотическое состояние, не позволяющее относиться к показаниям данного лица как показаниям психически здорового. Обычно эксперт

может установить начало заболевания по материалам уголовного дела и другим данным.

У потерпевших по сексуальным делам нередко после изнасилования развивается реактивное состояние. Такая психическая травма и характерная клиническая картина выделили его в так называемый *синдром травмы изнасилования* (вариант психогенных состояний).

Эти нарушения имеют две фазы: первую – с острой и бурной истерической симптоматикой с рыданиями, криками у одних больных и заторможенностью, чувством отчаяния – у других, возникающую непосредственно после происшествия; вторую – затяжную с реактивной депрессией и тоской. Такие больные нуждаются в госпитализации.

Чаще возникают более легкие, постепенно проходящие невротические расстройства: нарушение сна, страхи, кошмары, астенические и другие расстройства функции внутренних органов.

Эти состояния четко зависят от судебной-следственной ситуации. Повторные допросы, вызовы в судебное заседание приводят к ухудшению или рецидиву (обострению) состояния. В отдельных случаях возможно формирование стойкого невротического развития личности.

Перед экспертизой в таких случаях ставятся вопросы о причинении потерпевшей психической болезни, что законом рассматривается как причинение тяжкого вреда здоровью и влияет на юридическую квалификацию содеянного.

При этом производится комплексная судебная-медицинская и судебная-психиатрическая экспертизы. Судебные психиатры отвечают на вопрос о связи психического расстройства у потерпевшей с психической травмой и о прогнозе болезненного состояния. Судебные медики определяют тяжесть повреждения (причинение легкого, средней тяжести и тяжкого вреда здоровью). Если возникла реактивная депрессия, требующая госпитализации, с длительным расстройством здоровья, то можно говорить о причинении тяжкого или средней тяжести вреда здоровью. Также следует расценивать и затяжное невротическое состояние и невротическое развитие личности.

В подобных случаях обычно не возникает сомнений в способности у потерпевшей давать показания. Потерпевшие, как правило, дают сведения о криминальном действии до развития явных признаков реактивного состояния. Вместе с тем возможность рецидива или ухудшение психического состояния требует отметить экспертами в заключении о нецелесообразности дальнейшего участия потерпевшей в судебной-следственных действиях.

### **Пример**

*Обследуемая гр. Т. в 15-летнем возрасте была изнасилована группой подростков. После происшествия возникла истерическая реакция с психо-*

моторной заторможенностью, скованностью, бессонницей, отказом от пищи, страхами (первая фаза "синдрома изнасилования").

Была госпитализирована в психиатрическую больницу, где выявилась реактивная депрессия с суицидальными мыслями, идеями самообвинения. После лечения в течении 3 месяцев состояние улучшилось. В суде давала правильные показания, но была напряженной, "все время боялась заплакать". Насильников приговорили к небольшим срокам лишения свободы. По протесту адвоката потерпевшей дело было возвращено на исследование. В период следствия восстановились явления реактивной депрессии, потребовавшей госпитализации и лечения в течение 5 месяцев. После выписки возник вопрос о тяжести реактивного состояния, в связи с чем была назначена комплексная экспертиза. В этот период девочка не могла полноценно учиться, плохо спала, часто плакала, высказывала мысли о нежелании жить, о необходимости перемены места жительства, так как "все знают о случившемся и смеются над ней".

**Заключение:** Гр. Т. перенесла реактивную депрессию, возникшую в результате изнасилования, обнаруживает признаки невротического развития личности, ей причинен тяжкий вред здоровью. В связи с длительностью и малой обратимостью имеющихся расстройств дальнейшее участие гр. Т. в судебно-следственном процессе нецелесообразно.

Комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза проводится и тогда, когда у потерпевшей развилось острое психическое состояние в результате отравления (**интоксикационный психоз**), вызванного умышленным введением токсических веществ преступником с целью подавить способность к сопротивлению.

При этом эксперты-психиатры решают вопрос о связи психоза с интоксикацией, а судебные медики – о тяжести повреждений, в частности об их опасности для жизни в момент возникновения болезненных расстройств.

Вопрос о так называемых **беспомощных состояниях** возникает преимущественно в отношении потерпевших по делам об изнасиловании. Под беспомощным состоянием потерпевшей подразумевается невозможность в силу физического или психического дефекта понимать характер и значение совершенных с ней действий или оказывать сопротивление. Приводящими к беспомощности считаются расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние, сильное опьянение.

Констатация "беспомощности" относится к компетенции юристов, то есть окончательное признание невменяемости – к компетенции суда.

Эксперт-психиатр может лишь ответить на вопросы о психическом состоянии потерпевшей в момент совершения криминального действия.

Выраженные дефекты психики (например, слабоумие) обычно установить несложно. Труднее ответить, могла ли потерпевшая в состоянии

сильного опьянения осознавать действия обвиняемого и сопротивляться ему. В этих случаях чаще и назначается экспертиза потерпевших.

При оценке беспомощного состояния потерпевшей не имеет значение, сама ли она привела себя в состояние опьянения или это произошло при побуждении другими лицами.

Такие физические признаки опьянения, как выраженные нарушения речи и походки, тошнота, рвота, последующий сон, являются объективными признаками отравления алкоголем. К ним относятся особенности поведения потерпевшей в это время, которые позволяют оценить ее поступки (как результат интоксикации): изменение ориентировки в окружающем, оценка происходящих событий.

К ним относится несвойственная расторможенность, сменяющаяся апатией, безучастным отношением к совершенным с нею действиям, отсутствие реакции на происшедшее и попыток скрыть признаки совершенного полового акта.

### **Пример**

*Гр. С., 23 лет, в праздничный день выпила около 200 грамм вина и 100-150 грамм водки. Столько алкоголя она выпила впервые. Возвращаясь с друзьями домой, беспричинно смеялась, пела, производила впечатление очень пьяной. Свернула на тропинку в сторону своего дома. Дальнейших событий не помнит. Пришла в себя на утро дома, обнаружила грязную окровавленную одежду, чувствовала боль в области половых органов. Гр. С. поняла, что она была изнасилована. Кто ее изнасиловал она не знала, в дальнейшем не могла показать место происшествия, опознать обвиняемых на очной ставке. Обвиняемые показали, что встретили гр. С. на опушке леса, неподалеку от ее дома. Она шаталась, падала, что-то бормотала. Один из них заговорил с ней. Она ничего не отвечала и присела у стога сена. Обвиняемый сел рядом с ней, повалил ее, поднял платье и начал совершать половой акт. В этот момент гр. С. обмочилась, и он ударил ее по лицу. Гр. С. молчала, не сопротивлялась, вела себя также безучастно, когда с ней совершал половой акт второй мужчина, потом что-то невнятно сказала, отошла в сторону, у нее началась рвота. Затем гр. С. легла около стога сена и уснула.*

*По словам родителей, они обнаружили дочь спящей в стоге сена, привели ее домой. Она ничего не говорила, сразу же легла спать. Утром ничего не могла рассказать о происшедшем, говорила, что припоминает только, как кто-то ударил ее по лицу.*

**Заключение:** *Гр. С. находилась в состоянии выраженного алкогольного опьянения, в связи с чем не могла понимать характер совершаемых с ней действий и не могла оказывать сопротивление.*

Утверждения потерпевшей о том, что она не помнит происшедшего, не всегда свидетельствует о беспомощном состоянии в результате опьянения. Они могут быть обусловлены нежеланием дать правдивые показания по делу. Следует принимать во внимание все данные о поведении потерпевшей в состоянии опьянения. Нужно учитывать некоторые особенности личности потерпевшей вне опьянения, ее антисоциальные установки, сексуальную просвещенность, которые могут оказывать влияние на поступки в состоянии опьянения.

При отмеченной в материалах дела чрезмерной кокетливости, повышенном интересе к мужчине (впоследствии к обвинению в изнасиловании), беспомощное состояние женщины во время полового сближения сомнительно. Видимо, в таких случаях скорее следует считать, что обследуемая осознавала характер совершаемых с ней действий и могла руководить своими поступками.

#### **4. Психиатрическое освидетельствование осужденных (пенитенциарная психиатрия)**

Главным направлением в работе пенитенциарной психиатрии является предупреждение грубых нарушений режима и повторных правонарушений лиц с психическими расстройствами. В ее задачи входят:

- выявление лиц с психическими расстройствами среди подследственных и осужденных;
- проведение необходимых лечебных мероприятий;
- психиатрическое наблюдение за данным контингентом;
- оказание помощи администрации в выборе соответствующего режима и вида трудоустройства;
- применение адекватных воспитательных мер для лиц с психическими нарушениями;
- решение вопроса о тяжести психических расстройств и возможности дальнейшего отбывания наказания;
- лечение лиц, которые во время совершения преступления были вменяемыми, но в силу психического расстройства не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими (ст. 22 УК РФ);
- осуществление назначенного судом лечения от алкоголизма и наркомании осужденного в соответствии с п.2 ч.1 ст. 97 УК РФ.

В психиатрии и в праве общепринятым является положение о том, что психически больные люди не могут осознавать карательно-воспитательное значение наказания, а следовательно пребывание в местах лишения свободы лиц с психическими расстройствами нецелесообразно для них самих и нежелательно для окружающих. Данное положение является основанием для проведения психиатрического освидетельствования

осужденных, в отношении которых возникают сомнения в их психической полноценности и возможности дальнейшего отбывания наказания.

Сомнения в психической полноценности осужденного возникают чаще всего в случаях длительного и упорного нарушения режима содержания, немотивированного отказа от работы, необычной конфликтности, неуживчивости и агрессивности, повторных необоснованных жалоб и протестов и иных необычных поступков (попытки самоубийства, отчужденность, скрытность, прекращение словарного контакта с окружающими и другие).

Законодательными положениями предусматривается возможность освобождения от дальнейшего отбывания наказания лиц, заболевших хронической душевной болезнью после осуждения (ст. 81 УК РФ). Определение об освобождении таких лиц от отбывания наказания выносится судом на основании представления администрации места лишения свободы и заключения врачебной комиссии о психическом заболевании. В своей деятельности врачебные комиссии руководствуются инструктивными материалами и перечнями болезней, которые препятствуют отбыванию наказания в местах лишения свободы.

В отношении осужденных, признанных страдающими хронической душевной болезнью и освобождаемых в соответствии со ст. 81 УК РФ от дальнейшего отбывания наказания, могут быть применены меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрической больнице общего типа, специализированного или специализированного с интенсивным наблюдением (ст. 97 ч.1 п. "б", ст. 99 ч.1 УК РФ).

В ряде случаев психические нарушения осужденного оцениваются врачебной комиссией как временное расстройство психической деятельности. Лечение этих осужденных проводится в психиатрических учреждениях при общесоматических больницах или психиатрических больницах мест лишения свободы. После проведения необходимых лечебных мероприятий и выздоровления эти лица возвращаются для дальнейшего отбывания наказания (ч.4 ст. 81 УК РФ). Срок пребывания таких пациентов на лечении засчитывается полностью в срок отбывания наказания (ст. 103 УК РФ).

Принудительная мера медицинского характера осужденным может назначаться и в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч.2 ст. 99 УК РФ). Этой статьей УК предусмотрено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра в отношении осужденных, нуждающихся в лечении от алкоголизма и наркомании. Ст. 104 УК РФ предусматривает, что эти принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы.

## Контрольные вопросы

1. Понятие вменяемости и невменяемости.
2. Какие критерии содержит формула невменяемости?
3. Из каких признаков состоит медицинский критерий формулы невменяемости?
4. Что понимают под признаком медицинского критерия "хроническое психическое расстройство"?
5. Что понимают под признаком медицинского критерия "временное психическое расстройство"?
6. Понятие "слабоумие", как признак медицинского критерия.
7. Назовите состояния, которые относят к признаку медицинского критерия "иные болезненные состояния".
8. Как формулируется юридический критерий невменяемости?
9. Из каких признаков состоит юридический критерий невменяемости?
10. Обязательное условие невменяемости.
11. Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости.
12. Исходя из содержания ст. 21 и ст. 22 УК РФ, какие вопросы могут быть поставлены перед экспертной судебно-психиатрической комиссией?
13. Содержание статьи 81 УК РФ.
14. Пенитенциарная психиатрия. Понятие. Задачи пенитенциарной психиатрии.

## ГЛАВА 9

### МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

#### 1. Общественно опасные действия психически больных

Действующее уголовное законодательство устанавливает, что лица, совершившие противоправные действия в невменяемом состоянии, обусловленном болезнью, не являются преступниками и не подлежат наказанию.

Под опасностью психически больного понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления обуславливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному. В случаях, если этот ущерб уже нанесен, речь идет уже об общественно опасном действии (если его содержание соответствует той или иной статье УК).

Опасность при психических расстройствах – это временное состояние. При определенных условиях расстройство психики может стать причиной для опасного поведения.

Вопросы о связи психопатологической симптоматики с опасными действиями психически больных в одинаковой мере должны интересовать и психиатров и юристов. Это необходимо для понимания патологических механизмов опасных действий, для определения степени опасности этих больных, то есть в конечном итоге для профилактики опасных действий.

С какими же болезненными расстройствами психики чаще всего бывают связаны опасные действия?

В качестве примеров могут быть названы состояния речевого и двигательного возбуждения больных, их болезненные ложные представления о якобы грозящей им опасности или о вредоносном воздействии на их организм (бредовые идеи преследования и физического воздействия).

Иногда опасные действия больные совершают под действием повелительных, слуховых галлюцинаций, когда *"голоса"* *"приказывают"* им выполнить то или иное действие, которое может быть опасным.

В некоторых, редких случаях психически больные внезапно совершают опасные поступки, не вызываемые никакими внешними причинами, например, нападение или поджоги, которые они сами не могут объяснить (так называемые импульсивные действия).

Общественно опасное поведение может быть связано со слабоумием больных, вследствие которого они не могут осознавать опасность совершаемых ими действий.

Так больной, с глубоким врожденным слабоумием совершил поджег стога сена потому, что ему хотелось посмотреть *"как он будет гореть"*.

Для таких больных характерна повышенная внушаемость, вследствие чего они могут стать орудием в руках психически здоровых преступников.

Нужно указать на синдромы помрачения сознания, о которых указано выше. В тех случаях, когда они сопровождаются двигательным возбуждением, аффектом страха, агрессивными действиями, больные могут совершать тяжкие нападения на окружающих.

Среди обстоятельств, способствующих совершению больными опасных действий, имеет место алкогольное опьянение. У больных в состоянии опьянения усиливаются бредовые идеи, галлюцинации и другие болезненные явления, возникает двигательное возбуждение и агрессия в отношении окружающих.

Определенное значение имеют преморбидные особенности личности больного со свойственными ей социально-психологическими установками. Антисоциальные формы поведения, отмечавшиеся до заболевания, часто появляются и в период ремиссии, что приводит к совершению повторных опасных деяний.

В ряде случаев опасные действия могут совершаться по реально бытовым мотивам. Это объясняется антисоциальными влияниями на больных их близкого окружения.

Обстоятельствами, способствующими совершению опасных действий, нередко приводящим к тяжелым последствиям, являются: несвоевременное помещение психически больных в психиатрическую больницу и их преждевременная выписка из больницы, к чему стремятся многие больные, диссимулируя (скрывая) свое болезненное состояние. Иногда этому способствуют их родственники, потворствуя стремлению выписаться или же настаивая на выписке больного по собственной инициативе.

Вследствие непонимания серьезности заболевания, когда за внешне упорядоченным поведением больного его родные и близкие не видят психического расстройства, а болезненно неправильное поведение объясняют, как чудачества и странности характера. В результате недостаточного лечения состояние больного на выходе из больницы ухудшается, а родственники становятся жертвами нападения больного.

Например, испытуемый гр. Ж., страдающий шизофренией, был выписан по настойчивому требованию жены, вопреки советам врачей, в состоянии очень неустойчивого улучшения, с еще незатухшими бредовыми идеями воздействия и слуховыми галлюцинациями, которые он тщательно

скрывал. Через полтора месяца он убил жену по бредовым мотивам ("была заодно с теми, кто действовал на него радиомангнитным излучением").

При этом следует учитывать, что "криминальность", склонность к совершению агрессивных и аутоагрессивных действий, существует у психически больных непостоянно и может то усиливаться, то затухать в зависимости от течения заболевания и эффективности лечения.

Тип развития болезненного процесса, острое, бурное, или медленное, постепенное начало болезни, ее последующая динамика определяют разное поведение больных и соответственно разный характер совершаемых ими опасных действий.

Меры медицинского характера, в том числе и принудительное лечение, всегда назначаются исходя из социальной опасности психически больного. Оценка социальной опасности больного – это оценка социально опасных деяний, психического состояния в момент совершения противоправных деяний, состояния испытуемого в период судебно-психиатрической экспертизы, это оценка возможности повторения социально опасных действий, влияние на поведение больного социальных условий.

## **2. Правовые основы назначения мер медицинского характера и организация проведения принудительного лечения**

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

Основным критерием выбора меры медицинского характера в отношении больного является его социальная опасность.

Закон предусматривает принудительные и непринудительные меры медицинского характера.

Принудительные меры медицинского характера являются разновидностью медицинских мер, применяемых к психически больному без его согласия, или согласия его законных представителей.

Они применяются только по решению суда по основаниям и в порядке, установленным УК РФ, УПК.

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

Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

1. Совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части УК РФ, в состоянии невменяемости;

2. У которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

3. Совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

4. Совершившим преступление и признанными нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании (ст. 97 УК РФ "Основания применения принудительных мер медицинского характера");

5. Осужденным, психическое заболевание у которых возникло в период отбывания наказания (ст. 104 УК РФ "Принудительные меры медицинского характера соединенные с исполнением наказания").

Закон предусматривает следующие меры медицинского характера (ст. 99 УК РФ "Виды принудительных мер медицинского характера"):

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ст. 100 УК РФ);

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа (ст. 101 УК РФ);

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа (ст. 101 УК РФ);

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением (ст. 101 УК РФ).

На основании положений УК РФ и УПК разработана Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные действия.

### ***УПК РФ. Раздел VIII "Производство по применению принудительных мер медицинского характера".***

*Ст. 403 "Основания применения принудительных мер медицинского характера".*

*Ст. 412 "Отмена или изменение принудительных мер медицинского характера".*

*Ст. 413 "Возобновление дела в отношении лица, к которому применена принудительная мера медицинского характера".*

*Ст. 362 "Освобождение от отбывания наказания по болезни".*

***Амбулаторное принудительное наблюдение*** и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего Кодекса, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар (ст. 100 УК РФ "Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра").

После обязательного производства предварительного следствия и проведения экспертизы, следователь заканчивает дело и направляет его

через прокурора в суд для применения принудительных мер медицинского характера. В судебном заседании с участием прокурора, защитника, свидетелей и потерпевших выясняется, имело ли место общественно опасное деяние, предусмотренное уголовным законом, совершило ли его лицо, о котором рассматривается дело, в состоянии невменяемости или лицо заболело после совершения преступления душевной болезнью, лишаящей его возможности осознавать фактический характер своих действий (бездействий) либо руководить ими.

С учетом рекомендаций судебно-психиатрической экспертной комиссии суд выносит определение о применении конкретной принудительной меры медицинского характера.

Назначая принудительную меру медицинского характера, суд в своем определении указывает форму лечения (в общей или специализированной психиатрической больнице). Если принудительное лечение назначается в *психиатрической больнице общего типа*, то больной освобождается из-под стражи и поступает в больницу по месту жительства. Выбор конкретной больницы осуществляется органами здравоохранения, так как проводить принудительное лечение правомочны все психиатрические больницы.

При поступлении больного на принудительное лечение в больницу направляется копия определения суда о назначении соответствующей меры медицинского характера и копия акта судебно-психиатрической экспертизы больного.

Перемещение больного из одного лечебного учреждения в другое осуществляется по распоряжению органов здравоохранения с уведомлением об этом суда, назначившего принудительное лечение.

Принудительное лечение в больнице общего типа назначается больным: шизофренией со стойкими, не поддающимися коррекции бредовыми идеями и галлюцинациями; эпилепсией; органическими поражениями центральной нервной системы; церебральным атеросклерозом с психическими нарушениями, и другими психическими нарушениями, совершившими социальноопасные действия впервые, если их состояние расценивается как опасное для общества.

Принудительное лечение в *психиатрических больницах специализированного типа* (ст. 101 УК РФ "Принудительное лечение в психиатрическом стационаре") назначается больным, представляющим повышенную опасность для общества, то есть социальным показателем является прежде всего тяжесть совершенного общественно опасного действия (посягательство на жизнь и здоровье, половые преступления).

Далее это относится к больным, совершившим повторные и многократные общественно опасные действия. Иногда имеется тяжкий криминальный анализ и трудности содержания в общих больницах больных эпилепсией с частыми сумеречными состояниями и выраженными личност-

ными изменениями, особенно измененные алкогольной интоксикацией, алкогольными параноидами (особенно бредом ревности) и другие.

Больных лечат современными медицинскими средствами, уделяется большое внимание восстановлению трудоспособности, адаптации больных к условиям жизни во внелечебных условиях, применяются мероприятия по восстановлению и исправлению антисоциальных установок (например, проведение курса антиалкогольной терапии).

Целью принудительного лечения невменяемых является такое изменение их психического состояния, при котором снижается или устраняется их опасность. Если в состоянии здоровья отмечаются ожидаемые изменения, на основании освидетельствования больного комиссией врачей-психиатров администрация больницы вносит предложение о прекращении принудительного лечения (ст. 102 УК РФ). Суд, рассмотрев ходатайство больницы, решает вопрос о прекращении принудительного лечения или, в случае несогласия с заключением комиссии врачей, продлевает лечение.

Продолжительность принудительного лечения определяется психическим состоянием больного, особенностями течения заболевания. Поэтому суд не устанавливает сроков принудительного лечения.

При коротких сроках принудительного лечения больной имеет право на оплачиваемый больничный лист с момента поступления на судебно-психиатрическую экспертизу.

Лица признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособия по государственному социальному страхованию и на пенсии на общих основаниях.

Во всех случаях (кроме больных, имеющих больничный лист) лицу должна быть определена II или I группа инвалидности (п.2 "Положения о социальном страховании и социальном обеспечении психически больных, находящихся на принудительном лечении").

Переосвидетельствование больных, находящихся на принудительном лечении, осуществляется не реже, чем через 6 месяцев врачебными комиссиями, созданными из врачей психиатрической больницы. В состав комиссии обязательно входит лечащий врач больного.

Вопрос о прекращении принудительного лечения, включающий в себя клинический и социальный прогнозы, остается сложным и ответственным.

Принцип принудительного лечения требует не допускать преждевременной выписки больных.

Показанием к отмене принудительного лечения является устранение общественной опасности больного, обусловленной психическими нарушениями. Это выздоровление больного, стойкое улучшение психического состояния, которые свидетельствуют об устранении опасности для общества и самого себя (нарастание вялости, апатии, угасание бредовых идей).

Необходимо убедиться в стойкости улучшения и обратном развитии психопатологических признаков, с которыми было связано общественно опасное действие.

Во всех случаях улучшения необходимо убедиться в появлении у больного критического отношения к своему болезненному состоянию и совершенному действию, в упорядоченном поведении, активном участии в реабилитационной программе.

Таким образом, важнейшим показателем отмены принудительного лечения является прогноз дальнейшего течения болезни.

Когда имеется единое мнение всех членов комиссии о возможности прекращения принудительного лечения или изменения меры медицинского характера, тогда соответствующее заключение направляется в суд. В заключении должны быть указаны изменения, произошедшие в состоянии больного, высказаны рекомендации о дальнейших медицинских мероприятиях, применимых к больному. При выписке больного по решению суда должны быть обязательно урегулированы вопросы трудовой ориентации лица или его пенсионного обеспечения, вопросы жилья, опеки и т.д.

При проведении принудительного лечения *в специализированных стационарах с интенсивным наблюдением* или без него обычно применяется "ступенчатая" выписка больного: из стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением – в специализированный, из него – в общий, и далее – под наблюдение районного ПНД по месту жительства больного. Ст. 100 УК РФ позволяет назначить также амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

В некоторых случаях возможно прекращение принудительного лечения без прохождения этих ступеней.

### **Принудительное лечение в случаях, предусмотренных ч.1 ст. 81 УК РФ**

*"Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера".*

Таким образом, ст. 81 УК РФ рассматривает несколько вариантов ситуаций, которые могут возникнуть в случае психического заболевания обвиняемых после совершения преступления:

1. Психическое расстройство у обвиняемого, психическое состояние которого на момент совершения преступления психиатры-эксперты расценили как не исключающее вменяемости, возникло до вынесения приговора. Психическое расстройство носит временный характер.

2. Психическое заболевание развилось у обвиняемого в тех же условиях, но приобрело хронический, необратимый характер и течение.

3. Психическое расстройство возникло у обвиняемого как до вынесения приговора, так и до определения его психического состояния на момент преступления психиатрами-экспертами.

СПЭ ему или не проводилась, или ее решение было затруднено из-за особенностей психического состояния и требовало длительного психиатрического лечения и наблюдения.

4. Психическое заболевание развилось у осужденного, что соответствует положениям ст. 362 УПК.

Принципы применения принудительных мер медицинского характера в случаях, предусмотренных ст. 81 УК РФ, уточняются в разделе шестом УК РФ. Часть 1 п. "б" ст. 97 УК РФ предусматривает, что если у лица после правонарушения наступает психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, к нему могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

### **3. Меры по предупреждению опасных действий лиц с психическими расстройствами**

После прекращения определением суда принудительного лечения и выписки пациент находится под наблюдением районного ПНД. Наблюдение состоит в ежемесячном посещении больным участкового психиатра или визите врача к больному на дом. При этом осуществляются социальные мероприятия (выясняется его состояние, поведение в быту, трудовая занятость, проводится поддерживающая терапия). Существует совместный Приказ министра внутренних дел и министра здравоохранения о взаимодействии органов милиции и психоневрологических диспансеров по наблюдению за лицами с психическими расстройствами, совершившими опасные действия.

По Приказу кроме психоневрологической службы контролировать поведение таких больных должны участковые инспекторы милиции.

Совместное наблюдение, обмен информацией, позволяет своевременно принимать меры к госпитализации в случае изменения психического состояния, начала алкоголизации больного, возобновления асоциальных поступков. В этих случаях госпитализация регламентируется *Законом РФ "О порядке оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*.

Кроме вышеуказанных профилактических мероприятий опасных действий наиболее важными являются: выявление лиц с психическими расстройствами среди населения и установление опасных для самого больного или окружающих изменений в его психическом состоянии; проведение мероприятий социальной направленности. Такая деятельность осуще-

ствляется в соответствии с *Законом РФ "О порядке оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*.

### **Контрольные вопросы**

1. Что понимают под опасностью психически больного?
2. С какими болезненными расстройствами психики чаще всего связаны опасные действия?
3. Правовые основы назначения мер медицинского характера.
4. Организация проведения принудительного лечения.
5. Меры по предупреждению опасных действий лиц с психическими расстройствами.

## ГЛАВА 10

### ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Психические болезни представляют собой заболевания всего организма с преимущественными нарушениями деятельности головного мозга, вследствие чего и возникают расстройства психической деятельности. Они характеризуются тем, что нарушается способность человека правильно отображать реальную действительность и целенаправленно ее преобразовывать (И.Ф. Случевский). Эти нарушения психической деятельности могут, по выражению И.П. Павлова, приводить больного "в трудные, тяжелые, вредоносные столкновения как с природой, так и с другими людьми...".

Подобно терапии, хирургии и другим медицинским дисциплинам психиатрия разделяется на две большие части – общую и специальную. Общая психиатрия – семиотика (симптоматология) психических болезней, или психопатология, имеет своей задачей разностороннее изучение отдельных признаков – *симптомов* и определенных их сочетаний, имеющих закономерные внутренние связи, – *синдромов*. С выявлением симптомов и синдромов начинается обследование психически больных. Взятые сами по себе, изолированно, ни симптомы, ни синдромы не обладают нозологической специфичностью, то есть не могут служить целям установления психиатрического диагноза. Симптомы и синдромы, встречающиеся при психических заболеваниях, так же как и при других болезнях, отличаются многозначительностью.

#### 1. Основные симптомы психических болезней

##### Расстройства восприятия

Восприятие – психический процесс, при котором ощущения, получаемые от раздражителей внешней и внутренней среды, переводятся в осознаваемую информацию.

*Иллюзии* – ошибочное восприятие, преимущественно зрением или слухом, реально существующих предметов или явлений. Чаще всего они возникают в форме измененного аффекта или сознания.

*Зрительные иллюзии* – могут быть простыми по своим проявлениям и обыденными по содержанию (висящая одежда воспринимается как человеческая фигура, наклонившаяся ветка – как протянутая рука). Они возникают обычно в полумраке и при плохом освещении, на фоне тревожного

настроения. Зрительные иллюзии образного, иногда фантастического содержания называются *парейдолиями*. Стоящий на окне цветок воспринимается как экзотическое увеличенных размеров растение; окружающие предметы – как фантастические существа; отдельные узоры обоев превращаются в сцены фантастических событий. Парейдолии чаще возникают на фоне резкой тревоги, страха, при начальных состояниях помрачения сознания.

*Слуховые иллюзии*. В одних случаях они элементарны – шум дождя воспринимается как шепот, отдельные звуки, как выстрелы. В других, при вербальных (словесных) иллюзиях, – в посторонних разговорах или звуках субъект слышит отдельные слова в свой адрес. Если в слышимом непрерывно воспринимаются целые фразы, говорят об *иллюзорном галлюцинозе*. Вербальные иллюзии, и особенно иллюзорный галлюциноз, обычно имеют осуждающее или угрожающее содержание. Для них характерны аффект напряженной тревоги и подозрительность.

*Галлюцинации* – одна из форм нарушения чувственного познания. Это ложное восприятие без реального раздражителя, реального объекта. Воспринимаясь в пространстве, галлюцинации приобретают чувственную яркость и неотличимы от существующих в действительности предметов, то есть имеют характер объективной реальности. Галлюцинации многообразны. Их принято делить по различным признакам. Главный из них – анализатор (орган чувств), в котором они возникают. Принято выделять следующие галлюцинации:

- 1) зрительные, или оптические;
- 2) слуховые, или акустические;
- 3) обонятельные;
- 4) вкусовые;
- 5) тактильные, или осязательные;
- 6) галлюцинации общего чувства.

Кроме того, галлюцинации могут выделяться на основе таких признаков, как особенности их проекции, условия, при которых они развиваются.

*Зрительные галлюцинации* (видения) могут быть элементарными, обладать неотчетливой формой или даже быть лишенными ее – *фотопсии* (искры, пламя, пятна, вспышки, дым) и сложными, четкими во всех, даже незначительных деталях – конкретные люди, животные, насекомые, предметы обстановки, сцены различного содержания (похороны, стихийные бедствия, собрания). Зрительные галлюцинации могут быть бесцветными, естественно и неестественно окрашенными, иметь натуральный, уменьшенный или увеличенный размер. Видения то неподвижны (статические галлюцинации), то находятся в движении, иногда очень быстром. Они могут возникать на постоянном расстоянии от больного, удаляться или навигаться на него. Содержание зрительных галлюцинаций может быть од-

нообразным и меняющимся. Когда сменяющие друг друга зрительные галлюцинации имеют сложное содержание, их называют сценopodobными, или кинематографическими. Если преобладают видения пейзажей, то говорят о панорамических галлюцинациях. Зрительные галлюцинации почти всегда возникают на фоне той или иной степени помрачения сознания. Им сопутствуют аффект тревоги, страха, ярости. Значительно реже они вызывают восхищение или любопытство. Нередко интенсивность зрительных галлюцинаций резко усиливается к вечеру и ночи. Порой они возникают только в это время суток.

*Слуховые галлюцинации.* Возникают в форме элементарных, неречевых обманов, они называются *акоазмами* (таковы шумы, отдельные звуки, шипение, выстрелы). Когда слышат отдельные слова и фразы, говорят о *фонемах* – вербальных (словесных) галлюцинациях. Больные часто называют их голосами. Последние могут принадлежать знакомым и незнакомым лицам, мужчинам, женщинам, детям; быть тихими, громкими, оглушающими; находящимися на одном месте, приближающимися или удаляющимися. Иногда слышится один голос (моновокальные галлюцинации), два голоса (диалог), много голосов (поливокальные галлюцинации). Голоса могут переговариваться друг с другом и обращаться непосредственно к больному. Содержание словесных галлюцинаций различно: брань, оскорбления, обвинения, угрозы, насмешки; защита, успокоение и утешение; предупреждения, приказания (императивные галлюцинации); регистрация поступков больных ("он закрыл дверь, зажег свет, повернулся боком" и т.д. – комментирующие галлюцинации). Слуховые галлюцинации обычно возникают на фоне непомраченного сознания. Они сопровождаются удивлением, изумлением, страхом, а также самыми различными поступками: поиском того, кому принадлежит голос, бегством, обороной, нападением, направленным против самого себя, зачастую крайне опасными действиями (при императивных галлюцинациях).

*Обонятельные галлюцинации* – мнимые неприятные или приятные запахи (гнили, паленого, нечистот, газов, цветов, готовящейся вкусной еды и т.д.).

*Вкусовые галлюцинации* – неприятные или приятные вкусовые ощущения, возникающие во рту без приема пищи.

*Тактильные галлюцинации* – неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимые с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел) или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т.д.), внешние признаки которых точно описываются больными (твердые, маленькие с длинными ножками и т.д.). Если подобные мнимые ощущения возникают во внутренних органах, то говорят о *висцеральных галлюцинациях*.

*Галлюцинации общего чувства* – убеждение, что неприятные ощущения, испытываемые на поверхности тела или во внутренних органах, связаны с действием того или иного инородного тела, живого существа и т.д.

Иногда у больного наблюдается только один вид галлюцинаций. Нередко же происходит одновременное появление различных их видов, например, зрительных, слуховых и галлюцинаций общего чувства. Это сложные (комплексные) галлюцинации.

*Функциональные галлюцинации.* По механизму возникновения они занимают промежуточное положение между собственно галлюцинациями и иллюзиями. Появляются только при наличии реального внешнего раздражителя и продолжаются, не сливаясь с ним, то есть отдельно, до тех пор, пока действует этот раздражитель. Больной реально слышит стук колес поезда и одновременно возникают слова "свинья, свинья, свинья"; при остановке поезда эти слова исчезают.

*Псевдогаллюцинации* – произвольные, обычно с ощущением сделанности или насильственности, восприятия, возникающие без реального объекта. Они могут быть чувственно яркими и конкретными, проецироваться вовне, хотя чаще существует интропроекция образов (локализуется больными не в объективном, а в субъективном пространстве – видится или слышится "мысленно", "умом", "внутренним оком" и т.п.). В отличие от истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации не отождествляются с реальными предметами, то есть лишены характера объективной реальности. Вместе с тем критическое отношение к псевдогаллюцинациям, также как и сомнения в их действительном существовании, отсутствует. Псевдогаллюцинации могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, осязательными, общего чувства, со всеми присущими им особенностями, например, зрительные псевдогаллюцинации могут быть элементарными и сложными; бесцветными, естественно и неестественно окрашенными; "мысленные" голоса – тихими и громкими, единичными и множественными. Сочетание псевдогаллюцинаций с бредом воздействия или преследования образует синдром Кандинского-Клерамбо.

*Сенестопатии* – разнообразные неприятные, тягостные и просто мучительные ощущения (стягивания, натяжения, переливания, жжения, щекотания, боли и т.д.), возникающие в различных поверхностных частях тела или во внутренних органах, нередко без определенной локализации и трудно поддающиеся четкому описанию. В отличие от галлюцинаций они лишены предметности, не сопровождаются какими-либо соматическими или неврологическими расстройствами.

*Метаморфозии* – искаженное восприятие величины, формы и пространственного расположения реально существующих предметов. При этом окружающие предметы воспринимаются пропорционально, но неестественно уменьшенными – *микросия*, или, напротив, пропорционально,

но неестественно, вплоть до гигантских размеров, увеличенными – *макропсия*. Окружающие предметы могут также восприниматься перекошенными, перекрученными, укороченными, удлинненными, расширенными или суженными – *дисмегалопсия*. Искажение восприятия пространства, сопровождаемое неестественным отдалением или, напротив, приближением предметов, называется *порропсией*.

**Расстройство схемы тела** – искаженное ощущение формы, величины и положения в пространстве тела или отдельных его частей. Оно возникает при наличии зрительного контроля, и при его отсутствии. Все тело резко увеличивается и заполняет собой все то пространство, в котором больной в данный момент находится; язык разбухает и не помещается во рту; голова кажется величиной с булавоочную головку и т.д.

В ряде руководств по психиатрии метаморфопсии и расстройства схемы тела описываются под общим названием – психосенсорные расстройства.

### **Расстройства мышления**

Мышление – это психический процесс, заключающийся в обобщенном отражении существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей.

Мышление – целенаправленная система идей, символов и ассоциаций, возникающая в процессе выполнения задачи и приводящая к выработке правильного решения.

Мышление нормально, если его результатом является логическая система выводов.

Расстройства мышления встречаются при самых различных психических заболеваниях. Наиболее частыми формами нарушений мышления являются следующие:

**Ускорение мышления** – легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно, сочетается с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных связях. Постоянная отвлекаемость от основной темы и непоследовательность высказываний. Образные представления и сравнения доминируют над отвлеченными. Иногда ускорение мышления достигает интенсивности – скачки идей, происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой.

**Замедленное мышление** – число ассоциаций уменьшается, они возникают с трудом. Сознание обеднено представлениями, их содержание однообразно. Часто переносится очень тягостно. Больные говорят в таких случаях, что поглупели или отупели.

**Бессвязное (инкогерентное) мышление** – речь представляет собой набор не связанных смыслом или грамматическим строем слов.

**Обстоятельность (грузность) мышления.** Ассоциации, раз возникнув, надолго не могут исчезнуть из сознания, что мешает появлению новых ассоциаций. Продуктивность мышления снижается. Характерно застревание на несущественных деталях, неумение выделить главное.

**Резонерское мышление (резонерство).** Подмена четких и ясных ответов пространственными и бесплодными рассуждениями на тему заданного вопроса или на темы, не имеющие к вопросу никакого отношения. Обычно сочетается с многословностью.

**Персеверация мышления.** Доминирование в сознании ограниченного числа мыслей и представлений, в связи с чем на разные по содержанию вопросы может быть дан в течение определенного времени только один ответ. Например:

- "Как Вы себя чувствуете?" – Плохо.

- "Что у Вас болит?" – Плохо и т.д.

**Бред (бредовые идеи)** – сложное суждение (умозаключение), возникающее без соответствующих поводов; оно не поддается разубеждению, несмотря на то, что противоречит действительности и всему предшествующему опыту заболевшего. Бред противостоит любому всякому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. Бредовые суждения психически больных всегда так или иначе относятся к ним самим – их жизненному опыту, стремлениям, опасениям, желаниям, знаниям.

По своей психологической структуре и особенностям динамики бред можно разделить на три основные группы:

- первичный;

- образный;

- аффективный;

**Первичный бред.** При нем страдает в первую очередь логическое познание, в то время как чувственное (образное) поражается незначительно. Патологическому толкованию (интерпретации) подвергаются как явления внешнего мира, так и субъективные ощущения. Ложные суждения, подкрепленные доказательствами, разработаны в деталях. Первичный бред стойкий и имеет склонность к прогрессирующему развитию. Длительное время первичный бред может существовать в качестве единственного явного признака психического заболевания. Различают следующие его этапы (периоды): *инкубация, кристаллизация, стереотипизация, терминальный этап.*

В период инкубации возникают догадки, предположения, самые разнообразнейшие сопоставления; патологически толкуются происходящие в данный момент события, человеческие взаимоотношения, собственные ощущения и чувства. Возникает много новых, разрозненных, непонятных, порой противоречивых умозаключений.

Недоверие и настороженность ко всему, что окружает постоянно. Фон настроения определяется напряженностью, тягостными предчувст-

виями, неглубокой тревогой, нередко известной угнетенностью. Французские психиатры сравнивают состояние таких больных с тем, которое наблюдается у лиц, находящихся под следствием. В период инкубации бреда, в отдельные моменты у больного еще колеблется стойкая непоколебимая уверенность в правильности своих умозаключений. Они подвергаются сомнениям; может возникать смутное чувство допущенных здесь ошибок. Время от времени появляется мучительное предчувствие грозящей катастрофы; все исполнено новым непонятным смыслом, все таит угрозу – это так называемое бредовое настроение. Возникая в форме эпизодов, бредовое настроение может быть одним из симптомов перехода начального периода – инкубации в следующий этап развития – этап кристаллизации бреда.

В начальный период второго этапа больные испытывают "озарение", "прозрения", "откровения". Исчезает гнетущее состояние неясности, "все становится понятным". В период кристаллизации происходит объединение в систему прежних разрозненных фактов. Система расширяется за счет все увеличивающихся в своем числе новых представлений, а также патологического истолкования событий прошлой жизни – ретроспективный бред. Создается разработанная в деталях бредовая концепция. В период кристаллизации бреда явно и на продолжительные периоды изменяется поведение больных. Оно теперь может целиком зависеть от особенностей бреда. Если раньше избегали открытых столкновений с мнимыми недоброжелателями или просто врагами, то теперь переходят к активным действиям против них – "симптом активного преследуемого – преследователя". В одних случаях больные ограничиваются многочисленными жалобами и проявляют сутяжное поведение, в других, более редких, случаях – пытаются физически уничтожить своих противников. Бредовое поведение больного с первичным бредом французские психиатры выражают следующей краткой фразой: "он избегает, он защищается, он нападает".

В период стереотипизации бред как бы отливается в одну форму, усложнения его содержания не происходит, а аффективная насыщенность значительно уменьшается. Однако периодически происходят обострения психического состояния, в периоды которых часто могут совершаться противоправные действия.

В терминальном периоде, наступающем спустя многие годы и даже десятилетия после начала болезни, происходит постепенное обеднение бреда и его распад.

Первичный бред может иметь самое различное содержание. В процессе его развития обычно происходит усложнение первоначального содержания и бред из монотематичного становится политематичным. Обычно это усложнение идет в направлении нарастания идей преследования, если только они не существовали с самого начала. Сам же бред преследования усложняется преимущественно за счет идей величия. В судебно-

психиатрической практике наибольшее значение имеют бредовые состояния со следующим содержанием бредовых идей: ревность, ипохондрия, преследование, воздействие, отравление, ущерб, изобретательство, величие, бредовые идеи эротического и сутяжного характера.

*Бред ревности (супружеской неверности)* – непоколебимая убежденность, что лицо, с которым больной находится в супружеских или интимных отношениях, изменяет ему с одним или несколькими лицами. Он "замечает", что близкий человек становится невнимательным, проявляет холодность в интимных отношениях и просто уклоняется от них. Одновременно ему начинает казаться, что тот более внимательно следит за своей внешностью, приходит домой позже обычного времени, выглядит необычно оживленным и смущенным. Со временем больной "обнаруживает", что свидания происходят и вне дома, и в домашней обстановке. Он начинает следить за действиями близкого ему человека, внезапно звонит по телефону на работу, является домой во внеурочное время, проверяет белье и т.п. Постоянны упорные требования больного признать факт измены, угрозы. Бред ревности порой выливается в жестокие насильственные действия, чаще всего убийство близкого человека.

*Ипохондрический бред (бред болезни)* – непоколебимое убеждение лица в имеющемся у него тяжелом или неизлечимом заболевании. Поведение больных различно. Одни упорно разрабатывают методы самолечения. Другие постоянно обращаются к врачам самых различных профессий, требуя обследования и лечения. Такие больные начинают подозревать врачей в плохом к себе отношении, даже в том, что не кто иной, как врач, является виновником его страдания. Насильственные действия против медицинских работников в таких случаях нередки. Разновидность ипохондрического бреда – бред физического недостатка или уродства – *дисморфофобия*. Обычно он касается видимых частей тела – лица, рук, ног, фигуры. Для исправления мнимого физического дефекта больные прибегают к опасным методам самолечения или упорно требуют операций, в том числе и вторых.

*Бред преследования* – непоколебимое убеждение больного в том, что ему хотят нанести физический или моральный вред или просто добиться его гибели.

*Бред воздействия* – непоколебимое убеждение лица, что его мысли, чувства и поступки подвергаются воздействию внешней силы, которая в ряде случаев получает точное определение – воздействие людей, гипноза, электричества, атомной энергии, ультразвука.

*Бред отравления* – непоколебимое убеждение в том, что для нанесения вреда физическому состоянию больного или с целью его уничтожения тайно применяются всякие ядовитые вещества, добавляемые в употребляемую больным пищу, рассыпаемые или распыляемые в воздухе тех по-

мещений, где он находится, на предметы мебели или одежду, которыми он пользуется.

*Бред ущерба* – непоколебимая убежденность в сознательном нанесении больному материального вреда, чаще всего путем порчи, подмены или воровства личных вещей, мебели и продуктов питания. Бред ущерба чаще всего распространяется на лиц ближайшего окружения, в связи с чем его нередко определяют как бред малого размаха.

*Бред изобретательства* – непоколебимое убеждение в том, что сделано теоретическое или практическое открытие, имеющее необычное и даже универсальное значение, и его внедрение облагодетельствует человечество. Всегда сопровождается необычно упорным сутяжным поведением.

*Бред величия* – неправдоподобно-грандиозное преувеличение большими своих духовных и физических сил, здоровья, социального положения и связанных с ними возможностей.

*Бред эротический (любовный)* – непоколебимая убежденность в том, что определенное лицо испытывает к нему любовную страсть и стремится любыми, даже наносящими больному вред, способами добиться его расположения.

*Бред сутяжный* – непоколебимая идея борьбы за восстановление попорченной справедливости, в частности защиты нарушенных прав больного.

*Бред образный* – при нем доминирует нарушение чувственного познания. Бредовые идеи возникают без всякой системы, нередко хаотично. Они не доказываются, а воспринимаются как данность, например, – "я знаю, что меня хотят убить". Господствуют образные представления, напоминающие по своей наглядности и непоследовательности грезы и картины сна. Сознание заполнено ими. Окружающее воспринимается так, как это бывает при иллюзиях. Образный бред всегда сочетается с другими расстройствами. Резко нарушается поведение. Поступки больных непоследовательны и часто носят импульсивный характер (вскакивают на ходу в проходящий транспорт, внезапно спрыгивают с него на полном ходу, бегут не разбирая, совершают внезапные нападения). Могут возникать галлюцинации, проявляться элементы синдрома Кандинского-Клерамбо, вкрапчиваться эпизоды расстроенного сознания. Образный бред всегда сопровождается выраженными изменениями аффекта, чаще в форме напряженной тревоги.

Разновидностями образного бреда являются бред инсценировки и бред значения. При *бреду инсценировки* больные говорят, что кругом все подстроено, их разыгрывают, происходит кино съемка; окружающие люди совсем не те, за кого себя выдают, все их поступки имеют непосредственное отношение к больному; его проверяют, обучают, воспитывают. При *бреду значения* все окружающее принимает символическое значение – черный цвет означает скорую смерть больного; молодая женщина симво-

лизирует спасение и т.д. Этот и иной смысл окружающего очень изменчив. В ряде случаев все воспоминания и восприятия окружающего (предметы, люди, события) получают фантастическое содержание и обозначение. При этом возникает антагонистический бред, при котором все воспринимается как борьба вокруг личности заболевшего двух противоположных сил – добра и зла. Для образного фантастического бреда характерны идеи величия, идеи религиозно-мистического, эротического, а в ряде случаев космического содержания (атомная война, стихийные бедствия, государственные перевороты и т.п.).

*Аффективный бред.* Своим содержанием отражает господствующий аффект и в большей степени приближается к образному бреду, то есть при нем преобладает нарушение чувственного познания. Логический элемент в нем незначителен. Среди депрессивных форм бреда чаще всего встречается *бред самообвинения и греховности* – убежденность в совершении тяжких, аморальных поступков. При *бреду самоуничтожения* моральные и физические качества больного имеют только отрицательные свойства. При *бреду обнищания* существует убежденность в скором или уже имеющемся лишении всех материальных средств. В ряде случаев *депрессивный бред* имеет фантастическое содержание: больной погубил весь мир, никогда не умрет и т.д. – это бред Котара. Когда больные убеждены в том, что их внутренности или организм в целом подверглись разрушению, говорят о *нигилистическом бреде*. Все разновидности депрессивного бреда очень бедны деталями, разработка их содержания обычно отсутствует.

Среди *экспансивных форм бреда* чаще всего возникают идеи величия, реформаторства, исключительных моральных и физических возможностей.

От бредовых идей нужно отличать сверхценные идеи и бредоподобные фантазии.

*Сверхценные идеи* – суждения, возникающие благодаря реальным обстоятельствам. Сопровождаемые необычно сильной, действительно существующей аффективной окраской, они в последующем получают на продолжительные сроки стойкое доминирующее положение по сравнению со всеми остальными мыслями и представлениями.

*Бредоподобные фантазии* – появление в условиях психотравмирующей ситуации, в частности, при аресте, следствии или вскоре после начала срока содержания под стражей, разнообразных по содержанию высказываний, в которых наличествуют идеи величия, преследования, ущерба, самообвинения, высказывания авантюристического или мегаломанического содержания. По сравнению с бредом, они лишены непоколебимой уверенности, изменчивы в своем содержании, зависят от внешних моментов, часто отражают затаенные страхи и желания; сопровождаются рассчитанными на окружающих поведением с элементами игры и театральности; ис-

чезают под влиянием внешних условий, например при переводе из тюрьмы в больницу.

**Навязчивые идеи** – произвольно и непреодолимо возникающие мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, движения, действия, болезненный характер которых осознается, критически оценивается и с которыми субъект постоянно стремится бороться. Навязчивые состояния с известной условностью разделяют на две группы - отвлеченные, не сопровождаемые выраженным аффективным компонентом, и образные, при которых аффективные расстройства постоянны.

*Отвлеченные навязчивости* – навязчивый счет (счет этажей в зданиях, счет проезжающих мимо машин и т.п.); навязчивые припоминания (имен, телефонов, определений), навязчивое мудрствование (умственная жвачка) – возникновение вопросов абстрактного содержания, обращенных к самому себе. Каждый такой вопрос влечет за собой возникновение нового: "Что такое Земля? Где верх и где низ Земли? Почему люди не падают, когда ходят по Земле?" и т.д.

Среди *аффективных навязчивостей* выделяют следующие. *Навязчивые сомнения* – произвольно возникающая мучительная неуверенность в правильности и завершенности совершаемых действий сопровождается их многократной проверкой и повторением. Например, больной десятки раз возвращается, чтобы проверить, хорошо ли заперта входная дверь. *Навязчивые хульные мысли, циничные слова и выражения*, возникающие по отношению к тем, к кому относятся с уважением. *Навязчивые воспоминания* – неотвязное воспоминание какого-либо неприятного или мучительного события прошлого. *Навязчивые влечения* – появление вопреки воле и желанию стремления совершить то или иное, зачастую опасное, действие – ударить находящегося рядом человека, броситься под идущий мимо транспорт и т.д. *Навязчивые действия* – движения, совершаемые помимо желания, например периодическое подергивание плечами.

*Навязчивые страхи (фобии)* – наиболее распространенная форма навязчивых состояний второй группы. Содержание фобий крайне разнообразно: страх перехода улиц и площадей, страх оставаться одному в закрытом помещении, страх острых предметов, высоты, покраснения и т.д. Возникновение аффективно окрашенных навязчивостей всегда влечет за собой появление вегетативных симптомов – тахикардии, потливости, побледнения, головокружения, одышки.

*Навязчивые состояния* часто сопровождаются ритуалами-действиями, которые производят для предупреждения мнимого несчастья: страдающий страхом загрязнения через определенные промежутки времени моет руки; больной, прежде чем сесть, обязательно несколько раз повернется кругом и т.п.

**Импульсивные состояния** – включают в себя импульсивные действия и импульсивные влечения.

*Импульсивные действия* выполняются без борьбы мотивов. Возникают при наличии выраженных расстройств психической деятельности – при образном бреде, состояниях помраченного сознания, кататоническом возбуждении, меланхолическом раптусе. Характеризуется внезапностью и безмотивностью появления, выполняются автоматически. Больной подбегает и наносит незнакомым людям удары, кидает ребенка в воду, совершает агрессивные поступки в отношении неодушевленных предметов – рубит стену дома и т.д.

*Деперсонализация, дереализация, растерянность.* Объединяются преобладанием изменения восприятия собственного "я", окружающего или того и другого одновременно.

*Деперсонализация* – расстройство самосознания (самовосприятия своего "я") с характером изменения или отчуждения своих психических или физических свойств.

*Дереализация* – расстройство восприятия реальности и действительности окружающего, которое кажется отдаленным, безжизненным, неподвижным, застывшим, неотчетливым, бесцветным. К дереализационным расстройствам некоторые психиатры относят феномен "уже услышанного, пережитого, виденного", напротив, хорошо знакомое кажется возникшим впервые.

Деперсонализация и дереализация сопровождаются сознанием их болезненного характера, постоянным самоанализом, изменением настроения обычно в сторону его понижения. Больные затрудняются в точном описании имеющихся у них расстройств, прибегают к сравнениям, часто употребляют такие выражения: "как - будто", "напоминает", "кажется".

*Растерянность (аффект недоумения)* – мучительное непонимание происходящих с собой или окружающим изменений, в ряде случаев то и другое наличествует одновременно. Сопровождается ощущением необычности и необъяснимости совершающегося, которое получает новый, неясный еще смысл. Недоумение проявляется в манере говорить и держать себя. Речь больного бедна словами, он отвечает не сразу, часто словами вопроса. Ответы даются не в утвердительной, а в вопросительной форме. Постоянно встречаются такие высказывания, как "я ничего не пойму", "что-то происходит", "зачем это", "наверное, схожу с ума", "кругом происходит что-то странное" и т.п. Для растерянности характерна повышенная отвлекаемость внимания. При малейших внешних раздражителях (стуках, тикании часов, кашле и т.п.) больные обращаются в сторону звука, нередко повторяя "стучат", "вот часы", "кашляют" и т.д. Это гиперметаморфоз. У больных постоянно имеется смутное сознание необычности своего состояния. Растерянность возникает при остро развивающихся психических нарушениях.

## Расстройства памяти

Память – психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни.

**Амнезия** – отсутствие памяти (беспамятство), относящееся к определенным периодам времени.

**Ретроградная амнезия** – выпадение из памяти прошлых воспоминаний и событий, непосредственно предшествовавших развитию нарушений психической деятельности в форме помрачения сознания или бессознательного состояния. Распространяется на периоды времени от нескольких минут до многих лет.

**Антероградная амнезия** – утрата воспоминаний на события, относящиеся к периоду, непосредственно следующим за окончанием бессознательного состояния, помрачения сознания и некоторых других психических расстройств. Охватывает промежутки времени от минут до часов, дней, редко недель.

**Антероретроградная амнезия** – сочетание обоих типов амнезии – выпадение из памяти ряда событий, как предшествовавших болезненному состоянию, так и следовавших за ним.

**Амнезия фиксационная** – потеря способности запоминать текущие события.

**Амнезия прогрессирующая** – постепенно и последовательно нарастающее опустошение запасов памяти, развивающееся от запоминания событий последнего времени к запоминанию событий прошлого, в том числе и самых отдаленных, касающихся юности и детства.

**Амнезия ретардированная** (отставленная, запаздывающая) – запоминание событий, происходящих во время психического расстройства, в том числе и самих бывших психических расстройств. Происходит не сразу после окончания болезненного состояния, а спустя тот или иной отрезок времени. Поэтому больной сначала может многое рассказать, а позже уже не в состоянии этого сделать.

**Парамнезии** – обманы памяти. Наиболее важными являются псевдореминесценции и конфабуляции.

**Псевдореминесценции** – бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.

**Конфабуляции** (ложные воспоминания) – сообщения о событиях, которых на самом деле не было.

**Конфабулез** – возникновение в короткие промежутки времени обильных конфабуляций, которые образуют либо один связный с последовательно развивающимся содержанием рассказ, либо несколько рассказов с разнообразным, но законченным в пределах одного рассказа содержанием.

## Расстройства эмоций

Под эмоциями (чувствами) подразумевается психический процесс, которым выражается отношение субъекта к самому себе и к различным явлениям жизни.

Эмоции сопровождают все другие психические процессы, их расстройства являются весьма частыми и важными при психических нарушениях. Прежде всего - это расстройства настроения.

**Гипотимия** – сниженное настроение. Больные жалуются на подавленность, уныние, чувство безрадостности, невосполнимой потери, утраты интереса к жизни. У них отмечается *тоска* – преобладание состояния угнетенности, опасений за свое будущее, безысходности.

Эти чувства сопровождаются неприятными ощущениями со стороны внутренних органов: сжатия и тяжести в груди, в сердце, бессонницей, общей заторможенностью. Другим свойством гипотимии является *тревога* – больной испытывает внутреннее, часто необъяснимое волнение, предчувствие надвигающегося несчастья, беды, катастрофы.

Будущее представляется в черном свете. Эти явления также сочетаются с ощущениями со стороны внутренних органов. В отличие от тоскливого состояния с преобладанием малой подвижности больных, при тревоге они беспокойны, мечутся по комнате, не могут найти себе места, ищут помощи. Тревога может сопровождаться *страхом*, когда содержание тревожных опасений сосредоточено на собственном благополучии и жизни.

**Гипертимия** – повышенное настроение. Для них свойственно веселое, беспечное, приподнятое настроение, с подъемом сил, энергии, чувством оптимизма. В рамках гипертимии различают *эйфорию* – неоправданно веселое, беззаботное, безмятежное настроение, бессознательная вспышка радости и счастья. *Дисфория* – состояние с необоснованной мрачностью, угрюмостью, злобным раздражением, ворчливостью, иногда вспышками ярости, гнева и агрессией. **Паратимии** характеризуются несоответствием эмоциональных ответов вызывающей их причине.

**Эмоциональная (аффективная) лабильность** – характеризуется быстрой и частой беспричинной сменой аффективных реакций противоположных полюсов (угрюмо-злобного состояния на радостное).

**Ригидность аффекта** – эмоциональные реакции застревают надолго без достаточной причины, становятся малоподвижными.

## Расстройства воли

Воля – психический процесс, заключающийся в способности к активной планомерной деятельности, направленной на удовлетворение потребностей человека. Деятельность рассматривается как произвольная, целенаправленная тогда, когда она осуществляется в соответствии с пред-

ставлениями о конечных результатах, когда она контролируется на каждом из этапов.

**Гипербулия** – состояния с усилением инстинктивных проявлений, отмечается значительное увеличение количества побуждений со стремлением к жажде деятельности.

**Гипобулия** – состояния с угнетением инстинктивных проявлений.

**Булемия** – усиление пищевого инстинкта с патологическим обжорством.

**Анорексия** – снижение пищевого инстинкта вплоть до полного отказа от еды.

**Гиперсексуальность** – резкое усиление полового влечения и соответствующими поступками.

### Извращение влечений и побуждений

**Навязчивые влечения** – когда побуждения к действию возникают вопреки воле больного, сопровождаются борьбой мотивов и чаще всего не реализуются больным.

**Компульсивные влечения** – неодолимые влечения, когда борьба мотивов быстро угашается, и вся деятельность больного направлена на удовлетворение влечения.

**Импульсивные влечения** – при которых побуждение к действию наступает внезапно, без борьбы мотивов, действия подчиняются побуждению.

Импульсивные влечения часто возникают на фоне пониженного или пониженно-злобного (дисфорического) настроения. Вначале может происходить борьба с желанием совершить тот или иной поступок, однако вскоре влечение становится неодолимым и, подчиняя себе все мысли и желания, реализуется. Часто воспоминания о совершаемых в тот период действиях неотчетливы или отрывочны. В ряде случаев после своего завершения импульсивное влечение осознается как ненормальное состояние и даже критически оценивается. Наиболее частыми формами импульсивных влечений являются запой (*дипсомания*), бродяжничество (*дромомания*, *вагабондаж*), страсть к поджогам (*пиромания*), воровству (*клептомания*), стремление совершить убийство, самоубийство (*гомицидомания*, *суицидомания*) или нанести себе физические повреждения.

К импульсивным близки некоторые формы **нарушения полового влечения**. К ним относятся в первую очередь садизм, мазохизм, фетишизм, эксгибиционизм и другое. *Садизм (алголагния активная)* характеризуется тем, что половое влечение и удовлетворение возникает при нанесении партнеру боли. Совершаемые при этом физические действия могут повлечь за собой смерть партнера. *При мазохизме (алголагния пассивная)* половое возбуждение и удовлетворение лица возможны тогда, когда оно само

подвергается побоям и унижениям, производимыми партнером. *Фетишизм (половой символизм)* состоит в том, что половое возбуждение и удовлетворение у лица возникает при созерцании, ощупывании или прикладывании к телу различных вещей, в первую очередь одежды лица противоположного пола. Для обладания этим предметом нередко совершаются кражи. *При эксгибиционизме* половое возбуждение и удовлетворение возникает тогда, когда лицо обнажает собственные половые органы перед лицом противоположного пола.

Кроме того, существуют и другие формы нарушения полового влечения: *гомосексуализм* (совершение половых актов с лицами своего пола); *скотоложство* (половые контакты с животными); *педофилия* (половое влечение к детям); *геронтофилия* (половое влечение к лицам пожилого возраста); *вуаеризм* – характеризуется тем, что половое возбуждение и удовлетворение у лица возникает при подглядывании за совершением полового акта другими.

Симптомы *расстройств регуляции произвольной деятельности (гипокинезия)* - двигательная заторможенность с уменьшением и замедлением движений, вплоть до полной обездвиженности – *ступор*; *мутизм* – утрачивается способность говорить при сохранности функций центрального мозгового аппарата речи. *Гиперкинезия* – повышенная двигательная активность, целенаправленная или хаотичная, с речевым бессвязным возбуждением, своеобразной некоординированной мимикой, гримасничанием.

**Негативизм. Восковая гибкость. Манерность.** (см. краткий словарь медицинских терминов).

## 2. Основные синдромы психических болезней

Синдромы представляют собой определенную совокупность внутренне связанных друг с другом симптомов. Последовательная смена синдромов образует клиническую картину болезни и отражает патогенетические закономерности ее развития.

Приводимые ниже синдромы располагаются в последовательности, начиная с наиболее легких и ограниченных и кончая наиболее тяжелыми и генерализованными.

**Невротические синдромы.** Чаще всего встречаются астенический, истерический синдром и синдром с преобладанием навязчивых расстройств.

**Астенический синдром.** Наиболее общее и распространенное психическое расстройство. Возникает при любых психических заболеваниях. Характеризуется такими признаками, как раздражительность, слабость, гиперестезия, повышенная утомляемость и неустойчивое настроение. У больного легко теряется самообладание – появляется ворчливость, недовольство, придирчивость, пессимизм, легко сменяющийся оптимизмом и

покладистостью. Из-за пустяков возникают слезливость, умиленность или чувство обиды. При физических и умственных нагрузках быстро появляются усталость, чувство неприязни к выполняемой работе, представление о ее невыполнимости. На месте не сидится. В голове появляются мысли, не имеющие отношение к работе и мешающие ее выполнению. Сочетания раздражительности и слабости различны, и в зависимости от этого больной больше сердится или меньше плачет. Симптомы астении усиливаются во вторую половину дня и к вечеру. В это время перед засыпанием может возникнуть ментизм.

Характерны расстройства сна и вегетативные нарушения – потливость, тахикардия, вазомоторные расстройства.

*Истерический синдром.* Эмоциональная неустойчивость проявляется бурными, но быстро сменяющимися чувствами возмущения, радости, неприязни, симпатии. Речь образная, преобладают явные преувеличения реальных событий, в которых желаемое замещает действительное. Мимика и движения выразительны, экспрессивны, порой театральны. Характерна повышенная внушаемость и самовнушаемость. Наряду с психическими нередко существуют разнообразные физические симптомы.

*Навязчивый (обсессивный) синдром.* Преобладают стойкие навязчивые расстройства. В одних случаях это всего лишь один какой-нибудь симптом (например, навязчивый счет), в других – отмечаются самые различные навязчивые состояния. Характерно постоянно тревожное или тревожно-подавленное настроение.

*Эмоциональные (аффективные) синдромы.* Это наиболее общие психические нарушения; по частоте они уступают только астении. Их основу составляют расстройства настроения – совокупность чувств, придающих окраску всем другим переживаниям на протяжении значительных периодов времени.

*Маниакальные синдромы.* Незначительно повышенное настроение, облегчение ассоциативных процессов, некоторая общая двигательная оживленность (гипертимия). При нарастании перечисленных симптомов появляются радостное и оптимистическое настроение, потребность в смене впечатлений, чувство физического комфорта и прилива сил. Больные говорливы и находчивы в ответах. Внимание обострено, но не стойко и легко отвлекаемо. Лихорадочная деятельность носит разбросанный характер, начатое не доводится до конца. Это *веселая мания*.

*Гневливая мания* – повышенное настроение и речедвигательное возбуждение сопровождаются раздражительностью, вспышками негодования и даже злобой.

*Спутанная мания* – резко выраженное повышенное настроение сочетается бессвязным речевым и двигательным возбуждением.

*Эйфория* – повышенное настроение, проявляется в первую очередь довольством, беспечностью и безмятежностью. Преобладает пассивность.

Отсутствует или слабо выражено речевое возбуждение. Заметно и даже резко снижены уровень суждений, критическое отношение к себе и к окружающему. Нередко значительно расторможены низшие влечения, приводящие к обжорству, пьянству, половым эксцессам.

*Рауш-мания* – повышенное настроение сочетается с легким изменением сознания – его обнубиляцией. Больные внешне производят впечатление находящихся в легком опьянении.

*Мориа* – состояние веселого возбуждения с дурашливостью, детскостью или паясничаньем, стремлением к глупым, плоским шуткам; сочетается с отчетливой интеллектуальной слабостью.

*Депрессивные синдромы.* Незначительное понижение настроения, сопровождаемое некоторым затруднением ассоциативных процессов, а в ряде случаев медлительностью, называется гипотимией. Больные жалуются на слабость, лень, вялость, угнетенность. Не верят в свои силы, легко сомневаются в правильности поступков, с трудом принимают решение. Преувеличивая реальные затруднения, упрекают себя за малодушие и невозможность "взять себя в руки". Может наблюдаться слезливость, раздражительность, обидчивость. В состоянии гипотимической депрессии очень легко совершаются суицидальные попытки. При углублении подавленного настроения больные начинают жаловаться на тоску. Характерно проявление тягостных ощущений в области груди, реже живота. Их описывают как чувство стеснения, сдавления, сжатия, тяжести, невозможности глубоко вздохнуть. При усилении этих нарушений говорят о щемящей тоске, о том, "что душу сдавило или рвет на части". Некоторые больные говорят о моральной боли, противопоставляя тем самым испытываемые ощущения физической боли (предсердечная тоска). Одновременно возникает тягостное ощущение равнодушия, доходящего в выраженных случаях до мучительного ощущения внутренней опустошенности с потерей всех чувств, – психической анестезии, являющейся формой проявления меланхолической деперсонализации. Может возникать ощущение измененности окружающего – оно теряет краски, становится застывшим, отдаленным, воспринимается "как сквозь пелену". Нередки жалобы на медленное течение времени, на ощущение его остановки (меланхолическая дереализация). Характерна для депрессивных больных сниженная самооценка может смениться бредом самоуничижения, самообвинения. У пожилых больных часты бредовые идеи разорения и обнищания. В других случаях может возникнуть представление о наличии неизлечимого заболевания – депрессия с ипохондрическим бредом. Когда больной говорит о прекращении функционирования сердца, легких, почек, желудочно-кишечного тракта в связи с их разрушением или атрофией, говорят об ипохондрической депрессии с нигилистическим бредом.

*Депрессия с фантастическим депрессивным бредом* (меланхолическая парафрения, депрессия с бредом Котара) характеризуется тем, что

больные называют себя именами отрицательных лиц; приписывают себе виновность в мировых катаклизмах; уверены в гибели окружающих, страны, вселенной; утверждают, что они никогда не умрут и будут мучиться вечно.

*Ажитированная депрессия* – тоскливое настроение, сочетается с тревогой (аффект ожидания беды), речевым и двигательным возбуждением. Тревога может быть беспредметной; в других случаях говорят об ожидании суда, расстрела, пыток, гибели близких. Обычно больные много говорят. Содержание высказываний крайне однообразно и отражает особенности аффекта и бреда.

*Ажитация* – двигательное возбуждение, сопровождаемое тревогой, проявляется в неусидчивости, постоянной ходьбе, назойливом приставании к медицинскому персоналу, к окружающим с какой-нибудь одной просьбой. Ажитация может проявляться во внезапном двигательном возбуждении, во время которого пытаются убить или изувечить себя. Это *меланхолический раптус*.

*Депрессия параноидная* – сочетание подавленно-тоскливого настроения с идеями преследования, отравления или ущерба.

*Дисфорическая депрессия (дисфория)* – состояние, при котором пониженный аффект сочетается с раздражением и неприязнью. Степени выраженности каждого из двух компонентов и их соотношения друг с другом различны. В легких случаях подавленность сочетается с придирчивостью, иронией и язвительностью. В выраженных состояниях возникает тоска, сочетающаяся со страхом, с отчаянием, напряженной злобой и даже с иступленной яростью. Может наблюдаться двигательное торможение, но чаще больные "не находят себе места" вплоть до состояния резко выраженной ажитации. При тяжелых дисфориях может возникать отрывочный бред преследования или бред иного содержания и наблюдаться состояния измененного сознания. Дисфории иногда сопровождаются различными импульсивными действиями, агрессивным поведением по отношению к окружающим, самоповреждениями и самоубийствами.

#### ***Галлюцинаторно-параноидные синдромы.***

*Паранойальный синдром* возникает и существует на фоне ясного сознания. Он определяется систематизированным интерпретативным бредом различного содержания (преследования, ревность и т.д.). При изложении бреда типична обстоятельность, связанная с обилием доказательств, так называемая бредовая обстоятельность.

*Параноидный синдром* – сочетание бредовых идей преследования (отравление, ущерб, нанесение физического вреда) с вербальными галлюцинациями, проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо или с теми и другими одновременно. В одних случаях преобладает бред, в других – сенсорные расстройства (галлюцинации и т.д.).

*Кандинского-Клерамбо синдром* (синдром психического автоматизма) – сочетание бредовых идей, в первую очередь идей преследования, с идеями психического и физического воздействия, а также отчуждение мыслей, чувств и поступков. Это сложное психопатическое нарушение, в котором различают три группы расстройств.

*Ассоциативный автоматизм* развивается обычно первым. Его инициальным проявлением является ментизм (непроизвольно возникающий, неуправляемый, быстрый и безостановочный поток мыслей или мысленных представлений (или чувство овладения), ощущение, что субъект не принадлежит самому себе, что им владеет потусторонняя сила). Из других расстройств при ассоциативном автоматизме встречаются: насильственное воспоминание прошлого; симптом открытости (ощущение, что мысли больного известны окружающим); "эхо-мысли" (все, что думает больной, окружающие повторяют вслух); слуховые и зрительные псевдогаллюцинации или, напротив, насильственно исчезающие из головы мысли, ощущение воздействия на чувства, их насильственное изменение.

*Сенестопатический автоматизм* – разнообразные по характеру (нередко в форме боли) и локализации ощущения с характером сделанности.

*Двигательный (кинестетический) автоматизм* – совершение вопреки желанию различных движений и поступков (в том числе движений языка, а в ряде случаев высказываний вслух), ощущаемых как насильственные.

Этот принудительный характер всей психической деятельности при синдроме Кандинского-Клерамбо может соотноситься с конкретными формами воздействия (гипнозом, электричеством, атомной энергией, особыми лучами и т.д.) – бред воздействия.

*Галлюциноз* – состояние непрерывного галлюционирования с преобладанием какого-либо одного вида галлюцинаций (значительно реже их сочетания), в то время как остальные психопатологические расстройства (в первую очередь бред) отступают на второй план или совсем отсутствуют. Возникает при ясном сознании и достаточно сохранной ориентировки всех видов. Чаще всего встречаются слуховые (вербальные), зрительные и тактильные галлюцинозы.

*Парафренный синдром* – сочетание фантастических по содержанию бредовых идей, психических автоматизмов, галлюцинаций и нередко конфабуляций. В ряде случаев происходит изменение своего "я", сопровождаемое всегда бредом величия. Например, больной считает себя известным государственным деятелем, способным преобразовать мир, основать новые государства, религии, культуры, его преследуют воздействием из межпланетного пространства и т.п.

#### ***Синдромы двигательных нарушений.***

*Кататонический синдром* определяется возбуждением (кататоническое возбуждение) или обездвиженностью (кататонический ступор). Чаще

возбуждение предшествует ступору. Вначале кататоническое возбуждение носит патетический характер: повышено-возбужденное настроение, высокопарная речь, размашистые, преувеличенно-выразительные движения. Больные то бессмысленно противодействуют (негативизм), то выполняют все, к чему их принуждают или о чем просят (пассивная подчиняемость). При нарастании возбуждения появляется дурашливость: больные принимают неестественные позы, кувыркаются, паясничают, гримасничают, кривляются; характерны неуместные грубые шутки и бессмысленный смех (гебефреническое возбуждение). Более глубокая степень расстройств – импульсивное возбуждение, внезапное совершение действий, не имеющих отношения к предшествующему поведению: больные набрасываются на окружающих, бегут не разбирая пути, рвут одежду и т.д. Их речь состоит из повторения одних и тех же слов или фраз (вербигерация); повторяются слова, произносимые окружающими (эхолалия). В тяжелых случаях возбуждение хаотично, состоит лишь из отдельных компонентов двигательных актов. Появляются простейшие движения – ползание, хватание, раскачивание корпусом. Речь может исчезнуть совсем.

*Кататонический ступор* - определяется невозможностью получить от больного ответы (мутизм) и обездвиженностью с мышечным напряжением. Больные не реагируют ни на внешние раздражители, ни на собственное состояние. Они подолгу могут находиться в одной и той же, зачастую неудобной, позе. При определенной интенсивности мышечного напряжения больные сохраняют приданное их конечностям или туловищу положение – восковая гибкость (ступор с проявлениями восковой гибкости). Иногда, напротив, они оказывают молчаливое сопротивление попыткам накормить, сменить одежду и т.д. (ступор с негативизмом). В наиболее тяжелых случаях больные с закрытыми глазами лежат неподвижно в скорченной позе. Все их мышцы резко напряжены (ступор с оцепенением).

Неполная обездвиженность с частичным мутизмом, пассивной подчиняемостью или легким негативизмом называется субступором.

*Депрессивный ступор* возникает на высоте депрессивного аффекта. Выражение лица и поза всегда отражают внутреннее состояние больного. Отсутствуют негативизм и восковая гибкость.

Умелым расспросом у больного всегда можно получить хотя бы односложные ответы и соответственно представление об имеющихся расстройствах.

*Психогенный ступор* может сопровождаться полной обездвиженностью и мутизмом. Ему часто сопутствуют резкие вегетативные симптомы, связанные с повышением тонуса симпатической нервной системы. При разговорах, касающихся психотравмирующей ситуации, у больного нередко изменяется выражение лица.

*Галлюцинаторный ступор* – состояние продолжительной обездвиженности, возникающее на высоте галлюцинаторных расстройств, в пер-

вую очередь вербальных галлюцинозов. При общей неподвижности меняющееся выражение лица отражает содержание обманов восприятия.

**Синдромы помрачения сознания** – преходящие, кратковременные (часы, дни, изредка недели) нарушения психической деятельности, для которых характерно сочетание таких признаков, как частичная или полная отрешенность от окружающего; различные степени дезориентировки в месте, времени и окружающих лицах; нарушение мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений; полное или частичное забывание происходивших событий.

**Оглушение** – помрачение сознания с обеднением психической деятельности. При его легких степенях – *обнубиляция сознания* – преобладают вялость и пассивность, движения замедлены, речь обеднена. Больным трудно сосредоточиться, дать нужный ответ, о чем-либо спросить. Они плохо осмысливают происходящее. Настроение безразличное или с оттенком беспечности. При выраженном оглушении с трудом понимают даже простейшие вопросы; ответы неточны, односложны или совсем отсутствуют. Больные находятся в дремотном (*сомнолентном*) состоянии. Окружающие не привлекают их внимания. При дальнейшем нарастании оглушенности возникает *сопор* – глубокий, патологический сон, при котором нередко отсутствуют реакции даже на физические раздражения (уколы и т.п.), а затем развивается *кома*, во время которой нарушаются дыхание, сердечная и рефлекторная деятельность.

**Делирий** (делириозный синдром) – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения. Это самая частая форма помрачения сознания. В продроме отмечают: наплывы образных сценopodobных воспоминаний, настроение крайне изменчиво (восторженность, раздражительная капризность, беспокойство, подавленность, судорожная веселость), неусидчивость, гиперэкспрессивные двигательные реакции. При развернутом делирии наблюдается наплыв зрительных, в ряде случаев сценopodobных, галлюцинаций, разнообразные зрительные иллюзии и парейдолии. Больные много двигаются, живо реагируют на появление обманов восприятия. Иногда у них возникает резкое двигательное возбуждение в виде защиты или бегства. Высказывания отрывочны, непоследовательны, иногда состоят лишь из отдельных слов или выкриков. Настроение изменчиво: тревожное любопытство, плаксивость, склонность к шуткам сменяются страхом и паникой. Характерно наличие бредовых высказываний, отражающих содержание зрительных галлюцинаций (галлюцинаторный бред). Могут возникать слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, расстройства схемы тела. Сознание своего "я" сохранено, но в обстановке больные ориентированы ложно (пребывая в больнице, считают, что находятся на работе среди своих сослуживцев и т.д.). Периодически возникают так называемые светлые промежутки, во время которых расстрой-

ства или исчезают, или значительно ослабевают в своей интенсивности. При углублении помрачения сознания галлюцинации, иллюзии, бред и другие расстройства ослабевают, а начинает преобладать двигательное возбуждение со стереотипными действиями в форме обыденных привычных поступков, иногда имеющих отношение к профессии – профессиональный делирий (бред занятий). Интенсивность делириозных расстройств усиливается к вечеру и ночью.

Воспоминания о периоде помрачения сознания отрывочны; при профессиональном делирии наблюдается полная амнезия.

*Онейроид (онейроидный синдром)* – сновидное, грезоподобное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Вначале существует иллюзорное восприятие окружающего, сочетающееся с фантастическими представлениями. При развернутом, полном онейроиде происходит наплыв непроизвольно возникающих в сознании ярких и фантастических зрительных псевдогаллюцинаций, которые то полностью овладевают сознанием больного, и он не замечает окружающего, то причудливо сочетаются с отдельными картинами окружающей обстановки. Преобладает заторможенность, реже, на короткие периоды, возникает возбуждение. Характерен внешний облик больных, который психиатр прошлого столетия Вильгельм Гризингер описывал так: "Они безмолвны, бездеятельны, почти неподвижны и только взгляд, в котором попеременно возникает восторг, отрешенность, страх или обращенное внутрь себя изумление, свидетельствует о том, что с ним происходит что-то необычное".

Позже, по прошествии психоза, больные рассказывают, что в те периоды они были свидетелями и действующими лицами грандиозных событий настоящего или далекого, иногда доисторического, прошлого (межконтинентальные и межпланетные путешествия, картины средневековых и атомных войн, гибель миров или их возрождение). Рассказы о пережитом могут быть отрывочны, но нередко представляют собой длинные, изобилующие деталями повествования.

*Аменция (аментивный синдром)* – помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. Речь состоит из отдельных, не связанных по смыслу слов. Их произносят тихо, громко, выкрикивают, нараспев. Некоординированное двигательное возбуждение происходит на очень ограниченном пространстве. Лицо больных выражает недоумение. Они однообразно и беспорядочно мечутся. Иногда двигаются только руки: что-то перебирают, тянут, ощупывают. У больных легко наступает утомление, и они на время замолкают, находясь в состоянии, близком к прострации. Аменция может сопровождаться отрывочными бредовыми идеями и галлюцинациями. Характерна полная амнезия психотического периода. Продолжительность аменции – от нескольких дней до недели.

*Сумеречное помрачение сознания.* Развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда дни), столь же внезапно исчезает, сменяясь чаще всего глубоким сном. Иногда отмечается только глубокая дезориентировка всех видов (в месте, времени, собственной личности) с сохраненностью привычных автоматизированных движений, в связи с чем больные могут даже не привлечь к себе внимание окружающих. Это простая форма сумеречного помрачения сознания. Если при этом больные непроизвольно блуждают, то говорят об амбулаторном автоматизме. В других случаях отмечается речедвигательное возбуждение, страх, злоба, устрашающего содержания зрительные галлюцинации, бредовые высказывания. Находящийся в таком состоянии больной может совершить необычно жестокие акты агрессии. Позже следует либо полная амнезия психотического эпизода, либо сохраняется смутное воспоминание отдельных бывших расстройств, которые затем забываются (ретардированная амнезия). Встречаются сумеречные состояния сознания, при которых сохраняется элементарная ориентировка в месте, окружающих людях. С такими больными можно вступить в разговор, получить некоторые ответы. Это ориентированные сумеречные состояния сознания. После их исчезновения может наблюдаться полная амнезия.

*Патологические просоночные состояния* (опьянение сном) – разновидность сумеречного помрачения сознания. Они имеют важное судебно-психиатрическое значение. Возникают при замедленном пробуждении от глубокого сна, сопровождаемого яркими, в том числе и кошмарными, сновидениями. В этих случаях прежде всего от сонного торможения освобождаются функции, имеющие отношение к движениям, в то время как высшие психические функции, составляющие сознание, еще находятся в той или иной степени торможения. У полупробудившегося человека остаются сновидения, воспринимаемые им как действительность. Они переплетаются с неправильным восприятием окружающего. Возникает страх – и совершаются соответствующие патологическим переживаниям опасные для окружающих поступки. Патологические просоночные состояния заканчиваются сном. В памяти могут сохраниться обрывки бывших сновидений.

Нередко вместо понятия "состояние помрачения (изменения) сознания" психиатры используют в качестве его синонима понятие "спутанность сознания". Употребление последнего наиболее правильно в тех случаях, когда возникают интенсивно выраженные психические расстройства, которые как бы заполняют сознание больного и нарушают тем самым его правильную ориентировку в месте, времени, окружающем. Чаще всего о спутанном сознании говорят при наличии интенсивного слухового галлюциноза, маниакального и выраженного кататонического возбуждения.

Здесь правомерно употреблять такие выражения, как "галлюциаторная спутанность", "маниакальная спутанность", "кататоническая спутанность".

Состояния помрачения сознания и состояния спутанности сознания определяются одновременным нарушением рационального познания (утратой способности отражения внутренних связей, явлений действительности) и нарушением чувственного познания.

Происходит полное нарушение познавательного процесса, отсутствующее при других психопатологических расстройствах, когда обычно нарушается в той или иной мере только одна из сторон познания.

*Припадки (пароксизмы)* – внезапно развивающиеся непродолжительные (транзиторные) состояния помрачения сознания различной глубины (вплоть до полной его утраты), сочетающиеся с двигательными нарушениями, в первую очередь в форме различных судорог.

*Большой эпилептический припадок.* При нем развитие нарушений происходит в определенной последовательности. Припадку может предшествовать продром – общее недомогание, разбитость, головные боли, изменения настроения, продолжающиеся часы – сутки. Собственно припадок нередко начинается с *ауры*. Во время ауры больные не воспринимают окружающее, но содержание ауры остается в памяти. У каждого больного отмечается одна и та же постоянная форма или формы ауры. Иногда припадок ограничивается только этим расстройством. Обычно же вслед за аурой развивается тоническая фаза припадка, сопровождаемая мгновенной утратой сознания. Из-за тонического сокращения всех мышц больной валится как подкошенный. Нередко при этом он издает крик, вой или стон и при падении может нанести себе тяжелые и опасные для жизни телесные повреждения. Тонические судороги продолжаются и после падения. Руки и ноги вытягиваются, приподнимаются несколько вверх, челюсти сжимаются, зубы стискиваются, дыхание прекращается. Вначале лицо бледнеет, но через мгновение синеет. В ряде случаев происходит непроизвольное мочеиспускание или дефекация. Тонические судороги продолжаются не более одной минуты. Затем возникает клоническая фаза, появляются клонические судороги – прерывистые сокращения мышц конечностей, туловища, шеи. Их частота на протяжении нескольких минут сходит на нет, и возникает мышечное расслабление. Во время клонических судорог отмечается хриплое дыхание, выделение слюны, которая может быть окрашена кровью из-за возникающих во время тонических судорог прикусов языка или слизистой оболочки щек. Постепенно исчезает синюшность лица. Вслед за клоническими судорогами возникает кома, сменяющаяся сопором. Далее наступает сон или же постепенно проясняется сознание. О самом припадке воспоминаний не остается, но о том, что он был, больные судят на основании последующей разбитости, головных болей, болей в теле, ушибов. Если большой судорожный припадок ограничивается какой-нибудь одной фазой судорог или же они не выражены в своих проявлениях, то говорят об abortивных припадках.

*Припадки Джексона* (частичные эпилептические припадки) встречаются при симптоматической эпилепсии в тех случаях, когда очаг поражения локализуется в височной доле или близлежащих областях. Припадок начинается с тонических или клонических судорог одной половины тела, захватывающий вначале пальцы рук или ног. Глазные яблоки, голова и туловище поворачиваются при этом в одну сторону (адверзивный припадок). Сознание утрачивается только на высоте припадка, когда судороги распространяются и на другую половину тела.

*Диэнцефальные (вегетативные) припадки.* Внезапно появляется озноб, тахикардия, потливость, слюнотечение. Лицо бледнеет или краснеет. Повышается артериальное давление. Больные испытывают шум в ушах, головокружение, чувство дурноты. Характерен выраженный страх, резкая слабость. Продолжительность припадка – от нескольких минут до 1-2 часов. В конце может возникнуть позыв на мочеиспускание, дефекацию, чувство голода или жажды.

*Истерический припадок* сопровождается двигательными расстройствами без судорожного компонента. Возникает после волнений и иных психогенных моментов. Падение происходит постепенно. Часто больные просто оседают на пол. Двигательные расстройства проявляются в ритмичных и размашистых движениях рук и ног в плечевых и тазобедренных суставах с одновременным приподниманием и опусканием тела. Часто во время припадка больные начинают кататься, выгибаться, опираясь только на голову и пятки (истерическая дуга), кусать руки, рвать волосы, разрывать одежду. Припадок может сопровождаться криками, рыданиями, скрежетом зубов. Глазные яблоки обычно закатываются, что нередко делает невозможным проверить реакцию зрачков на свет. Присутствие посторонних людей всегда усиливает проявление истерического припадка, делает его более продолжительным – до часа и более. Резкие внешние проявления (болевые, обливание холодной водой и т.п.) могут прервать припадок. Воспоминания о периоде припадка фрагментарны. После припадка больные чаще всего испытывают разбитость.

*Корсаковский (амнестический) синдром.* Определяется триадой психических нарушений: амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями. Амнестические расстройства проявляются в полном или частичном нарушении памяти на текущие события (фиксационная амнезия). Память прошлых событий может оставаться достаточно сохранной, однако чаще наблюдаются те или иные степени ее нарушения (ретроградная амнезия), захватывающие периоды продолжительностью от недель до нескольких лет. Больные не в состоянии запомнить текущие события, не могут определить время, сказать, где находятся, кто их окружает, с кем только что говорили, что делали. У них нарушена пространственная ориентировка – не находят своей постели, не могут запомнить расположение помещений отделения больницы и т.д. Конфабуляции возникают при расспросах, а не спонтан-

но. Их содержание касается преимущественно фактов обыденной жизни или ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью. Изредка встречаются конфабуляции фантастического содержания. Специально задаваемыми вопросами можно направить конфабуляторные высказывания в определенную сторону. Это свидетельствует о повышенной внушаемости больных. Множественные конфабуляции встречаются при сравнительно неглубоких расстройствах памяти, в то время как резкие нарушения памяти часто сопровождаются бедными конфабуляциями. Это означает, что параллелизм между степенью мнестических нарушений и интенсивностью конфабуляций совсем не обязательное явление. У больных преобладают вялость, пассивность, снижение побуждений, утомляемость. Известное сознание болезни, в частности в отношении расстройств памяти, наблюдаются постоянно. Обычно больные стремятся примитивными приемами скрыть мнестический дефект.

**Синдром слабоумия.** Выделяют приобретенное слабоумие, возникающее в результате перенесенных заболеваний. Последнее называют деменцией. В зависимости от нозологической природы заболевания выделяют сенильное, паралитическое, травматическое, эпилептическое и другие формы слабоумия.

По степени выраженности выделяют слабоумие тотальное, или полное, и слабоумие частичное (лакунарное, очаговое).

Тотальное слабоумие определяется глубоким нарушением критики или полным ее отсутствием. У больных резко снижен уровень суждений и расстроена память. Мышление обыденно и непродуктивно. Преобладает безразличие и беспечность. Прежние индивидуальные особенности характера утрачены. Если раньше наблюдались различные позитивные симптомы, то есть психические расстройства, то теперь их нет. Остаются только "развалины душевной организации" (Маудсли).

Наряду с выраженными формами слабоумия существуют легкие формы ослабления психической деятельности. Их определяют понятием "снижение уровня личности". В этих случаях происходит снижение работоспособности, в первую очередь касающееся профессии, появляется стойкая утомляемость, иногда ухудшается память, бледнеет круг прежних интересов. Одни личностные черты могут сглаживаться, другие, напротив, заметно усиливаться, однако прежняя индивидуальность в целом сохраняется в достаточной мере. Снижение уровня личности стационарно или постепенно сменяется симптомами слабоумия. В психиатрической литературе получил широкое распространение термин "психоорганический синдром". Это симптомокомплекс нарушений памяти, интеллекта и аффективности. Для большинства болезней, сопровождаемых психоорганическим синдромом, характерна астения. В зависимости от нозологической природы заболевания, определяющие психоорганический синдром нарушения, сочетаются друг с другом в различных соотношениях. Так при

Корсаковском психозе, старческом слабоумии и т.д. доминируют расстройства памяти; при прогрессивном параличе или болезни Пика страдает интеллект; при опухолях мозга определенной локализации преобладают аффективные расстройства и т.д. Свойственные психоорганическому синдрому нарушения отличаются различной степенью выраженности. Если они легкие – говорят об органическом нарушении уровня личности; если тяжелые – их определяют термином "органическая деменция", парциальная или тотальная. В развитии органического психосиндрома выделяют астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический варианты (стадии).

### **Контрольные вопросы**

1. Расстройства восприятия. Иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации. Их основные виды.
2. Мышление в норме и патологии. Интеллект. Расстройства мышления.
3. Бред. Навязчивые и сверхценные идеи.
4. Формы нарушений памяти (виды амнезии, конфабуляции). Значение расстройств памяти в судебно-психиатрической практике.
5. Общее понятие об эмоциях. Виды эмоциональных нарушений при различных психических заболеваниях (маниакальный и депрессивный синдром, эмоциональная слабость).
6. Понятие о волевой функции. Виды нарушения волевой активности при психических заболеваниях (повышение, понижение, импульсивные действия, расстройства влечений).
7. Синдромы расстройств сознания (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания).
8. Кататонические синдромы.
9. Синдромы слабоумия. Врожденное и приобретенное слабоумие.

## ГЛАВА 11

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

#### 1. Шизофрения

Шизофрения (раннее слабоумие, Блейлера болезнь) – прогрессирующее психическое заболевание, проявляющееся самыми различными психопатологическими симптомами – от легких и преходящих до тяжелых и стойких, сопровождающееся изменениями личности в виде снижения психической активности, аутизма, утраты единства психических процессов, нарушения мышления (так называемый шизофренический дефект).

Шизофрения отличается многообразием клинических проявлений на всех этапах своего развития, но основными параметрами являются все же тип течения болезни и особенностей, характеризующих болезнь симптомов.

Правильное их определение способствует разрешению проблем терапии, трудового и социального прогноза.

Последний включает и разрешение вопросов, относящихся к компетенции судебной психиатрии.

В зависимости от типа течения болезни выделяют три основные формы шизофрении:

1. Непрерывную;
2. Периодическую (рекуррентную);
3. Приступообразно-прогредиентную (прогрессирующую).

#### Судебно-психиатрическая оценка

Около 50% лиц, признаваемых невменяемыми, страдают шизофренией. Это объясняется особенностью клинических проявлений и относительной частотой данного заболевания.

Если у больного обнаруживается отчетливая клиническая картина шизофрении или явные признаки дефекта, то трудностей при судебно-психиатрической оценке не возникает. Согласно ст. 21 УК РФ такие больные признаются невменяемыми; по решению суда направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Больные шизофренией могут совершать общественно опасные деяния на разных этапах болезни. Определенную опасность больные шизофренией представляют в начале заболевания, что связано с особенностями психопатологических проявлений. У одних больных преобладают психопатоподобные симптомы, расстройства настроения и влечений, параной-

яльность, у других – остро развиваются страх, образный бред, галлюцинации, растерянность, кататонические симптомы, среди которых бывают импульсивные действия.

### **Пример**

*Гр. Ф., 19 лет, обвинялся в том, что без всякого повода нанес удары топором гражданке Б. Обвиняемый Ф. рос и развивался правильно. По характеру был спокойным, общительным. В школу поступил в 8 лет, окончил семь классов и ремесленное училище. Работал на заводе модельщиком, с работой справлялся.*

*За несколько дней до правонарушения у гр. Ф. появилась тревога, подозрительность, настороженность. По словам его матери, он повторял, что ему "что-то подстроили", перестал есть. В день правонарушения гр. Ф. пошел по дороге, у него возник страх, по его словам, он стал "блудиться", "крутиться", бегать по лесу. Считал, что его преследуют, "в поле увидел мужчину с косой в руке", появилась мысль что этот человек должен его убить, хотел бежать, но почему-то, напротив, подошел к этому незнакомому мужчине. О дальнейших событиях рассказать ничего не может. Пришел в себя в психиатрической больнице, где также продолжал испытывать страх, плохо спал.*

*Из материалов уголовного дела известно, что гр. Ф. прибежал в деревню к дому гр. Б., взял с телеги топор и стал рубить им стену дома. Все это он делал молча. Когда из дома вышла гр. Б. с целью успокоить гр. Ф. он нанес ей два удара топором. Затем, по показаниям свидетелей, гр. Ф. то вставал на колени и просил прощения, то был злобен, нецензурно бранился, то вдруг начинал плясать.*

*Гр. Ф. среднего роста, правильного телосложения. На верхушке сердца прослушивается систолический шум, имеется акцент 2 тона на легочной артерии (недостаточность двустворчатого клапана). Остальные внутренние органы без отклонения от нормы.*

*При неврологическом обследовании признаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено.*

*Гр. Ф. малодоступен, растерян, тревожен, часто испуганно озирается по сторонам, в контакт с врачом вступает формально.*

*Сведения о себе сообщает непоследовательно, путанно. Себя считает психически здоровым, неохотно принимает лечение, просит отпустить его домой и наряду с этим жалуется на страх, тревогу, ожидание чего-то тяжелого. Не может понять, что с ним происходит, где он находится, кто его окружает. Правонарушения не отрицает, но не может рассказать, как оно произошло. Повторяет, что в то время "ему было страшно", "все мерещилось, крутилось". В отделении остается растерянным, временами суевливым, часто бесцельно бродит по палате и ко-*

*ридору, испытывает страх. С окружающими не общается. Критика к своему состоянию и создавшейся ситуации отсутствует.*

**Заключение:** *Гр. Ф. страдает психическим заболеванием в форме шизофрении; в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в состоянии острого болезненного расстройства психической деятельности, невменяем. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.*

Особенности судебно-психиатрической оценки вялотекущей формы шизофрении заключается в трудности распознавания из-за стертости клинических проявлений.

Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у таких больных могут расцениваться, как характерологические особенности, а паранойяльный бред как ситуационная реакция.

Эти больные могут долго удерживаться в жизни, работать, они не привлекают к себе особого внимания психиатров, даже если болезнь установлена, что затрудняет выявление нарастания симптоматики, способной привести к общественно опасному действию.

Ремиссии при шизофрении бывают с более или менее выраженными изменениями личности. Больные в состоянии ремиссии с дефектом также могут совершать общественно опасные действия. Трудно определить вменяемость этих лиц, особенно тогда, когда они совершают опасные действия по корыстным мотивам либо с психически здоровыми людьми.

В таких случаях необходимо выяснить насколько глубоки изменения личности и позволяют ли больным правильно оценивать сложившуюся ситуацию и руководить своими действиями.

В ряде случаев при шизофрении наступают длительные и стойкие ремиссии (20-29 лет), то есть способность к положительной социальной адаптации, устойчивая трудоспособность, сохранность интеллекта позволяют говорить о практическом клиническом выздоровлении. При этом правомерно заключение об их вменяемости.

### **Пример**

*Обследуемый гр. Х., 37 лет, обвинялся в подделке документов. С детства был общительным, вспыльчивым. Окончил 8 классов. Дважды был судим за кражу. Наказания отбывал полностью.*

*В 22 года внезапно изменилось поведение, стал злобным, настороженным, высказывал идеи отношения, преследования, предлагал родной сестре выйти за него замуж, пытался убить ее. С диагнозом "приступообразно-прогредиентная шизофрения, депрессивно-параноидный приступ" был доставлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу, где обнаружил бессвязное, резонерское мышление, был дурашливым, ма-нерным, высказывал отрывочные бредовые идеи отношения, преследова-*

ния. По мере лечения психотическая симптоматика утратила актуальность. Был выписан из больницы под наблюдение психоневрологического диспансера.

В дальнейшем в психиатрические больницы не помещался, лечения не получал. Работал в течение 10 лет проводником пассажирских вагонов. Замечаний по работе не имел. Женат, имеет ребенка. Отношения в семье теплые. Жена в поведении гр. Х. отклонений не отмечала.

Во время обследования держался свободно, был активен в беседе, эмоционально адекватен. Психотической симптоматики не обнаруживал. С критикой относился к своему состоянию и сложившейся ситуации. Об имевшихся в прошлом переживаниях говорил неохотно, считал их болезнью, полагал, что был болен около полугода, затем постепенно "стал разбираться в происходящем". Утверждал, что в дальнейшем никогда не возникало страхов, опасений. С сестрой отношения хорошие. Подделку документов объяснял желанием скрыть пребывание в психиатрической больнице.

**Заключение:** Гр. Х. перенес острый приступ шизофрении с последующей редукцией болезненных проявлений и формированием стойкой длительной ремиссии. О ремиссии свидетельствуют отсутствие на протяжении 15 лет без лечения какой-либо психотической симптоматики и признаков эмоционально-волевого дефекта, способность к устойчивой социально-трудовой и семейной адаптации, адекватность поведения.

В отношении инкриминируемого правонарушения вменяем.

Нередко общественно опасные действия совершают больные, у которых в результате болезненного процесса наступили явные изменения личности с эмоциональной тупостью. В этот период неправильное поведение больных определяют нарушения мышления, невозможность правильно оценить окружающую обстановку и ситуацию, то есть негативные симптомы. Наиболее опасны больные с параноидным синдромом. Под влиянием идей отношения, бреда преследования, физического или гипнотического воздействия они могут совершать нападения, убийства и т.д. Нередко у этих больных окружающие не замечают признаков заболевания, и только неправильное поведение в момент общественно опасных действий позволяет заподозрить психическую болезнь.

Большую опасность представляют больные с ипохондрическим бредом. Особенности ипохондрического синдрома обычно заставляют таких больных обращаться к врачам различных специальностей.

Не избавившись от своих болезненных ощущений, больные могут расценивать это как умышленное неоказание помощи, включать врачей в свои бредовые переживания и совершать против них те или иные опасные действия вплоть до покушения на убийство.

Следует особо подчеркнуть большую социальную опасность больных в период манифестации болезни (развитие "большого синдрома"), которая сопровождается растерянностью, тревогой, страхами, а также при переходе паранойяльных расстройств в параноидные с синдромом психического автоматизма.

Нельзя забывать и о возможности симуляции, диссимуляции у больных шизофренией.

## 2. Маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Длительность приступов колеблется от нескольких месяцев (1-2) до года и более.

*Маниакальная фаза* проявляется в основном клиническими признаками: повышенным, радостным настроением, ускорением интеллектуальных процессов, речевым и двигательным возбуждением.

Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы.

По выраженности маниакального синдрома различают *легкое (гипоманиакальное) состояние* и *резкое маниакальное возбуждение (неистовство)*. При маниакальном неистовстве может развиваться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными разрушительными действиями, направленными на все окружающее.

### Пример

*Гр. Е., 29 лет, слесарь, обвиняется в хулиганских действиях. По характеру веселый, добрый, но вспыльчивый, склонный к немотивированным колебаниям настроения. В 22 летнем возрасте без внешнего повода в течение нескольких дней развилось тоскливое настроение. Стремился к уединению, считал, что до сих пор плохо справлялся с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением. Был хвастлив, часто громко смеялся. Раздавал свои вещи, делал ненужные покупки, построил гараж, не имея машины. В этот период часто посещал рестораны. Психиатрами тогда не наблюдался. Постепенно психическое состояние нормализовалось. Через 3 года появились подавленность, заторможенность. Не было желания работать, общаться с окружающими, избегал родных и друзей. Помещен в психиатрическую больницу, где находился 3-месяца и был выписан с диагнозом: маниакально-депрессивный психоз, депрессивная фаза. Продолжал работать.*

*Спустя 3 года завербовался на работу в Магаданскую область. Вскоре после приезда туда, бросив свои вещи, вернулся на место своего постоянного места жительства. Отмечались повышенное настроение, говорливость. В нетрезвом состоянии зашел к своей бабушке, поссорился с окружающими, был агрессивен. После задержания работниками милиции был возбужден, громко пел, не волновался по поводу сложившейся ситуации. При обследовании патологических отклонений в состоянии внутренних органов и нервной системы не обнаружено.*

*Ориентирован правильно, охотно вступает в беседу. Говорить начинает сразу без дополнительных вопросов. Многословен, легко отвлекается, перескакивает с одной мысли на другую, размашисто жестикулирует. Больным себя не считает. Жалоб на здоровье не предъявляет. Называет себя человеком настроения. Говорит, что жизнь ему кажется прекрасной, хочется петь, танцевать, делать все хорошее. В отделении подвижен, многоречив, вмешивается в разговоры и дела окружающих. При расспросах о правонарушении охотно рассказывает о случившемся, читает стихи, в которых в шуточной форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации не критичен.*

**Заключение:** *Гр. Е. страдает маниакально-депрессивным психозом, совершил правонарушение в болезненном состоянии (маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза); невменяем. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.*

*Депрессивная (меланхолическая) фаза противоположна по клиническим проявлениям маниакальной фазе, характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью.*

*Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством, которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести повреждения, больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя.*

*Нередко встречаются смешанные состояния, они характеризуются определенными сочетаниями у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую.*

*Циклотимия является легкой, смягченной формой маниакально-депрессивного психоза и встречается чаще, чем его выраженные формы. Симптомы клинически очерчены нерезко, что затрудняет своевременное распознавание заболевания.*

### **Судебно-психиатрическая оценка**

*Судебно-психиатрическая оценка маниакально-депрессивного психоза отличается рядом особенностей и трудностей.*

Характерные для маниакальной фазы психические нарушения способствуют совершению больными правонарушений. Больные в состоянии маниакального возбуждения могут быть агрессивными, наносить оскорбления, совершать разрушительные действия, убийства. В связи с повышенной сексуальной возбудимостью больные совершают развратные действия, изнасилования. В маниакальном состоянии возможно возникновение половых извращений (перверсии сексуальные), эксгибиционизма, гомосексуальных тенденций и актов, не свойственных больным ранее и исчезающих вместе с приступом болезни.

При циклотимии больные чаще совершают растраты, заключают противозаконные сделки, нарушают трудовую дисциплину. Общественную опасность больных повышает нередко присоединяющиеся к маниакальным состояниям алкогольные эксцессы.

Маниакальные больные иногда попадают на экспертизу в качестве потерпевших (использование их болезненного состояния с целью изнасилования, развратных действий и т.д.) для оценки их психического состояния.

Больные в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза дают меньше поводов для направления на экспертизу.

Наибольшее значение имеют попытки расширенного самоубийства. На экспертизу депрессивных больных направляют в связи с совершением деяний, обусловленных общей психомоторной заторможенностью, понижением импульсов к деятельности (халатность, неоказание помощи и т.д.).

Вопрос о невменяемости не вызывает сомнений, когда общественно опасное деяние совершено во время психотического приступа. Если к моменту вынесения экспертного заключения о невменяемости больной уже не находится в психотическом состоянии и не проявляет признаков психической болезни (светлый промежуток), то целесообразно ограничиться амбулаторным наблюдением и профилактической терапией; в целях профилактики повторных правонарушений таких больных следует при первых симптомах нового приступа психоза помещать в психиатрические больницы.

Обследуемые, совершившие правонарушение в светлом промежутке, как правило, признаются вменяемыми. Однако в отдельных случаях при частом повторении психотических фаз обследуемый в соответствии со ст. 21 УК РФ может быть признан невменяемым как страдающий хроническим психическим расстройством.

Значительные трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих циклотимией. В этих случаях требуется особо тщательный анализ объективных данных о состоянии в период правонарушения и особенностей течения заболевания в целом. Вменяемость при этом определяется глубиной наблюдавшихся расстройств психического состояния, которая у одного и

того же больного при разных циклотимических фазах (гипоманиакальном и субдепрессивном состояниях) может быть различной.

### 3. Эпилепсия

Эпилепсия – психическое заболевание, проявляющееся различными пароксизмальными состояниями, психозами, специфическими изменениями личности и в тяжелых случаях приводящее к слабоумию. Симптоматика гениальной эпилепсии сложна и многообразна. Расстройства при этой болезни можно разделить на 3 большие группы: кратковременные судорожные или бессудорожные припадочные состояния-пароксизмы; острые, затяжные и хронические эпилептические психозы; изменения личности-характерологические и интеллектуальные.

#### Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическая экспертиза эпилепсии определяется значительной распространенностью этого заболевания среди населения (1-5 на 1000) и главное – особой тяжестью правонарушений (преимущественно против личности), совершаемых больными в различных патологических состояниях, а также трудностью клинической и экспертной оценки ряда эпилептических расстройств.

Один и тот же больной может быть признан вменяемым в отношении преступления, совершенного в межприступном периоде, и невменяемым в отношении деяния, совершенного во время пароксизма.

Наиболее важным и трудным в судебно-психиатрической практике является распознавание скоропреходящих эпилептических расстройств, обуславливающих общественно опасные действия больных.

Трудность определяется прежде всего необходимостью воспроизведения клинической картины состояния в момент противоправных действий ретроспективно. Основную роль при этом играют показания свидетелей. Важны также первоначальные показания обвиняемого, данные им вскоре после содеянного.

Для экспертов первостепенное значение имеют тщательно и квалифицированно собранные материалы дела, содержащие характеристику поведения больного, его внешнего вида, речи незадолго, в момент и вскоре после правонарушения.

Криминальные действия, совершаемые в сумеречных состояниях, имеют ряд особенностей: внезапность, безмотивность, отсутствие умысла, мер предосторожности и стремления к сокрытию следов преступления, часто бессмысленную жестокость, нанесение жертве множественных тяжелых ранений, бесцельное изуродование и расчленение трупа и т.д.

Подобный характер преступления сам по себе вызывает предположение о сумеречном помрачении сознания.

Дополнительные данные о возникновении припадка на отрезке времени, близком к правонарушению, резком изменении состояния, "странном" внешнем виде больного (рассеянный взгляд, замедленность движений или немотивированное возбуждение), глубоком сне после правонарушения – больной иногда засыпает рядом с жертвой, наличие подобных состояний в прошлом делают диагноз сумеречного помрачения сознания достаточно убедительным.

Вместе с тем необходимо помнить о различных вариантах сумеречного состояния, в том числе с небольшой глубиной изменения сознания, с сохранной способностью больных к грубой ориентировке и поверхностному контакту с окружающими, а также о возможности бреда, галлюцинаций. Иногда больные в сумеречном состоянии проявляют агрессию против лиц, с которыми ранее были в конфликте.

При изменении сознания с периодами некоторого просвещения одни свидетели могут отмечать неправильности в поведении больного, а другие нет.

В таких случаях требуется особо тщательное изучение всех обстоятельств дела, чтобы не вынести ошибочного заключения о вменяемости. В отношении деяний, совершенных в сумеречном помраченном сознании, больные невменяемы.

### **Пример**

*Обследуемый Ш., 35 лет, разнорабочий, обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене.*

*С 11 лет гр. Ш. страдает большими судорожными припадками, возникающими ежемесячно, иногда по несколько раз в день. За 4 года до совершения правонарушения гр. Ш. помещали в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением после припадков: бесцельно бегал, пытался совершить половой акт с коровой, говорил, что пища отравлена, что правление колхоза собралось, чтобы его отравить, залезал на крышу, кричал: "Спасайте!". Указанные состояния врачи расценивали как сумеречные. Последние 2 года гр. Ш. злоупотреблял алкоголем; стал более раздражительным, возбудимым. В состоянии опьянения бывал особенно придиричивым и назойливым, в связи с чем родственники его часто связывали. В последующем о своем поведении не помнил.*

*В день правонарушения около 9 часов утра выпил 200 г. вина, работал по хозяйству. В 14 часов за обедом выпил еще 100 г. вина, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придиричься к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 часов гр. Ш. самостоя-*

тельно развязал опутавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно гр. Ш. молча нанес ей 2 удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа гр. Ш. тоже замахнулся ножом.

На обращение к нему и попытку успокоить гр. Ш. не реагировал; "вид у него был страшный". Соседу у него удалось отобрать нож. Тогда гр. Ш. побежал домой, схватил в летней кухне другой нож и быстрыми шагами направился в соседний дом. Здесь спросил, где его жена и опять выбежал на улицу. Там подбежал к лежавшей на земле раненой теще и, не смотря на ее мольбы не убивать ее, нанес еще несколько ударов ножом. Оказавшегося рядом тестя также ударил несколько раз ножом в грудь и живот, а когда тот упал, перевернул его вверх лицом и перерезал ему шею. Затем сидя верхом на трупе, продолжал наносить ему удары. Гр. Ш. с трудом оторвали от убитого и отобрали нож. Гр. Ш. вернулся к себе во двор, лег вниз лицом на кучу мусора и уснул. Через 50 минут, после приезда участкового инспектора, гр. Ш. разбудили и назвали по имени. Он вскочил и бросился на инспектора, взгляд у гр. Ш. был блуждающий, его связали. По пути в отделение милиции гр. Ш. молчал. В отделении милиции "как-то дико и удивленно смотрел", не понимал где он находится. На расспросы отвечал: "Я ничего не знаю". О случившемся не помнил.

Развитие у гр. Ш. возбуждения через некоторое время после приема алкоголя и в связи с внешним поводом (неприятное замечание), участие психогенных моментов (направленность агрессии в основном против "обидчиков", на втором этапе возбуждения - после сна) затрудняют квалификацию его психического состояния. Однако указанные моменты не противоречат картине спровоцированного приемом алкоголя сумеречного помрачения сознания с нарушением ориентировки и осмысления обстановки, автоматизированными действиями с бессмысленно-жесточкой агрессией. Последующий глубокий сон, сменившийся оглушенностью, амнезия содеянного также подтверждают сумеречное помрачение сознания у гр. Ш.

**Заключение:** Гр. Ш. страдает эпилепсией. Противоправные действия были совершены в состоянии сумеречного помрачения сознания; не-вменяем.

Правонарушения совершаемые в состоянии *дисфории*, менее часты. Для распознавания дисфории важны объективные сведения о безмотивном, внезапном изменении настроения и наличии таких состояний ранее.

Судебно-психиатрическая оценка зависит от глубины дисфории. Включение бредовых переживаний, нарушение сознания на высоте дисфории ведут к признанию таких больных невменяемыми. Общественно опасные действия возможны во время малых припадков, при других кратко-

временных эпилептических расстройствах. В судебно-психиатрической практике это обычно транспортные аварии (наезды), поджоги и др. В этих случаях больных признают невменяемыми.

### **Пример:**

*Обследуемый И., 30 лет, шофер такси, обвиняется в совершении наезда на двух пешеходов.*

*За два года до этого во время ночного сна эпизодически начали возникать большие судорожные припадки, по поводу которых не лечился. В ночь перед правонарушением был развернутый припадок, сопровождавшийся прикусом языка. Утром гр. И. приступил к работе. Через 15 минут после выезда на знакомую трассу, в неосложненной дорожной обстановке, без помех на дороге заехал на середину улицы и, следуя по осевой линии с неизменной скоростью 50-60 км в час, не применяя торможения, сбил гражданку, которую, по показаниям свидетелей, легко можно было объехать. Проехав так же по прямой еще 400 метров и продолжая движение при красном свете светофора, гр. И. совершил на пешеходном переходе наезд на вторую женщину, после чего продолжал двигаться с прежней скоростью вблизи осевой линии.*

*Гр. И. чуть не столкнулся на перекрестке с троллейбусом, водитель которого был вынужден резко затормозить.*

*Вскоре гр. И. остановил машину по знаку инспектора ГАИ. Выйдя из машины, он, по показаниям свидетелей, был каким-то странным и растерянным, не мог объяснить причину повреждений на своей машине, был бледен. Спустя два часа при медицинском освидетельствовании у гр. И. на языке обнаружены следы недавнего прикуса. Гр. И. был заторможен, вял, монотонен, жаловался на головную боль, говорил тихо, замедленно. Проба на алкоголь отрицательна. При осмотре врачом и на последующих повторных допросах в тот же день не помнил о содеянном.*

*При обследовании не помнил не только о совершенных наездах, но и о последующих событиях в день правонарушения: осмотре врачом, повторном допросе следователем. О состоянии измененного сознания в моменты наездов свидетельствовала и оглушенность, наблюдавшаяся в течение нескольких часов после правонарушения. Это подтверждается фрагментарностью воспоминаний о событиях, последовавших за правонарушением.*

**Заключение:** *Гр. И. страдает эпилепсией, совершил противоправные действия в состоянии амбулаторного автоматизма с нарушением сознания (отсутствие реакции на дорожную обстановку) при сохранности автоматизированных действий (удерживал руль в одном положении); невменяем.*

Лица с острыми, затяжными и хроническими эпилептическими психозами должны признаваться невменяемыми.

Если правонарушение совершено в межприступном периоде, то вменяемость зависит от глубины имеющихся изменений личности.

При выраженной эпилептической деградации, слабоумии больных признают невменяемыми. О глубине эпилептических изменений психики судят об интеллектуальных расстройствах и о нарушении критических способностей.

Прогрессирующее течение заболевания, резистентность к терапии служат дополнительными факторами для признания больного невменяемым.

Больных, признанных невменяемыми, направляют в зависимости от их психического состояния на принудительное лечение.

В специализированных больницах лечат больных с частыми сумеречными состояниями и тяжелыми дисфориями с агрессивными тенденциями, а также больных с выраженной эпилептической деградацией личности в сочетании со значительными аффективными нарушениями.

При совершении тяжелого правонарушения в кратковременном пароксизме, при редких припадках и незначительных личностных изменениях больных можно направлять на лечение на общих основаниях.

Больные без выраженных изменений психики признаются вменяемыми в отношении правонарушений, совершенных вне пароксизмов.

Для предупреждения дальнейшего развития заболевания и профилактики повторных правонарушений таким больным в случае их осуждения рекомендуется амбулаторное противоэпилептическое лечение в исправительно-трудовых учреждениях.

В заключении судебно-психиатрической экспертизы необходимо отметить, что больной, страдающий припадками, не допускается к работе у огня, на высоте, около движущихся механизмов.

#### **4. Алкоголизм**

##### **Простое алкогольное и патологическое опьянение**

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии опьянения, является одной из наиболее частых и сложных. Эксперт должен определить, в состоянии какого алкогольного опьянения – простого, не исключающего вменяемости, или патологического, исключающего вменяемость, совершено правонарушение.

##### **Простое алкогольное опьянение**

Однократное (простое) алкогольное опьянение – острая алкогольная интоксикация. Спирт этиловый оказывает общее угнетающее влияние на

центральную нервную систему. Проявляется это в виде трех основных стадий:

- 1) стадии возбуждения;
- 2) стадии наркоза;
- 3) агональной стадии.

Скорость появления и выраженность симптомов опьянения определяется количеством и качеством принятых спиртных напитков, психофизическим состоянием, индивидуальной чувствительностью к алкоголю.

Различают легкую, среднюю и тяжелую степени опьянения.

Биохимические параметры (содержание алкоголя в крови) степени опьянения:

- легкая - 1-2%;
- средняя - 3-4%;
- тяжелая - 5-6%;
- смертельная - > 7%.

В начальном периоде, *при легкой степени* опьянения возникает приятное чувство тепла, мышечного расслабления и физического комфорта. Настроение повышается: человек доволен собой и окружающим, самоуверен, оптимистически переоценивает свои возможности, хвастлив. Опьяневший говорит много и громко, легко переходя от одной темы к другой. Движения утрачивают точность. Критика к себе и окружающим снижается.

Когда опьянение приближается *к средней степени*, благодушно – эйфоричное настроение начинает все чаще сменяться раздражительностью, обидчивостью, податливостью, и это отражается в содержании высказываний и поведении.

Отчетливость восприятия окружающего снижается, мыслительные процессы, ассоциативная деятельность замедляется.

Речь становится отрывистой, невнятной, смазанной, появляются персеверации.

Вследствие снижения сознательного, критического отношения к поведению окружающих и собственной личности опьяневшие нередко совершают неадекватные действия. Возникшие желания, мысли могут легко реализоваться в импульсивные агрессивные акты в отношении окружающих. В результате действия алкоголя на организм заостряются или обнажаются индивидуальные характерологические особенности.

В этой стадии опьянения легко всплывают давние психотравмирующие переживания, обиды. Это приводит к скандалам, дракам и т.д.

Снижается болевая и температурная чувствительность. Воспоминания касающиеся периода опьянения, как при легкой степени, сохраняются достаточно полно.

При *тяжелой степени* отмечается различное по глубине изменение сознания – от оглушения до комы.

Резко нарушается координация движений, ухудшается ориентировка в пространстве и во времени. Появляются вестибулярные расстройства (головокружение, тошнота, рвота и т.д.). Ослабляется сердечная деятельность, снижается артериальное давление, температура, нарастает физическая слабость, утрачивается интерес к окружающему.

Опьяневший выглядит сонливым и вскоре засыпает наркотическим сном, порой в самых неподходящих местах. В ряде случаев отмечается непроизвольное мочеиспускание, дефекация, судороги.

После глубокого сна, реальные события во время опьянения могут сохраняться в памяти, воспоминания бывают отрывочными, возможно и полное запечатывание.

В практике экспертизы встречаются атипичные состояния простого опьянения с истерическими явлениями, элементами преувеличения, озорства, сознательной распушенности, развязанности и т.д.

Незначительные ссоры, обидное слово, неудачная реплика, невыполненное желание оказываются достаточным поводом для агрессивных действий опьяневшего, которые тут же реализуются. Способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими сохраняется, иногда лишь ослабляясь.

### **Патологическое опьянение**

Патологическое опьянение – сумеречное помрачение сознания различной структуры со своеобразной болезненной симптоматикой относится к группе острых кратковременных психотических расстройств и возникает на фоне алкогольной интоксикации.

Патологическое опьянение возникает обычно в результате приема алкоголя (независимо от дозы) и одновременного воздействия временно ослабляющих организм вредных факторов (внешних и внутренних). К ним относятся переутомление, перегревание, астенические состояния после перенесенных заболеваний, недосыпание, кроме того причинами могут стать беспокойство, болезнь субъекта, неуверенность.

Патологическое опьянение обычно развивается спустя некоторое время после приема алкоголя, протекает довольно короткое время (от нескольких минут до нескольких часов). В силу своей скоротечности оно почти никогда не бывает предметом врачебного наблюдения.

Клинические проявления патологического опьянения приходится восстанавливать ретроспективно на основании свидетельских показаний, материалов уголовных дел.

Опьяневший вдруг неожиданно становится тревожным, растерянным, отрешенным от реального мира. Он болезненно воспринимает окружающую действительность, внешняя обстановка приобретает для него угрожающий характер.

Проступки больных оторваны от реальной действительности.

Обычно в действиях больных можно выявить две основные тенденции – оборону, влекущую за собой нападение с насильственно-разрушительными действиями, и стремления избежать опасности, бегство.

Обычно у лица сохраняется способность осуществлять довольно сложные целенаправленные действия, пользоваться различными предметами, транспортом. Причем эти движения необычайно ловкие, быстрые, сложные.

Это объясняется тем, что при патологическом опьянении мало затрагиваются нервно-психические механизмы, регулирующие двигательные функции, равновесие и т.д.

Вместе с тем субъект, находящийся в состоянии измененного сознания, патологически дезориентирован, не способен к речевому общению с окружающими его лицами. Он всегда действует один. Речь скудна, а если она есть, то всегда отражает тематику болезненных переживаний.

Заканчивается патологическое опьянение чаще всего внезапно, иногда оно переходит в сон, после которого отмечается полная амнезия или смутное воспоминание о пережитом.

Клинически наиболее оправдано выделять две формы патологического опьянения:

- 1) *параноидную, или галлюцинаторно-параноидную;*
- 2) *эпилептоидную.*

### **Пример**

*Обследуемый П., 30 лет, шофер, обвиняется в убийстве гр. К. В детстве развивался правильно, ничем не болел. В возрасте 25 лет перенес ушиб головы. Спиртные напитки начал употреблять с 20 лет, выпивал до 2-х раз в неделю. В состоянии опьянения становился общительным, повышалось настроение.*

*Сообщил, что в 12 часов выпил 250 грамм водки, через 2 часа в доме отца выпил еще 250 грамм водки, кроме того, пил пиво; затем пошел домой. О дальнейшем своем поведении ничего не помнит. "Пришел в себя" в отделении милиции.*

*Из материалов уголовного дела известно, что гр. П. после распития водки в доме отца заснул. Через 15-20 минут проснулся, "вытаращил" глаза и закричал: "Шпионы, бандиты, нас убивают, спасите". В одних трусах побежал по улице и громко повторял: "Довели... убивают... где правду найти ... спасите...". Подбежав к гаражу, потребовал от сторожа завести машину и "неестественно" кричал: "Я ... я... убьют". На отказ сторожа завести машину ударил его железным прутком, пытался плечом выкатить машину из гаража. Два свидетеля этих событий сообщили о происшествии в милицию.*

*Прибывшие работники милиции увидели на полу у стены труп сторожа. Положив голову на труп, крепко спал гр. П., одетый в одни трусы. Через 40 минут он проснулся и на вопрос, где находится, ответил: "На своем рабочем месте". Был растерян, оглядывался по сторонам.*

*Судебно-психиатрическая экспертная комиссия областной психиатрической больницы вопрос о психическом состоянии и вменяемости гр.П. в момент правонарушения не решила.*

*При обследовании в Институте общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского соматических и неврологических отклонений от нормы не выявлено.*

*Доступен контакту, правильно ориентирован. Отрывочно вспоминает, что "проснулся" на земле, увидел работников милиции, решил, что с кем-то подрался о подробностях содеянного узнал в отделении милиции.*

*В момент правонарушения у гр. П. неожиданно возникло двигательное возбуждение, речевая продукция свидетельствовала об искаженном восприятии окружающего с внешне целенаправленными действиями, терминальным сном на месте преступления и последующим полным забыванием совершенного.*

*Стереотипность высказываний, обращение за помощью к окружающим свидетельствуют о том, что гр. П. переживал в то время опасную для жизни ситуацию. Переживаемая болезненная ситуация вызвала у него аффект страха, гнева, интенсивное двигательное возбуждение. Речевая продукция гр. П. была следствием галлюцинаторно-бредовых расстройств. Эти высказывания комиссия оценила как бредовые; в совокупности с другими клиническими данными они свидетельствуют о сумеречном расстройстве сознания. Состояние патологического опьянения подтверждается особенностями и обстоятельствами правонарушения. Безмотивность и жестокость содеянного при всей их относительной диагностической ценности в данном случае также свидетельствуют в пользу патологического опьянения.*

*В сочетании с другими симптомами амнезия у гр. П. не вызывает сомнений в истинности. Совокупность всех клинических симптомов позволяет расценить психическое состояние обследуемого в момент правонарушения как сумеречное расстройство сознания.*

**Заключение:** *Гр. П. совершил правонарушение в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического опьянения; невменяем.*

В диагностике патологического опьянения более ценным является не установление факта запоминания событий, а выяснение, что сохранилось в памяти субъекта, какие болезненные переживания он помнит.

Существенное значение имеет характер поведения субъекта после совершения правонарушения. Лица, находящиеся в простом алкогольном

опьянении, при задержании обычно оказывают сопротивление, нередко вступают в конфликт с сотрудниками милиции, продолжают дебоширить и т.д.

Подобного никогда не бывает с субъектом, перенесшим патологическое опьянение. Одни лица при задержании проявляют равнодушие к случившемуся, у них отмечается не соответствующее обстановке спокойствие, другие – напряженно, испуганно озираются по сторонам, стараются вспомнить что-то, вздрагивают при обращении к ним. Всегда отмечается физическая слабость, утомленность.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Сохранение возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими дает право законодателю исключить простое алкогольное опьянение из числа психотических расстройств.

Ст. 23 УК РФ подчеркивает, что лицо, совершившее преступление в состоянии простого алкогольного опьянения, не освобождается от уголовной ответственности.

Поскольку врач, не является свидетелем патологического опьянения, только правильно собранный и подготовленный судебно-следственными органами материал для судебно-психиатрической экспертизы обеспечит правильность диагностики и экспертных выводов.

Детальный, плановый опрос свидетелей позволяет выяснить не только обстоятельства и характер правонарушения, но и ряд особенностей поведения обследуемого как до совершения правонарушения (резкое изменение поведения, странные поступки, отношение к окружающим и т.д.), так и после него (выход из болезненного состояния, реакция на задержание, на содеянное и т.п.).

Если невозможно получить дополнительные материалы о психическом состоянии обследуемого в момент правонарушения, то экспертизу необходимо переносить в судебное заседание. В судебном заседании эксперты могут провести квалифицированный психиатрический опрос свидетелей и обследуемого, тем самым воссоздать картину правонарушения, динамику событий и вынести соответствующее заключение.

Учитывая то, что патологическое опьянение представляет собой острый, быстро протекающий психоз, ему дается соответствующая судебно-психиатрическая оценка – обследуемые признаются невменяемыми, в соответствии со ст. 21 УК РФ, как находившиеся в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности.

К лицам, совершившим правонарушение в состоянии кратковременных расстройств психической деятельности и признанными невменяемыми, необходимо принять меры медицинского характера, если для этого имеются определенные показания.

Эти лица могут наблюдаться психиатром по месту жительства или при наличии ограниченных изменений ЦНС, хронического алкоголизма, целесообразно лечение в психиатрической больнице.

### **Алкоголизм и алкогольные психозы**

*Алкоголизм* – прогрессирующее заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях – стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией.

Алкоголизм всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества. Принята классификация, выделяющая три стадии заболевания.

В первой стадии заболевания наблюдаются следующие важнейшие признаки алкоголизма: патологическое влечение к алкоголю; снижение количественного контроля, рост толерантности (устойчивости) к алкоголю и алкогольной амнезии; исчезновение рвоты в выраженном опьянении.

*Первичное патологическое влечение* к алкоголю проявляется в первой стадии алкоголизма в ситуационно обусловленной форме.

В этих случаях "тяга" к спиртным напиткам возникает лишь в ситуациях, по традиции связанных с возможностью выпить (различные семейные события; ситуации, имеющие отношение к профессиональной деятельности и т.д.).

*Снижение количественного контроля* проявляется тем, что вслед за потреблением малых количеств спиртных напитков и легким опьянением возникает желание продолжить выпивку. Это влечет за собой среднетяжелое и даже тяжелое опьянение.

Внешние проявления влечения – инициатива к подготовке к выпивке; возникают оживление, говорливость при одном воспоминании о предстоящем.

Появление препятствий, мешающих реализации влечения, приводит к раздраженности и неудовлетворенности.

Внешним проявлением могут служить такие признаки, как "торопливость с очередным тостом", "опережение круга", стремление выпить весь приобретенный алкоголь и т.д. (симптом опережения).

Характерологические изменения личности также становятся отчетливыми – появляется лживость, хвастовство, назойливость, болтливость.

При невозможности принять алкоголь возникает депрессия, усиливается поиск средств для приобретения спиртных напитков.

*Нарастающая толерантность* к алкоголю проявляется в том, что первоначально потребляемое количество алкоголя уже не вызывает преж-

него опьянения. Для его достижения количество алкоголя постепенно увеличивается в несколько раз (в среднем в 2-3 раза) по сравнению с ранее используемым.

Нарастающая толерантность часто сопровождается исчезновением защитного рвотного рефлекса, который существовал до этого времени.

Возможна смена алкогольного напитка, переход от излюбленных напитков с низким содержанием алкоголя к любым, без разбора, крепким спиртным напиткам.

*Наркотические амнезии* в первой стадии представляют собой забывание отдельных эпизодов в пьяном состоянии или смутное воспоминание своих переживаний.

Главным критерием формирования второй стадии является *абстинентный синдром* (синдром похмелья), то есть физическая и психическая зависимость организма от алкоголя.

Он развивается на фоне ранее указанных симптомов алкоголизма.

*Физическая зависимость* организма от алкоголя проявляется в следующем. После протрезвления появляется тахикардия, болезненное ощущение в области сердца, головокружение, головная боль, артериальная гипертензия, тремор (дрожь) конечностей и всего тела.

В ряде случаев снижается аппетит, появляется тошнота, рвота, поносы, бессонница.

Изменяется и *психическая сфера* больных.

Они пугливы, тревожны, угнетены, склонны к самоуничтожению. Суицидальные мысли являются правилом. Подавленное настроение может сопровождаться не только идеями виновности, но и раздражением, неприязнью к окружающим.

Сновидения носят устрашающий характер. Прием небольшой дозы алкоголя облегчает состояние похмелья. Опохмеляются больные постоянно, в самое различное время суток. С прогрессированием заболевания абстинентный синдром становится все более стойким.

Если в начале развития он наблюдается на протяжении 2-5 суток, то впоследствии сохраняется до двух недель и больше. Для снятия абстинентного состояния больные начинают употреблять алкоголь изо дня в день или запоем в течение 4-10 дней. В результате токсичность достигает своего максимума. Постепенно у больных происходит *алкогольная дегградация личности* со снижением памяти и интеллектуальной деятельности. Они становятся грубыми, эгоистичными, лживыми, не заботятся о семье, часто вынуждены менять место работы. Продают вещи, чтобы купить спиртные напитки, пьют суррогаты (одеколон, политуру и т.д.). В состоянии опьянения проявляются эмоциональная неустойчивость, беззаботная веселость, сменяемая злобой, раздражительностью, асоциальными поступками. Часто наблюдается алкогольный юмор (склонность к различным нелепым шуткам, анекдотам, хвастливым жаргонным рассказам о себе и

друзьях). В этой стадии у части больных развиваются алкогольные психозы.

При третьей стадии снижается толерантность организма к алкоголю, удлиняется абстинентный период, появляются запои.

Опьянение наступает от небольших доз. Поэтому больные не употребляют водку, а переходят на крепленые вина, суррогаты, пьют чаще в одиночку.

Вскоре наступает глубокая социальная, психическая и физическая деградация личности, утрачивается способность к труду, забота о семье. Больные неряшливы, неопрятны, продают последние вещи.

Личность больного приобретает психопатоподобные черты с неуместным юмором, лабильностью, иногда депрессивным настроением, суицидальными тенденциями.

Нарушение личностных свойств может сопровождаться грубым снижением интеллекта, нарушением памяти.

Во второй и третьей стадиях у больных хроническим алкоголизмом обнаруживается патологическая ревнивость, уверенность в супружеской неверности (симптом Отелло), развивается половая слабость (*импотенция*). У больных в третьей стадии алкоголизма возникают запои – *диссомания*. В одних случаях это истинные запои. В первые дни запоя больной дробно употребляет наибольшие суточные количества алкоголя. В последующем из-за нарастающего снижения толерантности к алкоголю и ухудшения физического состояния разовые и суточные дозы алкоголя падают. Абстинентные явления наиболее тяжелые, запои заканчиваются самопроизвольно и сменяются полным воздержанием, запои могут возникать циклически.

У части больных злоупотребление алкоголем не переходит в истинные запои, а остается постоянным на фоне низкой толерантности к алкоголю. В этих случаях больные употребляют малые количества спиртного на протяжении всех суток, в том числе и ночью. Днем промежутки между приемами алкоголя составляют 1-3 часа. Больные непрерывно находятся в опьянении, чаще неглубоком.

В рамках абстинентного синдрома может возникать депрессивное состояние, сопровождающееся подавленным настроением, слезливостью, тревогой с бредовыми идеями самоуничтожения, самообвинения. Во время депрессии появляются суицидальные мысли, поступки.

Длительное злоупотребление алкогольными напитками не оставляет без изменений и функции внутренних органов (ожирение или общее похудание, одутловатость лица; симптом "красного носа" – на щеках и особенно на носу расширяются кровеносные сосуды; миокардиты, хронический гепатит с последующим циррозом печени; гастриты, полиневриты, гипертонии и т.д.).

## **Клиника алкогольных психозов**

Алкогольные психозы – различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности, возникают во второй и третьей стадиях алкоголизма.

Алкогольные психозы возникают лишь тогда, когда в результате хронической интоксикации развивается поражение внутренних органов с нарушениями обмена.

Наиболее распространенная группа алкогольных психозов возникает, как правило, не на высоте запоев, а вслед за ними.

В судебно-психиатрической практике наибольшее значение имеют алкогольные делирии, алкогольные галлюцинозы, алкогольные параноиды, алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя). Больные с этими формами алкогольных психозов представляют значительную социальную опасность и нередко совершают общественно опасные действия, как правило, в отношении лиц ближайшего окружения.

### **Алкогольный делирий (белая горячка)**

Самый частый психоз. В предделириозном состоянии, продолжающемся дни, недели, преобладают расстройства ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями, вегетативными симптомами (потливость, тахикардия, резкие колебания артериального давления и другие), легко возникающей пугливостью и тревогой.

Делирий развивается спустя несколько часов, дней после прекращения приема алкоголя на фоне выраженных абстинентных расстройств или при обратном их развитии.

Начальные проявления появляются в ночное и вечернее время. Это зрительные галлюцинации, наплывы образных представлений и воспоминаний, общая оживленность мимики и движений, изменчивое настроение, неполная ориентировка в пространстве и времени.

Иногда в этот период могут возникнуть судорожные припадки, эпизоды вербальных галлюцинаций, образный бред.

В развернутой стадии появляется полная бессонница, зрительные галлюцинации. Преобладают микроскопические галлюцинации: насекомые, мелкие животные, рыбы и змеи, нити, проволока; реже видят крупных животных, человекоподобных существ, мертвецов, в том числе фантастического облика. Они подвижны, меняются в размерах, единичные или множественные, могут быть сценopodobными.

При углублении делирия возникают слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации. В поведении, аффекте, бредовых высказываниях отражается содержание галлюцинаций.

Преобладает двигательное возбуждение.

Эмоциональное состояние таких больных крайне изменчиво: страх и отчаяние сменяется благодушием и эйфорией.

Доминирует образный бред преследования или физического уничтожения, в ряде случаев с идеями супружеской неверности.

Характерна ложная ориентировка в окружающем пространстве. Нарушается чувство времени. Больные повышено внушаемы.

Белая горячка длится несколько дней (3-5), иногда затягивается на 1-2 недели. Она сопровождается неврологическими и соматическими расстройствами: повышается температура и потливость, увеличивается печень, появляется желтушность склер, тахикардия, тремор конечностей и всего тела, мышечная слабость, бледность кожных покровов (последнее послужило поводом для названия болезни "белая горячка").

Описанный делирий часто называют типичным или классическим.

### **Острый алкогольный галлюциноз (алкогольный галлюцинаторный бред)**

Встречается реже, чем белая горячка. Он может протекать от нескольких дней, недель (острая форма), месяцы и даже годы (хроническая форма).

На первый план в клинической картине выступает наплыв вербальных галлюцинаций. Больной слышит голоса, которые осуждают его поведение, упоминая о нем в третьем лице или непосредственно обращаясь к нему.

Содержание словесных галлюцинаций изменчиво (обычно неприятное, слышится ругань, оскорбления, крики, шепот), всегда связано с реальными обстоятельствами прошлого или настоящего.

На основании галлюцинаторных расстройств возникают бредовые идеи, содержание которых преследование, физическое уничтожение – галлюцинаторный бред.

Преобладает двигательное возбуждение. Часто оно сопровождается самообороной, обращением в милицию или прокуратуру; в ряде случаев совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки.

Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью.

Описанный алкогольный галлюциноз часто определяют, как типичный или классический.

### **Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования)**

Данный психоз возникает преимущественно в период абстиненции. Он развивается внезапно. Сразу же больными овладевает убеждение в том, что они станут жертвой немедленного физического уничтожения.

Больные напряженно следят за мимикой, жестами, действиями окружающих, вслушиваются в произносимые ими фразы, слова, расценивая все видимое и слышимое как имеющее непосредственное отношение к слежке, покушению.

Наряду с образным бредом всегда существует резкий страх и тревога. Поступки больных импульсивные, чаще больные стараются скрыться спасаясь бегством, они нередко совершают поступки, опасные для их жизни (спрыгивают на ходу из транспорта, убегают полураздетыми, несмотря на мороз и непогоду; могут в отчаянии нанести себе серьезные телесные повреждения).

В других случаях больные прибегают к самообороне или сами внезапно совершают нападения.

Многие обращаются в страхе в милицию, другие официальные организации, прося о защите.

Острый алкогольный параноид продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

### **Алкогольный бред ревности**

Это типичная форма бреда зрелого возраста. Сначала идеи супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в опьянении или в похмеле. Грубость, несдержанность и придирчивость больных создают предпосылки к отчуждению супругов в частности, интимных сторон жизни.

Ревнивые подозрения усиливаются в связи с реальными и психологически понятными поводами. В этот период больные истязают жен всевозможными расспросами о деталях, причинах "измен", требуют признания своей вины.

При дальнейшем прогрессировании расстройств возникает постоянная убежденность в изменах жены уже вне зависимости от реальных поводов и появляется бред.

Появляется и точное знание "любовника". Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе больного.

Бред нередко влечет за собой множественные жалобы в общественные организации с требованием "сохранить семью".

Дальнейшее усложнение психоза может идти в различных направлениях.

Больной может утверждать, что жена изменяет ему уже много лет, дети родились не от него, а от любовников.

В других случаях клиническая картина усложняется присоединением бредовых идей материального ущерба (жена тратит семейные деньги на сожителя, совершенно забросила хозяйство, идеи отравления, колдовства с целью "освободиться" от больного).

В последнем случае чаще преобладает тревожно-подавленное настроение, а в бредовом поведении возможны акты жестокого насилия в отношении жены и связанных с ней лиц.

Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессии больных.

Заболевание может продолжаться годами.

### **Судебно-психиатрическая оценка при алкоголизме и алкогольных психозах**

Судебно-психиатрическая оценка состояния больного алкоголизмом не вызывает значительных трудностей. У лиц, страдающих алкоголизмом, имеются некоторые психические изменения, но они не лишают больных возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Такие лица не попадают под действие ст. 21 УК РФ, не освобождаются от уголовной ответственности.

Исключения составляют случаи, при которых алкоголизм сочетается с другими органическими заболеваниями головного мозга (травма головного мозга, сосудистые и другие поражения), что сопровождается выраженным слабоумием.

В случаях осуждения больных алкоголизмом противоалкогольное лечение в соответствии со ст. 97 ч.1 п. "г" УК РФ "Основания применения принудительных мер медицинского характера" осуществляется в местах лишения свободы.

В случае совершения общественно опасных действий в состоянии алкогольного психоза больные признаются невменяемыми в отношении содеянного. Психоз лишает больных возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Поэтому к ним применяются принудительные меры медицинского характера в соответствии со ст. 99 УК РФ "Виды принудительных мер медицинского характера".

Нередко алкогольный психоз развивается после совершения преступления и ареста, что лишает больного возможности участвовать в расследовании по уголовному делу в период болезни.

К такому лицу в соответствии со ст. 97 п."б" УК РФ применяются меры медицинского характера до его выздоровления.

## **5. Наркомании и токсикомании**

*Наркомании* – заболевания, возникающие в результате не медицинского употребления наркотических средств.

Понятие наркомания правомерно в тех случаях, когда болезненное пристрастие развивается к веществам, признанным Законом наркотическими и находящимися под особым контролем государства.

В тех случаях, когда патологическое влечение развилось к веществам, не приведенных в списке наркотиков, болезнь является **токсикоманией**.

Различие между наркоманией и токсикоманией не столько медицинское, сколько юридическое.

Клинические картины наркомании и токсикомании имеют много общих черт.

В основе болезненного пристрастия к наркотическим веществам, а также темпа и характера его развития лежит ряд факторов, в первую очередь особенности преморбидного (до болезни) склада личности больного и вид наркотика.

Имеют значение длительность и интенсивность злоупотребления этим веществом. Наркомании чаще развиваются у лиц с психическими чертами характера (эмоционально неустойчивые, слабовольные или истерические, с дефектами воспитания и затрудненной социальной адаптацией).

### **Общая клиническая характеристика**

Несмотря на разнообразие клинической картины наркоманий, общие признаки можно установить достаточно определенно.

В первую очередь следует отметить *постепенное развитие болезненного влечения к наркотическому средству*. Оно оказывается настолько сильным, что человек не может подавить это состояние, все его мысли, чувства, стремления сводятся к одному – найти препарат и его применять.

Болезненное влечение у наркоманов сопровождается развитием синдромов психической и физической зависимости от наркотических средств.

Синдром психической зависимости выражается в постоянных мыслях о наркотическом препарате, угнетенным, подавленным настроением при их отсутствии.

Психическая зависимость (привязанность) возникает в процессе привыкания к наркотику.

Чаще наблюдается *негативная привязанность* – прием наркотика для того, чтобы избавиться от напряжения и плохого самочувствия.

*Позитивная привязанность* отмечается тогда, когда наркотик принимают для достижения приятного эффекта (эйфория, чувство бодрости, повышенное настроение).

При этом у больных начинается борьба мотивов, желаний, наплыв навязчивых влечений, мыслей. Обычно больной жалуется на появление чувства неудовлетворенности, немотивированной раздражительности, по-

стоянного недовольства. Стоит завести разговор о наркотике, как больной оживает.

Несмотря на критические высказывания, все интересы больного, его межличностные и социальные отношения направлены на изыскание наркотика.

Синдром психической зависимости – один из ранних, наиболее легких и наиболее длительных, устойчивых признаков наркомании.

Психическую зависимость можно удовлетворить любым наркотиком. При этом меняется лишь форма заболевания.

По мере прогрессирования заболевания в клинической картине появляются более тяжелые признаки – *синдром физической зависимости и абстинентный синдром*.

Они проявляются непреодолимым влечением к приему наркотического средства. При этом вытесняются все жизненно важные влечения – голод, жажда, половые чувства.

При физической зависимости замена постоянного наркотического средства другим наркотиком не приводит к удовлетворению, и состояние больного остается дискомфортным.

При отсутствии определенного наркотика возникает абстинентный синдром. Возникает повышенная раздражительность, потливость, бессонница, тремор конечностей и всего туловища, боли в мышцах и т.д. В тяжелых случаях начинаются эпилептиформные припадки, нарушается сердечно-сосудистая и дыхательная деятельность.

Для любого вида наркоманий характерно также развитие *толерантности* (выносливость, переносимость) организма к принимаемому наркотику, в связи с чем больной вынужден постоянно увеличивать его дозу, чтобы достичь состояния эйфории и не допустить возникновения абстинентного синдрома.

Длительная интоксикация наркотическими веществами сопровождается развитием *острых психотических состояний* (психозов) и медленно развивающихся *изменений личности больного*. Кроме того, токсическое действие наркотика угнетает функции различных органов (нервной системы, печени, почек, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения).

### **Опийные наркомании**

Морфий, а также близкие к нему опий и опийные алкалоиды, их полусинтетические и синтетические аналоги (кодеин, промедол, омнопон и др.) принадлежат к группе наркотических анальгетиков.

При однократном приеме внутрь анальгезирующее действие сопровождается эйфорией, что служит основной причиной болезненного пристрастия.

*Острая морфинная интоксикация* начинается с эйфории, которая при углублении интоксикации переходит в психомоторное возбуждение с выраженной гиперемией кожных покровов, головокружением, головной болью.

В последующем возбуждение сменяется нарастающей сонливостью, заторможенностью, угнетением сердечно-сосудистого и дыхательного центров.

Коматозное состояние может привести к смерти больного.

Опий наркоманы употребляют путем введения опийсодержащих настоек (из мака); морфий, промедол, героин вводят подкожно или внутривенно.

Наиболее частый повод для инъекций морфина – различные боли.

Дозы, применяемые наркоманами 1-2 г./сут. - 4 г./сут., то есть дозы, значительно превышающие смертельные для здорового человека.

*Хроническая интоксикация:* на первый план выступают личностные изменения. Постепенно исчезает интерес к общественной жизни, увлеченность работой. Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, пренебрегают семейными обязанностями. При добывании наркотиков наркоман не останавливается ни перед чем: подделывает рецепты, совершает кражи. Без введения наркотиков больные обычно угнетены, раздражительны. Сразу же после инъекции они преображаются, становятся веселыми, говорливыми, деятельными. На первом плане ощущение блаженства, эйфории, благодущие, склонность к мечтательности.

Характерен и внешний вид: они истощены, зрачки узкие, лицо одутловатое, кожа сухая дряблая с землистым оттенком, с рубцами, инфильтратами от инъекций. Отмечаются брадикардия, снижение артериального давления, ознобы, запоры и другие вегетативные симптомы.

Первые признаки *абстиненции* появляются через 5-18 часов после последнего приема: зевота, слезотечение, слюнотечение, зуд в носу и носоглотке, повышенная потливость. К ним присоединяются расширение зрачков, тремор, гусиная кожа. В дальнейшем появляются общая слабость, бессонница, беспокойство, тахикардия, повышение артериального давления, озноб, ощущение ломоты в суставах, судороги в конечностях. Наркоманы в этот период раздражительны, гневливы, возбуждены. Иногда обнаруживаются более выраженные психические реакции: рыдания, демонстративное нанесение самоповреждений, разрушительные тенденции, агрессии.

### **Наркомании, вызванные препаратами конопли**

Гашиш (марихуана, план, анаша, банг, харас, хусус) – производное каннабиса. Употребляется путем курения в чистом виде или в смеси с обычным табаком.

При однократном приеме (курении), гашиш вызывает легкое опьянение с приливом сил, особой легкостью в движениях, обостренным восприятием окружающего. Вслед за этим наступает сон продолжающийся несколько часов.

*Острая интоксикация* гашишем характеризуется повышенным аппетитом, чувством жажды, сухости во рту. Появляется беспричинная вялость нередко с оттенком дурашливости, иллюзорные расстройства. Искривляется восприятие как зрительных, так и слуховых образов. Окружающие предметы представляются резко измененными по форме и цвету, приобретают фантастический вид. Обостренно воспринимаются звуки. Иногда возникает чувство отчужденности от окружающего мира, извращается чувство времени и пространства.

Соматическими признаками острой интоксикации гашишем служат бледность кожных покровов, инъектированность склер, расширение или сужение зрачков, слюнотечение, ощущение теплоты и жара в конечностях.

*Хроническая интоксикация.* Выраженных психических и соматических изменений не отмечается, однако эта наркомания нередко побуждает к приему более опасных наркотиков (морфина). В клинической картине ведущими являются психические расстройства: расстройства памяти и интеллекта, длительно текущие психозы с галлюцинаторно-параноидными состояниями. Больные постепенно становятся пассивными, угрюмыми, утрачивают интерес к жизни.

*Абстиненция.* Абстинентный синдром выражен нерезко. Гашиш почти не вызывает физической зависимости. Проявляется общим недомоганием, отсутствием аппетита, тоской, повышенной возбудимостью, вегетативными нарушениями.

### **Кокаиновая наркомания**

Кокаин – препарат, относящийся к группе местно-анестезирующих средств, оказывает выраженное влияние на центральную нервную систему.

При однократном приеме кокаина наступает эйфория, облегчается течение мыслей; человек становится болтливым, чрезмерно активным, ощущает повышенное стремление к деятельности. Через 1-2 часа, когда действие кокаина ослабевает, наступает слабость и раздражительность, пониженное настроение. Наряду с этим отмечается тремор, понижение мышечного тонуса, тахикардия.

*Хроническая интоксикация.* К кокаину привыкают довольно быстро. Его вводят подкожно, внутривенно, чаще вдыхают порошок. Деграция личности при кокаиновой наркомании еще более глубокая, чем при морфинизме. Уже в первые годы применения препарата кокаиноманы становятся черствыми, эгоистичными, мелочными и раздражительными. Они выглядят старше своих лет, быстро дряхлеют, неопрятны, неряшливы.

Наблюдаются выраженные психопатические расстройства: бредовые идеи ревности и преследования, иллюзии, устрашающие зрительные галлюцинации, явления тактильного галлюциноза (больным кажется, что под кожей ползают жучки, черви и клопы). Абстиненция выражена незначительно.

**Токсикомании** – это состояния, при которых болезненное пристрастие развивается к веществам, не входящих в список наркотиков.

Большое место среди таких веществ занимают психотропные средства (транквилизаторы), а также снотворные и препараты, стимулирующие центральную нервную систему (антигистаминные препараты). Их применяют с целью улучшения самочувствия, снижения чувства дискомфорта – с одной стороны, с другой – с целью ощутить эйфоризирующий или одурманивающий эффект. Токсикоманы могут использовать средства бытовой и промышленной химии (бензин, пятновыводители и другие).

Однако токсикоманические свойства того или иного из препаратов могут проявиться лишь при длительном его применении.

Токсикомании характеризуются в основном синдромом физической зависимости, проявляющейся в виде головокружения, головных болей, тахикардии, тремора.

Общая клиническая характеристика токсикоманий аналогична таковой при наркоманиях.

С течением времени у токсикоманов постепенно происходит психопатическое изменение личности, появляются эгоцентризм, невыдержанность, ипохондричность, резко меняется настроение.

На основе изучения состава лиц, употребляющих токсикоманические вещества, можно выделить следующие три группы токсикоманов.

1. Больные хроническими соматическими заболеваниями, неврозами, начавшие применять психопатические вещества по медицинским показаниям.

2. Больные хроническим алкоголизмом, принимающие взамен алкоголя либо вместе с ним лекарственные или другие препараты для достижения большей степени опьянения.

3. Молодежь и подростки, употребляющие токсические средства с целью удовлетворить любопытство, подражания, из-за скуки и т.д.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Наркомании не только наносят ущерб психическому и физическому здоровью, но и вызывают ряд социальных конфликтов – различные жилищные, брачно-семейные и имущественные дела, касающиеся не только больных, но и членов их семей.

Гражданское законодательство допускает ограничение дееспособности, если неоднократные меры общественного воздействия не дали поло-

жительного результата; лишение родительских прав. Предусмотрена возможность принудительного лечения и принудительной госпитализации больных, отказывающихся от лечения и вместе с тем представляющих опасность для окружающих и для себя.

Судебно-психиатрическая экспертиза больных наркоманиями назначается при совершении ими правонарушений, обычно связанных с приобретением наркотиков.

Лица, страдающие наркоманиями, как правило, признаются вменяемыми.

Невменяемость устанавливается в тех редких случаях, когда наркоман совершил правонарушение в психотическом состоянии, развившемся при абстиненции или в результате острой интоксикации наркотическими средствами, а также при интеллектуальных и личностных нарушениях.

Наркоманы, совершившие преступление и признанные вменяемыми, подлежат принудительному лечению в соответствии со ст. 97 п. "г" УК РФ.

## 6. Олигофрения

Олигофрения (врожденная умственная отсталость, умственное недоразвитие, врожденное слабоумие) – группа патологических состояний, аномалий развития с врожденным или рано приобретенным нарушением познавательной деятельности преимущественно в виде интеллектуальной недостаточности.

Олигофрению в зависимости от глубины интеллектуального недоразвития принято делить на идиотию, имбецильность и дебильность.

Среди направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, больных с *идиотией* (наиболее глубоким врожденным слабоумием) и *имбецильностью* (тупоумием) немного.

Идиотия и имбецильность всегда обуславливают невменяемость. Эксперту-психиатру приходится иметь дело лишь с дебильными личностями.

*Дебильность* – легкая степень олигофрении. Такие больные с детства обнаруживают отставание в развитии, позже начинают ходить. Фразовая речь формируется к трем-четырем годам. Зачастую у них долго отмечаются дефекты речи.

В школе не могут полноценно осмыслить даже простой учебный материал, учатся плохо, остаются на второй год.

При дебильности рекомендуется обучение во вспомогательных школах.

Такие лица способны овладеть тем или иным видом труда, чаще не квалифицированного, трудовые процессы они выполняют механически, подражательно.

Интересы больных узки, они сосредоточены главным образом, на удовлетворение физиологических потребностей, развлечениях. Из книг читают сказки, смотрят в основном детские и приключенческие фильмы.

В отличие от имбецилов эти больные нередко могут обобщать полученный опыт, делать несложные умозаключения и практические выводы. В некоторых жизненных ситуациях, используя накопленный опыт, такие лица проявляют достаточную целенаправленность и активность.

Дебильность в зависимости от глубины интеллектуальной недостаточности принято делить на глубокую, умеренно выраженную и легкую.

Выделяют также *пограничную умственную отсталость* или говорят о задержке психического развития, подчеркивая обратимость, возможность компенсации интеллектуального дефекта.

В формировании пограничной умственной отсталости ведущая роль принадлежит неблагоприятным средовым факторам (неполные семьи, конфликты между родителями, родители страдали алкоголизмом).

Поэтому задержку психического развития следует рассматривать вне рамок олигофрении, как имеющую иные происхождения и исход, чем врожденная умственная отсталость.

Изменения критических способностей при дебильности различны. При легкой дебильности нередко сохраняется достаточная критическая оценка несложных ситуаций, возможных последствий своих поступков, понимание общепринятых норм поведения и требований закона.

Запоминания обычно недостаточны, но возможна хроническая механическая память (больные запоминают даты, факты, но использовать эти знания не в состоянии).

Внимание также нарушено. Речь дефектна.

Особое место среди клинических признаков дебильности занимают повышенная внушаемость и подчиняемость, вследствие чего такие лица легко поддаются под влияние других, соглашаются с любыми предложениями окружающих.

Интеллектуальная недостаточность при дебильности обычно сочетается с эмоциональными и волевыми нарушениями.

В зависимости от их выраженности выделяют "простой" тип дебильности, гиподинамический (торпидный) и гипердинамический (эретический) типы.

*При "простом" типе* эмоционально-волевые расстройства незначительны.

*Гипердинамическому типу* свойственна расторможенность, двигательное беспокойство, безмотивные аффекты.

*При гиподинамическом типе* отмечается общая заторможенность психических процессов.

В рамках эмоционально-волевых расстройств при дебильности нередко нарушения влечений. Могут встречаться пиромании (поджоги), реже

дромомания (бродяжничество) и достаточно часто - патология сексуального влечения. Обострение этих проявлений в пубертатном периоде приводит к опасным действиям или непредсказуемому поведению таких больных.

### Судебно-психиатрическая оценка

Оценка вменяемости при дебильности сложна, вместе с тем среди обвиняемых умственно отсталые встречаются нередко. Экспертный опыт говорит о том, что умственно отсталые совершают кражи, угоны транспортных средств; насильственные действия бывают реже.

При решении вопроса о вменяемости этих лиц главное место занимает выяснение интеллектуальной недостаточности, возможности ориентироваться в практических житейских делах, способности обследуемого к компенсации имеющегося дефекта, сохранности к адаптации.

Особое место принадлежит эмоционально-волевым расстройствам, которые усугубляют имеющийся дефект и мешают осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Для оценки степени психических нарушений при дебильности имеют значение такие клинические признаки, как слабость суждений и особенно нарушение критики.

Кроме того, эксперт выявляет наличие и выраженность типичных для дебильности психопатологических нарушений: повышенной внушаемости и подчиненности, нарушение внимания, расстройств памяти, примитивности эмоций, импульсивности действий и т.д. Необходимо выяснить способность больного ориентироваться в конкретной ситуации, активность и целенаправленность в поступках, приспособляемость к новым условиям, способность участвовать в трудовой деятельности.

### Пример

*Обследуемый И., 22 лет, обвиняется в изнасиловании. Наследственность неотягощена. В детстве перенес пневмонию, корь, дизентерию в тяжелой форме. Отставал в психическом развитии. Был вспыльчивым, драчливым. В школе с 8 лет, дважды оставался на повторный курс в первом классе, переведен во вспомогательную школу. На уроках неусидчив, расторможен. Дома груб, агрессивен по отношению к матери, часто убегал из дома, совершал мелкие кражи, в связи с чем состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. С четырнадцати лет находился под наблюдением психоневрологического диспансера с диагнозом: олигофрения в степени дебильности.*

*Окончив 6 классов вспомогательной школы, работал кровельщиком. К работе относился недобросовестно, допускал прогулы, употреблял*

спиртные напитки. В 20 лет женился, имеет дочь. В алкогольном опьянении совершил изнасилование гр. А.

*Психическое состояние:* во время беседы несколько развязан, не ощущает дистанции, раздражителен, обидчив. Сведения излагает последовательно, фиксирует внимание врача на том, что состоит на учете у психиатра. При этом старается показать себя "тяжелобольным", просит помочь ему. Словарный запас ограничен, объем знаний и представленный бедный, вместе с тем хорошо ориентируется в практических вопросах. Мышление конкретного типа, достаточно последовательное, логичное. Склонен к аггравации своей интеллектуальной ограниченности. Правонарушение не отрицает, но ссылается на запомывание некоторых своих действий, пытается уверить, что у него в период правонарушения "что-то случилось с головой". Вместе с тем сожалеет о содеянном, понимает противоправность и наказуемость своих действий, озабочен исходом дела. В отделении склонен к нарушению режима, конфликтует с медперсоналом, но при замечании легко корригирует свое поведение.

**Заключение:** олигофрения в степени легкой дебильности; вменяем.

Определение вменяемости-невменяемости при эмоционально-волевых расстройствах неодинаково.

Выраженные эмоционально-волевые нарушения, усугубляя интеллектуальную недостаточность, при общей отрицательной динамике и неудовлетворительной социальной адаптации свидетельствуют о глубокой дебильности и дают основания считать обследуемых невменяемыми.

### **Пример**

*Обследуемый В., 23 лет, обвиняется в убийстве 3-х летнего племянника. Отец умственно отсталый, сестра больна эпилепсией. Гр. В. отставал в психическом и физическом развитии, рос тихим, замкнутым. В школе с девяти лет материал не усваивал, в первом и во втором классах оставался на второй год, в дальнейшем с трудом переходил из класса в класс. Окончив 8 классов, поступил в ПТУ, но учиться не смог, так как не справлялся с программой. В последующем не работал, в 19 лет установлена инвалидность II группы, дома помогал матери по хозяйству. Родственники характеризуют его трудолюбивым, но вспыльчивым, злобным, иногда у него отмечались "вспышки ярости", во время которых он избивал членов семьи. В день правонарушения ожидал получения пенсии, был напряженным, злобным, бранил почтальона, который не принес деньги. В это время его 3-х летний племянник попросил хлеба и воды, в ответ на это гр. В. стал избивать ребенка руками, ногами, бил его головой о стену.*

*Психическое состояние:* во время беседы сидит в однообразной позе, опустив голову, при обращении к нему иногда робко улыбается. Движения замедленные, угловатые, неуклюжие. Сведения о себе сообщает кратко,

*непоследовательно, после настойчивых расспросов, говорит простыми, короткими фразами. Речь бедна, запас общеобразовательных сведений скудный; едва читает по слогам, простые арифметические действия выполняет с ошибками, не улавливает переносного смысла пословиц и поговорок. При расспросах о правонарушении не высказывает сожаления о смерти племянника, не испытывает чувства вины, заявляет, что был очень зол на почтальона, который не принес пенсию, а племянник попался под "горячую руку". Обнаруживает повышенную внушаемость, стереотипно повторяет все, что говорят другие.*

*При шуме в палате, резком замечании пугается, становится растерянным, беспомощным, не может произнести ни одного слова, долго не успокаивается.*

**Заключение:** олигофрения в степени выраженной дебильности; неменяем.

Меры медицинского характера в отношении неменяемых олигофренов должны быть дифференцированными. Следует учитывать глубину интеллектуальной недостаточности, выраженность и характер эмоционально-волевых расстройств, особенности и повторность правонарушений.

Лица с дисфорическими нарушениями склонны к повторным опасным действиям, их поведение плохо корректируется, поэтому следует рекомендовать направление таких больных на принудительное лечение в специализированные психиатрические больницы. Такие же меры следует применять в отношении дебильных личностей с расстройствами влечений, особенно сексуальных, поскольку опасные действия они зачастую совершают многократно при явном снижении способности регулировать свое поведение.

При иных типах нарушений эмоционально-волевой сферы применяют принудительное лечение в общих психиатрических больницах и иногда лечение на общих основаниях.

Показанием к прекращению или изменению вида принудительного лечения при олигофрении следует считать снижение активности, редукцию осложняющих состояние эмоционально-волевых расстройств.

*Экспертиза потерпевших и свидетелей* является одним из относительно частых видов судебно-психиатрического освидетельствования при олигофрении. Около половины всех таких экспертиз касаются дебильных личностей.

Особенно часто дебильные личности встречаются среди потерпевших по сексуальным делам.

Умственно отсталые девушки из-за снижения критики и усиленного полового влечения, нередко становятся жертвами сексуального посягательства, а нередко сами провоцируют его.

Способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания связаны с глуби-

ной интеллектуальных расстройств и особенностями эмоционально-волевой сферы.

Глубокая дебильность предопределяет невозможность участия в судебно-следственных действиях в качестве потерпевшей. При вынесении подобного решения экспертам целесообразно указывать на беспомощное состояние таких лиц.

Легкая неосложненная дебильность обычно не препятствует выступать в качестве потерпевшей (свидетеля). Выраженные психопатоподобные нарушения с фантазированием, лживостью, расстройствами влечения обычно не позволяют правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Так же расценивается состояние большинства больных с гиподинамическим вариантом дебильности, у которых отмечается патологическая повышенная внушаемость и подчиняемость. Во всех таких случаях часто бывают оговоры и самооговоры больных, их показания изменчивы, зависят от содержания, тона вопроса, влияния лиц, присутствующих во время следствия.

Судебно-психиатрическое освидетельствование свидетелей, страдающих олигофренией, встречается реже, критерии экспертной оценки аналогичны, приведенным выше.

## 7. Психопатии

**Психопатия** – стойкая аномалия личности с дисгармонией эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным, мышлением. Психопатические особенности проявляются в детстве или юности и без значительных изменений сохраняются в течение всей жизни, они пронизывают всю личность, определяют ее структуру, и обычно препятствуют полноценному приспособлению личности к окружающей среде.

Для психопатии характерна триада признаков:

- тотальность;
- стойкость характерологических нарушений;
- изменения социальной адаптации.

Она имеет особое значение в судебной психиатрии.

Выделяют психопатии возбуждимого, истерического, паранойяльного, тормозимого и шизоидного круга.

**Возбуждимая психопатия.** Ведущими особенностями характера этих лиц является повышенная возбудимость, раздражительность, взрывчатость, злобность, злопамятность, склонность к колебаниям настроения, которые обычно обусловлены внешними причинами. Им свойственна склонность к бурным проявлениям аффекта по незначительному поводу, они постоянно всем недовольны, ищут повода для придирок, чрезвычайно нетерпимы к чужому мнению, нетерпеливы, не выносят противоречий. Им свой-

ственны эгоизм, нежелание считаться с интересами других, в том числе и близких им людей.

**Истерическая психопатия.** Эти лица стремятся быть постоянно в центре внимания, поэтому их поведение демонстративно, театрально, лишено простоты и естественности. Им свойственна психическая незрелость, инфантилизм, их чувства поверхностны, неглубоки, эмоциональные привязанности нестойки. Часто бывают колебания настроения, быстро сменяются симпатии и антипатии, внешняя доброжелательность может сочетаться с эмоциональной холодностью. Они повышено внушаемы и самовнушаемы, не способны к длительному волевому напряжению. Суждения отличает противоречивость, склонность к выдумкам, фантазированию. В трудных ситуациях легко возникают истероневротические нарушения: бурные аффективные реакции с рыданиями, криками, нанесением самоповреждений, агрессией в отношении окружающих, истерические физические симптомы (истерический мутизм, сурдомутизм, астазия-абазия, нарушение чувствительности по типу "чулок").

**Паранойяльная психопатия.** Этим лицам свойственна склонность к сверхценным образованиям, подозрительность, повышенная самооценка, негибкость психики. С детства они отличаются прямолинейностью, упрямством, гиперстеничностью в тенденции к лидерству и самоутверждению. Они чрезвычайно чувствительны к игнорированию их мнения, склонны преувеличивать значение возникающих у них с окружающими разногласий, крайне обидчивы и злопамятны. С возрастом эти лица становятся консервативными, ригидными, придирчивыми, мелочными. Бескомпромиссность, категоричность суждений, стремление в любой ситуации поступать по-своему, присущий им эгоизм мешают им поддерживать ровные отношения в семье и с окружающими. Легко возникающие конфликты порождают одностороннюю оценку реальных событий, их интерпретацию в плане приверженности собственной позиции. Возникающие подозрения все более подкрепляются новыми доказательствами, приобретают бредовую охваченность.

**Тормозимая психопатия.** В эту группу объединены лица с астеническими, психастеническими и шизоидными особенностями характера на основе свойственных им всем тормозных, пассивных реакций на различные психотравмирующие ситуации. Астеническим психопатическим личностям свойственна повышенная впечатлительность, робость, нерешительность, застенчивость, повышенная чувствительность в отношении различных внешних раздражителей, раздражительная слабость при даже незначительном эмоциональном напряжении. Фон настроения у них обычно угнетенный, легко возникает чувство тревожности, неуверенности в себе при столкновении даже с незначительными трудностями. Психастенические личности отличаются повышенной рефлексией, стремлением к постоянному самоанализу и самоконтролю, чувством собственной непол-

ноценности, склонностью к навязчивым сомнениям. У них легко формируются различные фобии. Для всех тормозимых личностей характерна слабость влечений: плохой аппетит, отставание в половом развитии. У них часто наблюдаются вазовегетативные нарушения с расстройством сна, головной болью, кардиалгиями.

**Шизоидная психопатия.** Эти лица отличаются необщительностью, интровертированностью, склонностью к внутренней переработке своих переживаний. Они ранимы, робки, нерешительны, застенчивы, часто испытывают трудности контакта с ближайшим окружением. Кроме этого, у них выявляется отсутствие чувства юмора, излишняя серьезность и сентиментальность, чуждаемость и мнительность, склонность к самоанализу и рефлексии. Увлечения их нестандартны, но не оторваны от внешнего мира, касаются в основном литературы, искусства, музыки, теоретических разделов науки.

### Судебно-психиатрическая оценка

В динамике психопатий выделяют состояния компенсации и декомпенсации. *Компенсация* – это этап динамики психопатии, когда отмечается адаптация личности к микросреде с минимальным проявлением патологических черт характера и удовлетворительными показателями ее социальной приспособляемости. *Декомпенсация* – состояние обострения, обнажения всех патологических характерологических черт личности с нарушением имевшейся ранее социальной адаптации.

От психопатий следует отличать акцентуации характера как крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость для определенных психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим.

Психопатические личности в судебно-психиатрической практике обычно признаются вменяемыми, за исключением состояний декомпенсации психопатии, в структуре которых отмечается наряду с углублением характерологических черт невротические, аффективные, бредовые переживания.

### 8. Исключительные состояния

*Исключительные состояния* – это кратковременные расстройства психической деятельности, которые возникают внезапно и сопровождаются помрачением сознания (сумеречное нарушение сознания), двигательным возбуждением, полной амнезией переживаний периода нарушенного сознания. Прекращаются так же внезапно, как и начались.

По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, число лиц, у которых диагностированы исключительные состояния, составляет 1-2% от общего числа лиц, признанных невменяемыми. К исключительным состояниям относят патологическое опьянение, патологический аффект, реакцию короткого замыкания, патологические просоночные состояния.

Исключительные состояния могут возникать у психически здоровых лиц, но чаще они наблюдаются у лиц с более или менее выраженной церебрально-органической неполноценностью. Именно церебрально-органическая почва создает ту или иную степень психической неустойчивости, которая не есть проявление психического заболевания, но является фактором, обуславливающим развитие исключительных состояний.

Развитию исключительного состояния почти всегда предшествуют какие-либо внешние воздействия. К ним относятся психическое и физическое переутомление и перенапряжение, астенизирующее влияние нетяжелых соматических и инфекционных заболеваний, недосыпание, переохлаждение или перегревание организма. Сочетание этих временно действующих и астенизирующих факторов с имеющейся более или менее выраженной церебрально-органической недостаточностью создает предпосылки для возникновения исключительных состояний.

Патологическое опьянение рассмотрено ранее.

**Патологический аффект.** Возникает в результате внезапной и интенсивной психической травмы, характеризуется последовательным развитием следующих фаз: подготовительной, фазы взрыва и заключительной.

В *подготовительной фазе* под влиянием психической травмы (обида, неожиданное оскорбление) происходит резкое нарастание аффективного напряжения с концентрацией всех мыслей на травмирующем моменте.

В *фазе взрыва* отмечается глубокое помрачение сознания (по типу сумеречного) с неистовым двигательным возбуждением.

*Заключительная фаза* характеризуется резким ослаблением психических и физических сил, последующим сном либо состоянием, близким к прострации. Воспоминания о происшедшем носят отрывочный характер, но чаще не сохраняются вообще.

**Реакция короткого замыкания.** Она возникает в результате длительно существующего интенсивного аффективного напряжения в форме тоски или отчаяния. На этом фоне внезапно возникает нарушение сознания (по типу сумеречного) с автоматизированными действиями или импульсивными поступками. Оканчивается либо сном, либо резким психофизическим истощением. Воспоминания об этом состоянии фрагментарны.

**Патологическое просоночное состояние.** Возникает при пробуждении от глубокого сна, сопровождаемого яркими и кошмарными сновидениями, и характеризуется обманами восприятия на фоне аффекта страха. Заканчивается сном.

## Судебно-психиатрическая оценка

Клиническую картину исключительных состояний обычно приходится восстанавливать ретроспективно на основании свидетельских показаний, содержащихся в материалах уголовного дела. Именно выявленные следователем при проведении следственных действий объективные данные (показания свидетелей о поведении испытуемого, его высказываниях, особенностях мимики, моторики, контакта с окружающими и т. д., первый допрос испытуемого, его отношение к инкриминируемому ему деянию) оказываются единственной фактурой для формулирования врачом, судебно-психиатрическим экспертом своих диагностических выводов. Это тем более важно, что после выхода из психотического состояния больные, как правило, амнезируют не только совершенные ими противоправные действия, но и свои психопатологические переживания периода расстроенного сознания. При констатации исключительного состояния в период совершения правонарушения эти лица признаются невменяемыми.

### 9. Реактивные состояния

*Реактивные состояния* – это временные болезненные расстройства психической деятельности, развивающиеся в результате воздействия психической травмы. Реактивные состояния делятся на две большие подгруппы: неврозы и реактивные психозы.

Возникновение неврозов связано, как правило, с воздействием длительно существующих конфликтов, а реактивных психозов с острыми психогенными воздействиями.

К *неврозам* относятся: истерический невроз, невроз навязчивых состояний и неврастения. Все виды неврозов имеют общие характерные признаки. В их развитии большую роль играют личностные особенности больного, которые отражают слабость их высшей нервной деятельности, низкий предел психологической выносливости в отношении различных психогенных воздействий.

*Истерический невроз.* Клиническая картина чрезвычайно разнообразна и складывается из двигательных, сенсорных, вегетативных и психических расстройств. Среди двигательных расстройств наиболее яркими являются истерические припадки (эмоционально выразительное, сопровождаемое криками и слезами двигательное возбуждение), истерические параличи, контрактуры в мышцах конечностей, явления астазии-абазии (отказ от стояния и ходьбы при полной сохранности опорно-двигательного аппарата), истерическая афония (утрата звучности голоса), истерический мутизм. Сенсорные нарушения представлены в виде различных нарушений кожной чувствительности, которые не соответствуют зонам иннервации,

болевыми ощущениями в различных областях тела, нарушениями деятельности отдельных органов (истерическая слепота, глухота). Вегетативные нарушения занимают значительное место в структуре истерических неврозов. Среди них наблюдаются истерический ком (результат спазма гладкой мускулатуры), ощущение непроходимости пищевода, чувство недостатка воздуха. Может быть истерическая рвота, не связанная с заболеванием желудочно-кишечного тракта, метеоризм, понос и т. д. Психические нарушения многообразны. Преобладают страхи, колебания настроения, чувство подавленности, депрессия. Часто развиваются фобии, ипохондрические проявления, склонность к фантазированию.

*Невроз навязчивых состояний.* Редко встречается в судебно-психиатрической практике. Клиническая картина складывается из различных состояний, среди которых выделяют следующие:

- *отвлеченные навязчивости* – навязчивый счет, воспоминание забытых имен, терминов, навязчивое мудрствование;
- *чувственно-образные навязчивости*:
  - навязчивые сомнения;
  - постоянная неуверенность в правильности своих действий;
  - навязчивые представления;
  - неправдоподобные, абсурдные представления, от которых больной не может отвлечься;
  - навязчивые воспоминания;
  - назойливые воспоминания о неприятном событии прошлого;
  - навязчивые страхи (фобии);
  - многообразные по содержанию страхи (страх высоты, закрытого пространства, болезни и т. д.), несмотря на их бессмысленность больные не могут с ними справиться;
  - навязчивые действия; движения, совершаемые против желания больного, несмотря на все его усилия сдержаться, могут носить характер защитных ритуалов.

*Неврастения.* Заболевание развивается медленно на фоне хронической физической усталости и длительной психотравмирующей ситуации. Ведущее место в клинической картине занимает астенический синдром, психическое и физическое истощение. Отмечается повышенная возбудимость, повышенная истощаемость, усиливается рассеянность, снижается творческая активность и продуктивность. Появляются головные боли, нарушается сон, отмечается гиперстезия. Настроение понижено. Течение неврастении длительное, при нормализации ситуации ее симптомы могут бесследно исчезнуть.

В судебно-психиатрической практике неврозы встречаются относительно редко. В случае их возникновения эти больные обычно признаются вменяемыми, поскольку неврозы никогда не сопровождаются психотической симптоматикой и нарушением критических способностей.

Среди *реактивных психозов* в судебно-психиатрической практике наиболее часто встречаются следующие.

*Психогенная депрессия.* Ведущее место в клинической картине занимает депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью (простая реактивная депрессия). На фоне депрессивного аффекта возможно развитие идей отношения, самообвинения, связанных с психотравмирующей ситуацией, иногда развиваются явления синдрома Кандинского-Клерамбо (депрессивно-параноидальная депрессия). В ряде случаев аффект тоски маловыразительный, настроение характеризуется монотонным унынием, апатией в сочетании с подавленностью всех психических процессов (астенодепрессивное состояние). Нередко в судебно-психиатрической клинике психогенное депрессивное состояние отличается особой яркостью, аффект тоски становится чрезвычайно выразительным, сочетается с гневливостью, агитацией, внешне обвиняющими формами реагирования (истерическая депрессия).

*Реактивный параноид.* Это редкая форма реактивных состояний. Возникает обычно после ареста, когда на фоне эмоционального напряжения, беспокойства и мучительной тоски развивается бред особого значения, отношения преследования. Больные защищаются от мнимых преследователей, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Возможен бред внешнего воздействия, когда больные ощущают постоянный контроль за собой, влияние на них внешней силы, осуществляемое с помощью гипноза или особых препаратов. Все бредовые идеи объединены общим содержанием, которое прямо или косвенно связано с психотравмирующей ситуацией.

*Реактивный галлюциноз.* Ведущими в клинической картине данного вида реактивного состояния являются истинные вербальные галлюцинации, содержание которых непосредственно связано с психотравмирующей ситуацией и тематикой бреда. Множественные голоса в виде диалога обсуждают поведение больного, угрожают ему, предсказывают мучения, смерть. Наряду с этим больные слышат плач и крики о помощи своей жены, родителей, детей. Могут быть зрительные обманы восприятия, когда больные видят своих родственников или нападающих на них бандитов, вооруженных людей. Все это сопровождается аффектом страха.

Достаточно часто наряду с этим у больных отмечаются наплывы мыслей, ощущение их "вытягивания", "чтения", "чувство внутренней раскрытости", что сочетается с другими слуховыми псевдогаллюцинациями. В этих случаях говорят о реактивном галлюцинаторно-параноидном синдроме.

Обычно после перевода больных из тюрьмы в больницу они быстро успокаиваются, продуктивная симптоматика быстро исчезает, напряженный аффект страха сменяется депрессией, общей астенией.

*Бредоподобные фантазии.* Это нестойкие, изменчивые фантастические идеи, не складывающиеся в определенную систему. Они обычно развиваются остро на фоне истерически суженного сознания. Характерны бредовые идеи величия, богатства (обладают несметными богатствами, сделали величайшие открытия, являются авторами грандиозных проектов и т.д.). В отличие от бредовых идей бредоподобные фантазии отличаются живостью, изменчивостью, крайней неустойчивостью, подвижностью, летучестью, отсутствием стойкой убежденности в достоверности своих высказываний. Характерно, что фантастически гиперболизированное содержание бредоподобных фантазий противоречит основному тревожному фону настроения. В период обратного развития психоза фантастические высказывания бледнеют и на первый план выходят депрессивные расстройства.

*Псевдодеменция (мнимое слабоумие).* Это истерическая реакция, проявляющаяся в миморечи (неправильные ответы на простые вопросы), мимодействии (не может выполнить простейшие привычные действия), внешне имитирующая внезапно наступившее глубокое слабоумие, которое в дальнейшем бесследно исчезает. Длительность этих расстройств две-три недели, на фоне лечения они легко подвергаются обратному развитию.

*Синдром Ганзера.* В условиях тюремного заключения иногда возникают более острые и грубые расстройства психической деятельности, также проявляющиеся миморечью, мимодействием. В отличие от псевдодеменции эти нарушения развиваются не на фоне истерически суженного сознания, а на фоне сумеречного его расстройства. Наряду с этим отмечаются истерические расстройства чувствительности и истерические галлюцинации. Эти состояния продолжаются несколько дней, и после выздоровления больные полностью амнезируют период болезни.

*Пуэрилизм.* Это психогенные истерические расстройства, которые проявляются в детском поведении на фоне истерически суженного сознания. Наиболее частыми и стойкими проявлениями является детская речь (говорят детским голосом с капризными интонациями, по-детски строят фразы, всех называют "дядями" и "тетями"), детские эмоциональные реакции (капризничают, обижаются, надувают губы, плачут при отказе их требованиям и просьбам), детская моторика (бегают маленькими шажками, подвижны, тянутся к блестящим предметам). В отличие от истинно детского поведения в поведении таких больных наряду с детскими чертами можно отметить сохранность отдельных привычных навыков (моторика во время еды, при курении и т.д.).

В судебно-психиатрической клинике пуэрильный синдром самостоятельно встречается относительно редко, более часто он входит в клиническую картину других реактивных психозов.

*Синдром регресса психики ("одичания").* В настоящее время это наиболее редкий вид реактивного психоза. Он характеризуется распадом пси-

хических функций на фоне истерически суженного сознания и истерического перевоплощения, когда поведение больного имитирует "дикого" человека или животного. Больные ползают, мычат, лают, пытаются лакать из тарелки, разрывают пищу руками, проявляют агрессию.

*Психогенный ступор.* Он проявляется полной обездвиженностью и мутизмом. Может развиваться как самостоятельная форма реактивного психоза и как последняя его стадия при постепенном углублении болезненного состояния. Выделяют истерический, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный и вялоапатический психогенный ступор.

*Истерический ступор* развивается постепенно и является последним этапом развития психогенных истерических синдромов: истерическая депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм. Отличается эмоциональным напряжением. Несмотря на неподвижность и мутизм, мимика и пантомимика больных эмоционально выразительны, отражают застывшее страдание, угрюмость, эмоциональную подавленность. Могут быть элементы пуэрилизма и псевдодеменции (тарачат глаза). Сознание изменено и напоминает аффективно-суженное. Несмотря на длительный отказ от приема пищи, физическое состояние сохраняется удовлетворительным.

*Депрессивный ступор* является следствием углубления психогенной заторможенности при психогенной депрессии.

*Галлюцинаторно-параноидный ступор* формируется постепенно и возникает после реактивного галлюцинаторно-параноидного синдрома.

После редуцирования ступорозных проявлений больные полностью сохраняют воспоминания о наблюдавшихся у них в тот период психопатологических переживаниях.

*Вялоапатический ступор* развивается после реактивного астенодепрессивного синдрома, и на первый план в его клинической картине выступает полная обездвиженность в сочетании с вялым мышечным тонусом. Данный вариант ступорозного состояния часто принимает затяжное течение, плохо поддается лечению.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Поскольку реактивные состояния, встречающиеся в судебно-психиатрической практике, развиваются после совершения правонарушения, эти лица при отсутствии у них хронического психического заболевания в отношении содеянного должны признаваться вменяемыми. При этом, в связи с наличием у них временного болезненного расстройства психической деятельности в виде реактивного состояния, они обычно направляются на принудительное лечение. После сглаживания реактивных психопатологических нарушений и по выздоровлении они могут быть направлены в места лишения свободы.

В ряде случаев реактивные состояния принимают затяжное течение (так называемые затяжные реактивные состояния), что позволяет в соответствии с ч.1 ст. 97 УК РФ применить в отношении этих лиц принудительное лечение. Осужденные при развитии у них реактивных состояний направляются на лечение в психиатрические больницы мест лишения свободы. Этой меры обычно бывает достаточно для купирования психоза.

## **10. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних**

Согласно законодательству к уголовной ответственности могут быть привлечены лица, которым до совершения преступления исполнилось 16 лет. Подростки в возрасте 14-16 лет привлекаются к ответственности лишь за определенные виды преступлений. Выделение экспертизы несовершеннолетних в самостоятельный раздел судебной психиатрии диктуется особым правовым положением подростков, связанным с возрастными особенностями их психики, а также с тем, что психические нарушения в этом возрасте, а соответственно и судебно-психиатрическая их оценка имеет специфику. Возраст 14-18 лет, в течение которого происходит половое и психическое созревание, обозначается как *пубертатный* (переходный). Пубертатный криз является ответственным этапом онтогенеза, поскольку именно в это время происходит бурное половое и психическое созревание. В пубертатном периоде могут обостряться хронические психические заболевания (шизофрения, эпилепсия и другие).

Пубертатный возраст имеет принципиальное значение для закрепления приобретенных аномалий характера, для выявления конституциональной психопатии. Большое значение имеет темп нарастания и массивность проявлений пубертатного периода.

Выделяют ускоренное созревание, или *акселерацию*, и замедленное созревание, или *ретардацию*. Но наибольшее значение имеют *асинхронии развития*, при которых половое, психическое и физическое созревание происходит неравномерно, диссоциированно. Чем более эта неравномерность выражена, тем более патологично этот период протекает.

Основной особенностью психических расстройств в подростковом возрасте является сочетание аффективных нарушений, утрированных проявлений психологического созревания с возрастными реакциями протеста, имитации, отказа, расстройств поведения, а также специфическими для подросткового возраста психопатологическими синдромами, среди которых наибольшее значение имеют следующие.

*Синдром психического инфантилизма* характеризуется задержкой созревания всех сфер психики, выраженной внушаемостью и подражательностью, слабостью интеллектуального и волевого контроля, несформированностью мотивации, отсутствием борьбы мотивов при принятии

решений, нарушением способности к прогнозированию, критике, неуправляемостью поведения.

*Синдром фантазирования* тесно связан с психической незрелостью. Возникает по механизмам инфантильной психологической защиты, может быть псевдокомпенсаторным, отражая стремление подростка к самоутверждению, может возникать психогенно по механизму вытеснения или замещения реальной тяжелой ситуации.

*Синдром сверхценных образований*, среди которых наиболее часто в судебно-психиатрической практике встречаются сверхценная неприязнь и привязанность, сверхценные идеи мести или страх мести, сверхценные увлечения, дисморфофобии, идеи своей неполноценности или переоценки. Все эти сверхценные идеи характеризуются субъективной значимостью, они занимают неадекватно большое место в психике и во многом определяют поведение подростков.

*Гебоидный синдром* характеризуется карикатурным заострением и патологическим искажением психологических особенностей, свойственных подростковому возрасту. Появляется расторможенность или извращенность влечений, ослабление и искажение нравственных установок, эмоциональное притупление со снижением высших эмоций (жалость, сопереживание), нарастает холодность, жестокость, отмечаются садистические наклонности. Подростки оппозиционны и эгоцентричны, стремятся к лидерству, отмечается асоциальная направленность интересов, повышенная криминогенность, жестокость при совершении правонарушений.

*Синдром пубертатной астении* бывает наиболее выражен на высоте кризисного периода (14-15 лет) и представлен значительным снижением побуждений, чрезмерной психической и физической истощаемостью, падением интеллектуальной продуктивности, вялостью, нарушениями сна и головной болью.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

При судебно-психиатрическом освидетельствовании подростков необходимо помнить не только о влиянии возраста на клиническую картину и течение психических заболеваний, но и возможности развития патологического пубертатного криза как самостоятельного болезненного расстройства психической деятельности подростков. В этих случаях оно квалифицируется как временное болезненное расстройство психической деятельности и экспертные вопросы решаются в зависимости от степени его патологичности.

Но чаще пубертатный криз протекает аномально у лиц с теми или иными психическими отклонениями и заболеваниями. При этом основными особенностями психических заболеваний в пубертатном возрасте являются стертость, неразвернутость, фрагментарность симптоматики и прева-

лирование в клинической картине характерологических, невротических и поведенческих нарушений.

Ко всем подросткам, признаваемых невменяемыми, применяются меры медицинского характера.

## 11. Симуляция и диссимуляция психических расстройств

**Симуляция** психического заболевания – сознательное, притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства.

Принято выделять симуляцию у психически здоровых – *истинную симуляцию* и симулятивное поведение у лиц с теми или иными психическими нарушениями – *симуляцию, возникающую на патологической основе*.

В зависимости от временного фактора симуляцию подразделяют на три варианта:

1. *Предварительную (превентивную)*, то есть симуляцию, проводимую в период, предшествующий совершению преступления, с целью ввести окружающих в заблуждение, что преступление совершено в состоянии психического заболевания;

2. *Интрасимуляцию*, то есть симуляцию, осуществляемую в момент совершения преступления для сокрытия его истинных мотивов;

3. *Постсимуляцию*, то есть симуляцию, которая осуществляется после совершения правонарушения, как защитное поведение с целью уклонения от ответственности.

Существует ряд способов симуляции. Чаще всего с целью симуляции лица своим поведением и высказываниями стремятся произвести впечатление психически больного.

Иногда с этой же целью они принимают какие-либо лекарственные средства. В отдельных случаях испытуемые прибегают к симуляции анамнеза, сообщая ложные сведения о якобы перенесенном психическом заболевании, вступают в сговор с близкими, запасаются фиктивными документами.

Указанные способы симуляции могут сочетаться. Среди симулирующих преобладают лица, совершившие правонарушение повторно, что объясняется их большей осведомленностью о назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.

*Истинная (чистая) симуляция* в судебно-психиатрической практике встречается относительно редко.

В этих случаях преступники прибегают к *симуляции анамнеза*. Они сообщают о себе и родственниках неправдоподобные сведения (утвержда-

ют что многие из них страдают душевными заболеваниями, окончили жизнь самоубийством и т.д.).

Поэтому осторожно следует оценивать не только субъективный анамнез, но и сведения, сообщаемые близкими. Известны случаи, когда подэкспертные инструктировали родных, какие сведения следует сообщить при опросе врачу.

Выбор формы симуляции, в том числе и при симуляции анамнеза определяется распространенным среди населения представлением о психических заболеваниях, содержанием медицинской литературы и установками судебно-психиатрической экспертизы.

Нередко симуляции анамнеза предшествует стационарирование в психиатрические больницы с целью получить медицинский документ, подтверждающий это.

В других случаях лицо, обращаясь к психиатру по поводу невротических жалоб, расстройств сна, утяжеляет сообщаемые о себе ложные сведения указаниями на наличие голосов, бредовых идей и прочие.

Иногда ложная информация распространяется не на весь анамнез, а касается лишь преступления. Так, например, лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, ярко описывает болезненные переживания имевшие место в этот период, с целью имитирования алкогольного психоза.

С этим связаны определенные судебно-психиатрические трудности.

*Симуляция психического расстройства* обычно осуществляется в изображении отдельных болезненных симптомов и синдромов и реже в виде воспроизведения отдельной формы психического заболевания.

Так как симуляция индивидуальна, выбор симулятивных симптомов зависит от знаний и опыта симулянта, его осведомленности в вопросах психиатрии, от чисто случайных причин (советы испытуемых, находящихся на экспертизе, подражание другим больным). Определенное значение имеет и личность притворщика.

Все это обуславливает разнообразие симулятивных проявлений без каких-либо закономерностей.

Наиболее часто симулируются состояния с вялым монотонным поведением, подавленностью, отказами от контакта, ссылками на расстройства памяти. Часто на этом фоне симулируются "бредовые идеи", слуховые и зрительные галлюцинации и т.д. Характерны демонстративные суицидальные проявления. Обращает на себя внимание особая настойчивость симулятивных жалоб, стремление продемонстрировать якобы имеющиеся психические расстройства в присутствии врача. Чуть заметив за собой наблюдение, начинают разговаривать сами с собой, обращаться к персоналу с жалобами на мнимых преследователей, просят сделать соответствующие записи в журналах наблюдения.

При этом выражение лица симулирующего остается спокойным, отсутствуют жесты и мимика, свойственная галлюцинирующим больным.

Речевая продукция симулянта быстро истощается. При настойчивом расспросе симулирующего о якобы имеющихся у него "голосах" или "видениях" удается заметить его нерешительность, стремление избежать прямого ответа, прекратить разговор.

Симулятивные "бредовые идеи" преподносятся стереотипно в виде заранее подготовленных формул. Чаще всего симулянты заявляют, что их "преследуют" отдельные лица, целая группа, "банда" или испытывают на себе воздействие специальных аппаратов, лучей лазера или говорят о наличии неизлечимого заболевания, например рака. Нередко предъявляются идеи изобретательства.

Подэкспертные заявляют, что многие годы занимаются "разработкой научных идей", или сделано "великое открытие", предлагают свои методы лечения тяжелых болезней, проекты искоренения преступности и т.д. Такого рода высказывания нередко подкрепляются соответствующими схемами, рисунками, иногда имеющими "зашифрованный характер".

Однако, они не находят отражения в поведении симулянта, он не может уточнить многих деталей и подробностей изображенного явления. Например, у симулянта, демонстрирующего идеи величия, преобладает подавленное настроение, он внимательно следит за произведенным впечатлением, обдумывает ответы на вопросы и т.д.

Характерно, что в предъявляемом "творчестве" симулянтов обнаруживается отчетливая связь с прошлым опытом личности, ее интересами, прочитанной литературой.

Жалобы, ссылки на провалы, нарушение памяти, распространяющиеся на все прошлое или на период времени, относящийся к периоду совершения правонарушения, всегда преподносятся в демонстративной утрированной форме. При изображении их симулянты не могут избежать противоречий в поведении и высказываниях, обнаруживают промахи.

При симуляции слабоумия изображение расстройств памяти дополняется еще имитацией полного отсутствия каких-либо знаний и навыков. Симулянты нелепо отвечают на элементарные вопросы, грубо, неправильно ведут себя при обследовании. Однако у таких "ложных слабоумных" можно отметить отсутствие связи между тем, что активно приподносится и истинным положением дел.

Симулянт всегда собран, насторожен, иногда злобно раздражителен. При этой форме симуляции никогда не наблюдается благодушия и эйфории, свойственной больным с картиной истинного слабоумия.

Очень редко симулянты прибегают к имитации психомоторного возбуждения, глубокой депрессии, ступорозных состояний, так как они носят

кратковременный характер и требуют большого эмоционально-волевого напряжения, вызывают быстрое истощение и усталость.

В последнее время стала характерной форма симулятивного проявления с жалобами на имеющиеся в прошлом аффективные расстройства, проявляющиеся в колебаниях настроения либо состоянии глубокой апатии, увлечение в подростковом периоде религией, философией. Подобные высказывания эксперты могут расценить как симптомы, характерные для шизофрении. Несмотря на имитируемое безразличие к делу, симулянты внимательно наблюдают за производимым впечатлением, их мимика выявляет живой и напряженный аффект, тревожное ожидание и страх наказания.

Симуляция целостной картины психического заболевания очень сложна.

Общим для всех таких случаев является то, что собственно симуляции, как правило, предшествует предварительное знакомство с особенностями клинической картины психической болезни по учебникам, внимательное наблюдение за лицами, страдающими психическими заболеваниями, или имеет место инструктаж "подготовленными лицами".

Однако, как при симуляции отдельных симптомов, картина мнимой болезни всегда статична, отсутствует закономерная динамика болезненных явлений.

Не зная характерных сочетаний отдельных психопатологических симптомов при различных клинических формах душевных заболеваний, симулянты нередко изображают в одной мнимой картине болезни несочетающиеся симптомы.

### **Симуляция на патологической почве**

От истинной симуляции отличают целевое притворное поведение, возникающее на патологической почве.

Такое поведение может проявляться в различных формах:

1. *Аггравация* – сознательное или умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной в прошлом болезни.

2. *Метасимуляция* – сознательное продление заболевания или целевое изображение уже исчезнувших психопатологических симптомов.

3. *Сюрсимуляция* – изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию.

Аггравация чрезвычайно распространена в судебно-психиатрической практике. Особенно она часто встречается у лиц с органическими поражениями головного мозга, при олигофрении и проявляется в преувеличении интеллектуальной недостаточности, жалобах на резкое снижение памяти, неумение ориентироваться в житейской ситуации.

Обязательная особенность психического состояния больных, склонных к аггравации, сохранность личности и наличие сознания своего дефекта.

Резко выраженное слабоумие исключает возможность аггравации. В зависимости от уровня интеллектуального снижения личности притворное поведение носит элементарный, примитивный характер или же, напротив, бывает клинически более сложным и включает различные проявления. По мнению агграванта, эти проявления являются типичными для картины психического заболевания.

Во избежании экспертных ошибок, при выявлении аггравации существенное значение имеет детальное ознакомление с анамнезом и обстоятельным клиническим исследованием подэкспертного.

Общее условие возникновения сюрсимуляции – значительная выраженность психического дефекта и изменчивость личности притворщика.

У этих больных, как правило, отсутствует сознание своей болезни. Симулируемые симптомы являются чуждыми, не характерными для клинической картины имеющегося заболевания, что в определенной степени способствует их распознаванию.

Чаще всего сюрсимуляция встречается у больных, страдающих шизофренией. Поведение таких больных носит карикатурный характер. Они легко "выходят из роли", заявляют о том, что "симулировали", а затем вновь возвращаются к такому поведению.

Метасимуляция распространена у лиц, перенесших реактивные или алкогольные психозы. Отличительной особенностью этих состояний является отсутствие при метасимуляции динамики психопатологических явлений, свойственных истинным психозам. Симулянтами изображаются отдельные эпизоды психической болезни, а не ее течение и динамика.

Длительность симуляции может быть различной. В начале симуляции поведение симулянтов бывает изменчивым, так как они сталкиваются с рядом затруднений, меняют в зависимости от этого поведение, а также симулируемые симптомы. В дальнейшем оно становится более постоянным и заученным. В некоторых случаях при выборе простых форм симуляция может продолжаться весьма долго.

### **Распознавание симуляции**

Приемы, рекомендуемые специалистами для распознавания симуляции, направлены на то, чтобы добиться признания в симуляции и отказа от нее.

Однако признание должно быть подтверждено объективными данными.

Так, например, депрессивные больные с идеями самообвинения нередко заявляют, что они здоровы, а свое неправильное поведение объясняют симуляцией.

Разработан целый ряд экспериментально-психологических методов для распознавания притворного поведения.

Необходимо придавать значение физическим симптомам, сопровождающим некоторые психические заболевания, а также лабораторным и инструментальным (электроэнцефалография) методам исследования.

Но все же ведущее место в распознавании симуляции занимает клинический метод, включающий изучение психического состояния подэкспертного, сопоставление его с данными анамнеза.

Анализ структуры отдельных психопатологических синдромов с учетом их нозологической принадлежности, стереотипа и последовательности их развития в течении болезни позволяет выявить характерные для симуляции нетипичность, полиморфизм симптоматики, изолированность отдельно выявленных симптомов, их несовместимость, отсутствие целостной картины отдельного психического заболевания и характерной динамики развития болезни.

*Диссимуляция* – форма притворного поведения, противоположная симуляции. Она представляет собой преднамеренное утаивание действительно существующих признаков болезни.

Диссимуляция чаще наблюдается при шизофрении (бредовых синдромах), при органических, алкогольных психозах и т.д.

Выявление диссимуляции в судебно-психиатрической практике имеет большое значение для экспертного заключения, назначения, изменения и отмены мер медицинского характера. Необходимо иметь в виду, что желая выписаться из психиатрической больницы, больные прибегают к диссимуляции своих болезненных переживаний, нераспознавание которых в дальнейшем может стать причиной повторных общественно опасных действий.

Больные с бредовыми психозами стремятся выписаться из психиатрической больницы, осуществить свои намерения, продиктованные бредовыми идеями.

Депрессивные больные также прибегают к диссимуляции, стремясь осуществить свои суицидальные намерения.

В некоторых случаях психически больные стараются скрыть свою болезнь, чтобы не лишиться гражданских прав.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Учитывая серьезность последствий установления симуляции, судебно-психиатрическую экспертизу лиц, подозреваемых в симуляции, следует проводить в стационарных условиях.

Судебно-психиатрическая экспертиза здоровых лиц, обнаруживающих симулятивное поведение, не представляет затруднений: они вменяемы.

В случаях симуляции, возникающей на патологической почве, при клиническом обследовании необходимо выяснить характер этой почвы, определить глубину, выраженность, прогрессирование (прогредиентность) патологического процесса, характер дефекта.

Если обследуемые вменяемы, то в акте судебно-психиатрической экспертизы необходимо указать на наличие симуляции и аггравации.

### **Пример**

*Обследуемая Б., 24 лет, обвиняется в краже. С детства значительно отставала в умственном развитии от сверстников, окончила лишь два класса. Состоит на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом: олигофрения в степени умеренной дебильности. Последние 5-6 лет ведет антиобщественный образ жизни, употребляет спиртные напитки, совершает мелкие кражи. В 19 лет была осуждена за кражу условно. При проведенной тогда амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе была признана вменяемой с диагнозом: олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности с элементами установочного симулятивного поведения. При обследовании правильно ориентируется в сложившейся ситуации. Опрятна, собрана, общается с больными, соблюдает режим. Во время бесед с врачами заметно волнуется. Нарочито не отвечает или же отвечает неправильно на самые простые вопросы (не называет дней недели, число пальцев на руке и т.п.). При этом объясняет, что больна, ее "все называют дурочкой", поэтому ее "надо лечить". Иногда замечая недоверие к своим высказываниям, с раздражением заявляет, что "все равно больше двух лет не дадут".*

**Заключение:** олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности. Симулятивное поведение. Вменяема.

### **Пример**

*Обследуемый С., 26 лет, обвиняется в попытке изнасилования. В 20-летнем возрасте у гр. С. появилась тревожность, он стал подозрительным, начал уединяться. Высказывал идеи преследования. Был помещен в психиатрическую больницу, где диагностирована шизофрения. В дальнейшем в связи с обострением заболевания неоднократно госпитализировался с тем же диагнозом. Из материалов дела известно, что гр. С., встретив на улице гр. О., нанес ей побои и пытался изнасиловать. В первое время в период следствия гр. С. был тревожным, подозрительным, считал, что "все специально подстроено", вокруг него "заговорщики", ощущал, как "на полушария мозга оказывают воздействия". Однако вскоре состояние несколько улучшилось, исчезла тревога, стал понимать, что с ним происхо-*

дило "что-то странное", "все это казалось". Он "мог, наконец собраться с мыслями" и "поэтому решил симулировать".

*При обследовании: демонстративно отказывается от пищи, на вопросы, либо не отвечает вообще, либо дает бессмысленные ответы, "стараясь произвести впечатление слабоумного". Несколько раз в присутствии врачей "устраивал припадки". Вместе с тем периодически становится тревожным, настороженным, подозрительным, по ночам встает с постели, старается незаметно подойти к окну, к чему-то прислушивается. С волнением рассказывает врачу о своих переживаниях, просит защитить его. При экспериментально-психологическом исследовании были выявлены неадекватность речевых реакций, явления соскальзывания, трудности смысловых дифференцировок.*

**Заключение:** *Гр. С. страдает хроническим душевным заболеванием в форме шизофрении. Сюрсимуляция. Невменяем.*

### **Контрольные вопросы**

1. Шизофрения. Формы и типы течения. Основные проявления шизофрении. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.
2. Маниакально-депрессивный психоз. Особенности течения. Судебно-психиатрическая оценка больных, совершивших общественно опасные действия на разных стадиях развития болезни.
3. Эпилепсия. Понятие. Судебно-психиатрическая оценка сумеречного помрачения сознания при эпилепсии. Вменяемость при эпилепсии.
4. Понятие исключительного состояния, клинические критерии диагностики. Патологический аффект. Реакция короткого замыкания, просоночное состояние. Патологическое опьянение. Судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний.
5. Понятие психоактивного вещества, наркотика и токсического средства. Основные синдромы наркологических заболеваний (абстинентный, психическая и физическая зависимость, изменение толерантности, специфическая деградация личности).
6. Формы алкогольных психозов, их судебно-психиатрическая оценка.
7. Олигофрения. Определение понятия олигофрении. Формы олигофрении. Судебно-психиатрическая оценка лиц с признаками олигофрении.
8. Психопатии. Определение понятия психопатии. Формы психопатии. Судебно-психиатрическая оценка психопатий.
9. Причины и условия возникновения реактивных состояний. Неврозы и реактивные психозы. Формы реактивных состояний, встречающиеся в судебно-психиатрической практике. Судебно-психиатрическая оценка больных с реактивными психозами и неврозами.

10. Виды симуляции и диссимуляции психических расстройств. Методы распознавания симуляции.

11. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Судебно-психиатрическая оценка психических нарушений в подростковом возрасте.

## ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

### ***1. Судебная психиатрия включает несколько направлений:***

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

### ***2. Основными методами исследования в психиатрии являются:***

1. Клинико-психопатологический;
2. Психологический;
3. Неврологическое обследование;
4. Обследование другими врачами;
5. Параклинические методы;
6. Клинико-биохимические методы.

### ***3. Проведение и назначение СПЭ регламентируется правилами, установленными:***

1. ....
2. ....
3. ....

### ***4. Закон предусматривает обязательное проведение СПЭ в случаях:***

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

### ***5. Права и обязанности психиатра-эксперта представлены в статьях закона:***

1. Ст. 228 УПК;
2. Ст. 82 УПК;

3. Ст. 191 УПК;
4. Ст. 309 УК РФ;
5. Ст. 310 УК РФ;
6. Ст. 307 УК РФ.

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

1. Обвиняемый;
2. Потерпевший;
3. Родственники потерпевшего;
4. Защитник;
5. Прокурор;
6. Истец;
7. Ответчик.

**7. Основанием для проведения СПЭ является:**

1. ....
2. ....
3. ....

**Если речь идет об обвиняемом, то вопросы, данные на разрешение СПЭ, рекомендуется ставить в следующей форме:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....

**8. Основной вопрос, который формулируется в отношении свидетелей и потерпевших:**

.....

**9. Выберите из перечисленных ниже виды СПЭ:**

1. Экспертиза в кабинете следователя;
2. Амбулаторная;
3. Экспертиза в судебном заседании;
4. Стационарная;
5. Заочная;
6. Посмертная;

7. Первичная;
8. Повторная;
9. Дополнительная;
10. Комиссионная;
11. Комплексная.

**10. Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется документом:**

.....  
**Его структура и принцип составления регламентируется статьей Закона:**

.....  
**и состоит из следующих частей:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**11. Формула невменяемости содержится в статье Закона:**

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

**12. Формула невменяемости содержит два критерия:**

1. ....
2. ....

**13. Медицинский критерий невменяемости состоит из четырех признаков:**

1. Острых расстройств психической деятельности;
2. Хронического психического расстройства;
3. Временного психического расстройства;
4. Иного болезненного состояния психики.

**14. Юридический критерий невменяемости состоит из признаков:**

1. ....
2. ....

**15. Интеллектуальный признак юридического критерия формулируется как:**

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

**16. Волевой признак юридического критерия формулируется как:**

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

**17. Обязательное условие невменяемости – совпадение медицинского и юридического критериев:**

1. Да;
2. Нет.

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

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

**19. Исходя из ст. 21 и ст. 22 УК РФ, перед экспертной судебно-психиатрической комиссией могут быть поставлены следующие вопросы:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**20. При направлении на комплексную СПЭ и психологическую экспертизу потерпевших могут быть сформулированы следующие вопросы:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

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

1. Да;
2. Нет.

**22. Принудительные меры медицинского характера применяются только:**

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

**23. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**24. Виды принудительных мер медицинского характера предусмотренные в статье ... Закона:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

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

1. Да;
2. Нет.

## ОБРАЗЦЫ ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ

#### о назначении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

г. Зубцов

30 декабря 1997 года

Следователь СО Зубцовского РОВД г. Твери лейтенант юстиции Иванов И.Н., рассмотрев материалы уголовного дела № 13215, возбужденного по ст. 152 ч.2 УК РФ,

#### УСТАНОВИЛ:

15 ноября 1997 года около двух часов гражданин Бойков В.В., находясь в состоянии алкогольного опьянения, с целью совершения кражи продуктов питания, взяв лом и сумку, пришел к магазину № 28, расположенному в деревне Вахново Зубцовского района. Магазин принадлежит Зубцовскому РАЙПО. Здесь с помощью лома гражданин Бойков В.В. взломал дверь магазина и незаконно проник в его помещение, откуда тайно похитил сигареты, вино-водочные изделия и другие товарно-материальные ценности.

Проведенным по делу предварительным расследованием установлено, что гражданин Бойков Валерий Владимирович, 1954 года рождения, состоит на учете у врача-психиатра Зубцовской ЦРБ с диагнозом "Шизофрения", дважды проходил СПЭ, признан невменяемым, дважды с 1991 по 1993 годы и с 1996 по 1997 годы проходил принудительное лечение в психиатрической больнице специализированного типа г. Благовещенска и в наркологической больнице № 5 Московской области.

Принимая во внимание, что для выяснения наличия психических расстройств у гражданина Бойкова В.В., необходимы специальные познания в области судебной психиатрии, руководствуясь ст. ст. 78, 79, 184 и 187 УПК РСФСР,

#### ПОСТАНОВИЛ:

1. Назначить по настоящему уголовному делу амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, производство которой поручить экспертам ОПНД г. Твери.

2. На разрешение экспертов поставить следующие вопросы:

- страдает ли гражданин Бойков В.В. каким-либо психическим заболеванием и если страдает, то мог ли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?

- не находился ли гражданин Бойков В.В. в момент совершения преступления во временно болезненном состоянии и мог ли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?

- нуждается ли гражданин Бойков В.В. в применении к нему принудительных мер медицинского характера?

3. В распоряжение экспертам предоставить: материалы уголовного дела № 13215, амбулаторную карту гражданина Бойкова Валерия Владимировича, 1954 года рождения.

4. Поручить руководителю экспертного учреждения разъяснить сотрудникам права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 82 УПК РСФСР, предупредить их об уголовной ответственности по ст. ст. 307, 308 УК РФ.

Следователь СО Зубцовского РОВД  
лейтенант юстиции

(подпись)

Иванов И.Н.

## ПРОТОКОЛ

ознакомления обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы

"5" января 1998 г.

гор. Зубцов

Старший следователь СО Зубцовского РОВД л-т юстиции Иванов И.Н.  
в кабинете следователя

В соответствии со ст. 184 УПК РСФСР ознакомил обвиняемого Бойкова Валерия Владимировича

с постановлением от "30" декабря 1997 г. о назначении амбулаторной СПЭ.

В связи с этим следователь разъяснил, что при назначении и производстве экспертизы обвиняемый в силу ст. 185 УПК РСФСР имеет право:

1. Заявлять отвод эксперту;
2. Просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц;
3. Представить дополнительные вопросы для получения по ним заключения эксперта;
4. Присутствовать с разрешения следователя при производстве экспертизы и давать объяснения эксперту;
5. Знакомиться с заключением эксперта.

Получив это разъяснение, обвиняемый Бойков В.В.

заявил: с постановлением от 30 декабря 1997 года о назначении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ознакомлен. Замечаний и дополнений не имею.

Ст. следователь л-т юстиции  
(подпись)

Бойков В.В.  
Иванов И.Н.

Тверской областной психоневрологический диспансер

26 февраля 1998 года

**АКТ**

**амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы № 207**

на испытуемого гражданина Бойкова Валерия Владимировича, 1954 года рождения, обвиняемого по ст. 158 ч.2 УК РФ в краже, в уголовном деле № 13215 СО Зубцовского РОВД Тверской области.

Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела судебно-психиатрическая экспертная комиссия в составе:

- |                        |  |
|------------------------|--|
| председателя комиссии: | - врача-психиатра высшей квалификационной категории Семенова В.И.; |
| членов комиссии:       | - врача-психиатра 1 квалификационной категории Кузнецова А.И.;     |
|                        | - врача-психиатра, докладчика, Сидорова Н.Н.                       |

на основании постановления следователя СО Зубцовского РОВД Тверской области лейтенанта юстиции Шмелева И.Н. от 30 декабря 1997 года. Об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. 307, 308 УК РФ эксперты предупреждены.

Из материалов уголовного дела, представленной амбулаторной карты из кабинета психиатра Зубцовской ЦРБ Тверской области, со слов испытуемого известно следующее: отец злоупотреблял спиртными напитками, был неоднократно судим. В раннем возрасте в психическом и физическом развитии от сверстников не отставал. В школе с 7 лет, учился в общеобразовательной школе, с программой справлялся.

Закончив 7 классов, учебу бросил, работал в совхозе трактористом. В 1972 году привлекался к уголовной ответственности по ст. 206 ч.2 УК РСФСР, осуждался на 2,5 года лишения свободы. После освобождения в 1975 году работал по различным специальностям, затем стал разъезжать по городам страны. В 1981 году уехал на Дальний Восток.

С 1986 года стал впервые испытывать страхи, нарушился сон, стал слышать "голоса" угрожающего характера. Многократно госпитализировался в психиатрические больницы. Ставился диагноз: "Шизофрения". В 1990 году привлекался к уголовной ответственности по ст. 108 ч. 1 УК РСФСР, в ходе следствия был освидетельствован стационарной СПЭ в Приморской краевой психиатрической больнице г. Уссурийска. Был признан невменяемым, направлен на принудительное лечение в психиатриче-

скую больницу специализированного типа. Выписан 1 апреля 1993 года с диагнозом: "Шизофрения, параноидная форма. Непрерывно-прогредиентное течение". После выписки из больницы вернулся к матери в Тверскую область. В 1993 году дважды госпитализировался в Тверскую областную психиатрическую больницу № 1 с диагнозом: "Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-прогредиентное течение". В сентябре 1994 года оформлена 2 группа инвалидности по психическому состоянию, находился под наблюдением участкового психиатра. Острых психотических расстройств не отмечалось. В декабре 1994 года приехал в Подмоскowie, женился, занимался личным хозяйством. Вскоре совершил кражи, задержан, в ходе следствия, 17 и 19 июля 1995 года был освидетельствован амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссией при Московской психиатрической больнице, где жаловался на "плохой сон", наличие "голосов", содержание которых не мог передать. Во время беседы был негативистичен, бестолков. Сведения о себе сообщал противоречивые, путал основные даты своей жизни. С диагнозом: "Шизофрения" был признан невменяемым, направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу № 5 г. Москвы, куда поступил 18 апреля 1996 года. По данным выписки из истории болезни № 470/96 в отделении психотических расстройств не выявлял, помогал медперсоналу, тяготился условиями отделения. Выписан 4 июля 1997 года домой под наблюдение ПНД. Вернулся домой в Тверскую область. О правонарушении известно, что 15 ноября 1997 года около двух часов гражданин Бойков В.В., находясь в состоянии алкогольного опьянения, с целью совершения кражи продуктов питания, пришел к магазину № 28, расположенному в деревне Вахново Зубцовского района, откуда тайно похитил сигареты, вино-водочные изделия и другие товарно-материальные ценности. В ходе расследования установлено, что Бойков В.В. состоит на учете у врача-психиатра Зубцовской ЦРБ по поводу шизофрении, дважды проходил СПЭ, признан невменяемым, дважды проходил принудительное лечение в СПБ г. Благовещенска и ПБ № 5 Московской области, в связи с чем назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.

При настоящем обследовании испытуемого установлено следующее.

**Физическое состояние.** Правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Органы брюшной полости без патологии.

**Неврологическое состояние.** Зрачки округлые, равномерные, с живой реакцией на свет. Конвергенция, аккомодация не нарушены. Лицо симметричное, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы равномерные. В позе Ромберга устойчив.

**Психическое состояние.** Ориентирован всесторонне правильно, сознание не помрачено. В поведении упорядочен. Жалобы на головные боли, мужские голоса в голове комментирующего содержания, к которым при-

вык. Эмоционально нивелирован. Ровен, спокоен. На вопросы отвечает по существу. Мышление последовательное, с паралогичными заключениями. Бреда активно не высказывает. Формально критичен к правонарушению, объясняет его тем, что был пьян и ничего не помнит. Утверждает, что "если бы пьян не был, то не стал бы воровать".

**Заключение:** на основании вышеизложенного комиссия приходит к заключению, что гражданин Бойков В.В. в настоящее время страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении, о чем свидетельствуют анамнестические сведения, данные медицинской документации, свидетельствующие о наличии специфической симптоматики в виде бредовых, галлюцинаторных, эмоционально-волевых расстройств, а так же выявленные при настоящем обследовании испытуемого – расстройства мышления. Как психически больной, не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Во время совершения правонарушения не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Учитывая стабильность психопатологических расстройств и склонность к асоциальным действиям нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Председатель комиссии:	психиатр-эксперт	(подпись)
Члены комиссии:	психиатр-эксперт	(подпись)
	врач-докладчик	
	психиатр-эксперт	(подпись)

/печать/

## ПРОТОКОЛ

ознакомления обвиняемого с заключением экспертизы

г. Зубцов

10 марта 1998 г.

Старший следователь СО Зубцовского РОВД л-т юстиции Иванов И.Н.  
в соответствии с требованиями ст. 185 УПК РСФСР в кабинете следователя  
ознакомил обвиняемого Бойкова В.В. и адвоката Богданову Г.Н.  
с заключением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

Адвокат обвиняемого Богданова Г.Н., ознакомившись с заключением амбулаторной СПЭ, заявила:

С заключением № 207 от 26 февраля 1998 г. о произведенной экспертной комиссией Тверской области амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ознакомлена. Возражений против выводов экспертов не имею. О назначении дополнительной или повторной экспертизы не прошу.

Адвокат

(подпись)

Богданова Г.Н.

Ст. следователь  
л-т юстиции

(подпись)

Иванов И.Н.

## КРАТКИЙ СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

- Абсанс** - кратковременная (доли секунды, несколько секунд) потеря или угнетение сознания с последующей утратой памяти на события, предшествующие расстройству сознания.
- Абстиненция** - состояние, возникающее в результате прекращения приема или введения веществ, вызывающих токсикоманическую зависимость. Характеризуется психическими, соматическими и неврологическими расстройствами.
- Автоматизм** - непроизвольные действия.
- Адаптация** - процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования.
- Агнозия** - нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функции органов чувств.
- Аграфия** - потеря способности писать.
- Агрессивность** - болезненное стремление к нападению и нанесению физического или морального вреда окружающим.
- Адинамия** - уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или органа.
- Алексия** - потеря способности читать.
- Амимия** - отсутствие движения мышц лица (мимики), что придает ему маскообразное выражение.
- Амнезия** - нарушение памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания, отсутствие воспоминаний о событиях и переживаниях определенного периода.
- Анартрия** - утрата членораздельной речи.

<b>Апатия</b>	- психическое состояние, вызванное утомлением, тяжелыми переживаниями или заболеванием, проявляющееся потерей интереса и безразличием к себе и окружающим.
<b>Апраксия</b>	- нарушение способности производить целенаправленные действия и сложные двигательные акты при сохранности составляющих его элементарных движений.
<b>Астения</b>	- состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, гиперстезией, слезливостью, вегетативными нарушениями, расстройствами сна и утратой способности к продолжительному умственному или физическому напряжению.
<b>Атаксия</b>	- нарушение движений, проявляющееся расстройством их координации (согласованности).
<b>Аура</b>	- внезапно возникающее непроизвольное кратковременное (доли секунды, несколько секунд) расстройство сознания, сопровождающееся своеобразным ощущением, психическим переживанием или движением, непосредственно предшествующее эпилептическому припадку.
<b>Аутизм</b>	- патологическая замкнутость, потеря контакта с действительностью, утрата интереса к общению, отгороженность от внешнего мира, уход в мир собственных переживаний.
<b>Аутохтонно</b>	- возникновение психических нарушений или заболевания без видимых причин.
<b>Афазия</b>	- нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей.
<b>Афония</b>	- отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи.

<b>Аффект</b>	- кратковременная, но довольно сильная, положительная или отрицательная эмоция, возникшая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматовегетативными проявлениями.
<b>Беспомощное состояние</b>	- состояние потерпевшего, характеризующееся невозможностью ввиду психического или физического дефекта понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказывать сопротивление.
<b>Бред</b>	- расстройство мышления в результате психического заболевания: совокупность ложных идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием и не поддающихся при разубеждении и разъяснении.
<b>Брутальный</b>	- агрессивный в достижении цели.
<b>Булемия</b>	- чрезмерное (болезненное) повышение аппетита.
<b>Вербигерация</b>	- монотонное, бессмысленное повторение одних и тех же слов или фраз.
<b>Галлюцинация</b>	- психическое расстройство в виде ложного (мнимого) восприятия, произвольно возникающего нереального объекта в виде ощущений, видений, голосов, звуков, запахов и так далее и приобретающего характер объективности.
<b>Гипертимия</b>	- повышенное, жизнерадостное настроение, сопровождающееся усилением двигательной и психической активности.
<b>Гиперестезия</b>	- повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, нейтральным в нормальном состоянии.
<b>Гиперкинезия</b>	- произвольное двигательное возбуждение, лишенное смыслового и физиологического значения.
<b>Гипестезия</b>	- понижение восприимчивости к внешним раздражителям.

<b>Гипноз</b>	- временное, сноподобное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания.
<b>Гипобулия</b>	- понижение волевой активности в виде бедности побуждений, вялости, бездеятельности.
<b>Гипнокинезия</b>	- длительное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений.
<b>Гипотимия</b>	- угнетенное настроение в виде уныния, тоски, печали с неопределенным чувством грядущего несчастья, сопровождающееся стеснением и тяжестью в области сердца, груди, во всем теле (витальная тоска).
<b>Дебильность</b>	- легкая степень олигофрении, характеризующаяся врожденной примитивностью суждений и умозаключений, недостаточной дифференциацией эмоций, а также сниженной социальной адаптацией, в том числе и ограниченной возможностью обучения.
<b>Деградация алкогольная</b>	- деградация личности при хроническом алкоголизме, сопровождающаяся аффективными и психопатоподобными изменениями, утратой трудоспособности и ранее занимаемого положения в обществе.
<b>Дезориентировка</b>	- неспособность ориентироваться в месте, времени, а также в собственной личности.
<b>Делирий</b>	- вид помрачения сознания, характеризующийся ложной ориентировкой в окружающем, с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, зрительных иллюзий, парейдолий, сопровождаемый образным бредом и двигательным возбуждением.
<b>Деменция</b>	- приобретенное слабоумие, ослабление интеллекта, возникающее как последствие психической болезни.
<b>Деперсонализация</b>	- психопатологическое нарушение самосознания с чувством утраты (отчуждения) собственного "Я", искаженное восприятие самого себя, осознаваемое и болезненно переживаемое самой личностью.

<b>Дереализация</b>	- расстройство психической деятельности, выражающееся в тягостном чувстве искаженности, нереальности, чуждости окружающего мира в целом и его отдельных предметов, явлений.
<b>Дизартрия</b>	- неспособность к правильной артикуляции речи, смазанная, запинаящаяся, "спотыкающаяся" речь.
<b>Дипсомания</b>	- истинный запой в виде непреодолимого приступообразного влечения к пьянству.
<b>Дисмнезия</b>	- расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.
<b>Дисфория</b>	- приступы мрачного, тоскливо-злобного, угрюмо-недовольного настроения, сочетающегося с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, взрывчатостью, агрессивностью, нередко страхами.
<b>Доминанта</b>	- переживание, становящееся основным мотивом действия.
<b>Дромомания</b>	- периодически возникающее болезненное импульсивное влечение к перемене мест, бродяжничеству, бесцельному скитанию.
<b>Идиотия</b>	- тяжелая форма олигофрении, характеризующаяся стабильным врожденным слабоумием, практически отсутствием психических реакций и речи, невозможностью усвоения простейших психических навыков, а также полным отсутствием социальной адаптации.
<b>Иллюзия</b>	- ошибочное восприятие реально существующих объектов, предметов, явлений.
<b>Имбецильность</b>	- форма олигофрении, занимающая среднее положение между идиотией и дебильностью, характеризующаяся наличием врожденного слабоумия в виде замедленного и непоследовательного мышления, возможностью усвоения лишь элементарных навыков и косноязычием, а также слабой социальной адаптацией.

<b>Императивный</b>	- повелительный.
<b>Импульсивный</b>	- внезапный, немотивированный, бессмысленный, неконтролируемый.
<b>Инфантилизм</b>	- психопатологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту.
<b>Ипохондрия</b>	- психопатологическое состояние, характеризующееся излишним вниманием к состоянию своего здоровья, необоснованной тревогой за него, страхом заболеть неизлечимой болезнью и др.
<b>Исключительные состояния</b>	- группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, возникающая у лиц, не страдающих психическими заболеваниями. Как правило представляет собой единственный эпизод в жизни. К ним относят патологическое опьянение, патологический аффект, сумеречное помрачение сознания, патологическое просоночное состояние, реакция "короткого замыкания".
<b>Истерия</b>	- заболевание, возникающее под влиянием психотравмирующих факторов, чаще у лиц с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, которое характеризуется полиморфными психическими, соматическими, вегетативными нарушениями.
<b>Каталепсия</b>	- восковая гибкость с длительным сохранением приданной телу больного позы, требующей в некоторых случаях значительного мышечного напряжения из-за своего неудобства.
<b>Кататония</b>	- болезненное состояние с преобладанием нарушений в двигательной сфере – ступор (заторможенность) или возбуждение (движение).
<b>Кверулянство</b>	- расстройство поведения, выражающееся сутяжничеством, борьбой против мелких, иногда мнимых обид.

<b>Клептомания</b>	- импульсивное немотивированное влечение к воровству, навязчивое стремление к кражам.
<b>Конфабуляция</b>	- вымышленное событие, принимающее форму воспоминаний.
<b>Копролалия</b>	- импульсивное произношение бранных и нецензурных слов.
<b>Летаргия</b>	- патологическое состояние, характеризующееся длительным сном с обездвиженностью, ослаблением или отсутствием реакции на внешние раздражители, значительным понижением обмена веществ.
<b>Манерность</b>	- вычурное, неестественное поведение с наличием неадекватных жестов и мимики.
<b>Манифестация болезни</b>	- период выраженных клинических проявлений болезни после ее бессимптомного или стертого течения.
<b>Маразм психический</b>	- крайняя степень распада психики с угасанием всех видов психической деятельности, утратой речи, беспомощностью в быту.
<b>Ментизм</b>	- непроизвольно возникший, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений, часто бесцельных и ненужных.
<b>Метаморфопсия</b>	- искажение величины или формы воспринимаемых предметов и пространства.
<b>Метасимуляция</b>	- сознательное продление психического заболевания или изображение уже исчезнувших психопатологических симптомов.
<b>Мутизм</b>	- симптомокомплекс, проявляющийся в отказе от речи, немоте при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии органических поражений центров речи в головном мозге.
<b>Неврастения</b>	- форма невроза, вызываемого хроническим переутомлением или длительным воздействием психотравмирующих факторов, проявляющегося состояни-

ем повышенной возбудимости и быстрой истощаемости с эмоциональной неустойчивостью, расстройством сна, вегетативными нарушениями.

### **Невроз**

- форма реактивного состояния, при котором возникновение функциональных (обратимых) психических расстройств связано не столько с острыми психическими травмами, сколько с длительно существующими, хроническими, психогенно обусловленными конфликтами. При этом сохраняется критическое отношение к болезни и способность руководить своими действиями.

### **Негативизм**

- симптом психического заболевания, выражающийся в немотивированном отказе, отрицательном отношении, сопротивлении и бессмысленном противодействии всякому воздействию извне.

### **Обсессия**

- навязчивое состояние (явление).

### **Олигофрения**

- группа патологических состояний, аномалий развития с врожденным или рано приобретенным нарушением мыслительной и познавательной деятельности, преимущественно в виде интеллектуальной недостаточности, сочетающейся с аффективно-волевыми расстройствами.

### **Онейроидное состояние**

- состояние помраченного сознания с наплывом фантастических переживаний на фоне снопоподобных изменений, характеризующееся отрешенностью от окружающей действительности, расстройством "Я", депрессивным или маниакальным аффектом, кататонией и амнезией.

### **Опьянение патологическое**

- кратковременное острое расстройство психической деятельности, возникшее после употребления небольшого количества алкоголя (чаще у лиц, ранее не употребляющих алкоголь и его суррогаты). Характеризуется сумеречным помрачением сознания и галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, нередко с психомоторным возбуждением, аффектом тревоги, страха, агрессии. Сопровождается амнезией или смутными воспоминаниями.

<b>Опьянение простое</b>	- совокупность психических, соматических и неврологических расстройств, возникающих в результате острой интоксикации алкоголем или наркотиками. Характеризуется сменой психического возбуждения торможением с явлениями нарастающего оглушения сознания. Не является психическим заболеванием.
<b>Паралогия</b>	- ответы на поставленные вопросы не по существу, невпопад, обусловленные активным или пассивным негативизмом.
<b>Парамнезия</b>	- обман памяти в виде искажения памяти или ложных воспоминаний. При этом верят в то, что рассказывают.
<b>Параноид</b>	- психопатологический симптомокомплекс, психоз, проявляющийся первичным или образным бредом (чаще преследования), соответствующими его содержанию изменениями в поведении и эмоционально-волевой сфере, а также слуховыми (вербальными) галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, иллюзиями и явлениями психического автоматизма.
<b>Паранойя</b>	- хроническое психическое заболевание (психоз) с преобладанием бредовых расстройств сложного содержания, последовательностью доводов и внешним правдоподобием при отсутствии интеллектуально-мнестического снижения и нарушений восприятия.
<b>Парафразия</b>	- расстройство речи, заключающееся в утрате ее смысла, грамматического строя и применении искусственно созданных слов.
<b>Парафрения</b>	- состояние систематизированного или несистематизированного бреда (величия, преследования и воздействий), имеющего нередко ретроспективный характер, с явлениями психического автоматизма и повышенного фона настроения, слуховыми галлюцинациями, ложными узнаваниями и изменениями аффекта.
<b>Парестезия</b>	- спонтанно возникающее неприятное ощущение онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек.

<b>Пароксизм</b>	- внезапное, обычно повторяющееся возникновение или усиление признаков болезни (острый приступ) в относительно короткий промежуток времени.
<b>Пенитенциарная психиатрия</b>	- раздел социальной психиатрии, изучающий вопросы клиники и эпидемиологии психических расстройств в популяции мест лишения свободы, а также разрабатывающий методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации осужденных, страдающих психическими нарушениями различной этиологии.
<b>Пиромания</b>	- импульсивное влечение к поджогу.
<b>Помрачение сознания</b>	- расстройство отражения реального мира, предметов, явлений и их связей, проявляющееся полной невозможностью или неотчетливостью восприятия окружающего, дезориентировкой во времени, месте, окружающих лицах, собственной личности, бессвязностью мышления, частичной или полной амнезией.
<b>Превентивный</b>	- предупредительный, предохранительный, профилактический.
<b>Пресенильный</b>	- предстарческий.
<b>Прогрессиентность</b>	- постепенное развитие психической болезни с нарастанием и ослаблением клинических симптомов, характерных для эндогенных заболеваний.
<b>Прострация</b>	- резкий упадок психического тонуса в сочетании с речевой и двигательной заторможенностью, выраженным снижением (или отсутствием) реакции на внешние раздражители.
<b>Психоз</b>	- психическое заболевание с резко выраженными расстройствами психики, проявляющееся неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, обычно с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных и аффективных расстройств и других).

<b>Психопатия</b>	- совокупность стойких особенностей склада личности, в основе которых лежат дисгармония, неуравновешенность или неустойчивость психических процессов.
<b>Разорванное мышление</b>	- мышление, характеризующееся нарушением логических связей, скачкообразностью, соединением разнородных, не связанных по смыслу элементов, или, наоборот, разрывом целостности мыслей и цепи ассоциаций, вторжением в них неологизмов.
<b>Разорванность речи</b>	- расстройство речи, характеризующееся нарушением или отсутствием в ней смысловых и грамматических связей, наличием неологизмов и деформированных слов.
<b>Раптус</b>	- приступ неистового возбуждения, вызванный чрезвычайно сильным аффектом тоски или страха.
<b>Расстройство схемы тела</b>	- ощущение изменений размеров собственного тела или отдельных его частей, расположения или их отделения от тела.
<b>Рауш-состояние</b>	- легкое помрачение сознания с сохранением внутренней и внешней ориентировки при нарушении критики, аффектов, двигательных и речевых реакций.
<b>Реактивное состояние</b>	- временное психопатологическое расстройство, в клинической картине которого отражается содержание психической травмы.
<b>Реакция "короткого замыкания"</b>	- острое временное психопатологическое нарушение, определяющееся либо расстроеным сознанием, либо резко выраженными, не соответствующими поведению аффективными расстройствами, сочетающимися с импульсивными, автоматическими действиями, в том числе опасными для окружающих, с последующим сном или резким психофизиологическим истощением (прострацией).
<b>Резидуальный</b>	- остаточный, сохранившийся.

<b>Резонерство</b>	- тип мышления, характеризующийся склонностью к бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях, рассуждениям.
<b>Релаксация</b>	- состояние покоя, расслабленности, возникающее вследствие снятия напряжения, а также сильных переживаний или физических усилий.
<b>Реминисценция</b>	- отсроченное воспроизведение того, что первоначально временно забыто.
<b>Ретенция</b>	- свойство памяти удерживать, сохранять высказывания, прочитанное, эпизоды жизни.
<b>Речевой напор</b>	- патологическое речевое возбуждение, при котором ощущается непрерывная потребность говорить при отсутствии возможности прекратить свои многословные высказывания.
<b>Речь вычурная</b>	- расстройство речи, при котором используются необычные, малопонятные, часто неподходящие по смыслу слова. Обычно сопровождается манерной жестикуляцией и гримасничеством.
<b>Речь зеркальная</b>	- расстройство речи, при котором непроизвольно повторяются слова, услышанные от окружающих.
<b>Речь обстоятельная</b>	- расстройство речи, при котором медленно и подробно излагаются маловажные детали, что затрудняет понимание цели высказывания.
<b>Речь парадоксальная</b>	- расстройство речи, при котором преобладают противоречивые по смыслу высказывания.
<b>Речь персеверативная</b>	- расстройство речи, при котором многократно повторяется одно и то же слово или оборот речи и при этом затрудняется подбор других слов и оборотов, требуемых для продолжения речи.
<b>Речь пуэрильная</b>	- расстройство речи у взрослого, при котором речь напоминает детскую.
<b>Речь скандированная</b>	- расстройство речи, при котором медленно, отдельно и четко произносятся слоги и отдельные слова.

<b>Сенестопатии</b>	- разнообразные, крайне некритичные, мучительные, тягостные ощущения, исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие причин, недоступных определению современными методами исследования.
<b>Сенильный</b>	- старческий.
<b>Сенситивность</b>	- особенность, проявляющаяся в повышенной чувствительности к происходящим событиям, обычно сопровождающаяся повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний и т.п.
<b>Сенсорный</b>	- чувственный.
<b>Синдром онейроидный</b>	- помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Сопровождается отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным и маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при утрате памяти на окружающее.
<b>Словесная окрошка</b>	- речь, состоящая из набора слов, лишенных смысловой и грамматической связи.
<b>Сомнамбулизм</b>	- сумеречное помрачение сознания в форме блуждания во сне с выполнением привычных движений и действий.
<b>Спонтанный</b>	- самопроизвольный, возникающий без внешнего воздействия.
<b>Суггестия</b>	- внушение.
<b>Суицидомания</b>	- навязчивое влечение, характеризующееся упорным стремлением к совершению самоубийства.

<b>Сумеречное состояние</b>	- психическое расстройство, характеризующееся нарушением ориентировки в окружающем, галлюциаторно-бредовым восприятием действительности, тоскливо-злобным настроением, агрессивностью.
<b>Сюрсимуляция</b>	- изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию.
<b>Толерантность</b>	- способность организма переносить воздействие определенного лекарственного или иного вещества без развития соответствующего терапевтического или токсического эффекта.
<b>Торпидный</b>	- вялый, неактивный.
<b>Транс</b>	- вид сумеречного помрачения сознания без продуктивной симптоматики (бреда, галлюцинаций, эмоционального напряжения), при котором выполняются внешне целесообразные, иногда сложные действия. По окончании транса у таких лиц развивается амнезия.
<b>Тремор</b>	- произвольные, стереотипные, ритмичные колебательные движения всего тела или его частей.
<b>Фобия</b>	- навязчивое состояние в виде непреодолимой боязни некоторых предметов, движений, действий, поступков, ситуаций, которые критически оцениваются как болезненные, но исправлению не поддаются.
<b>Фрустрация</b>	- психическое состояние, возникающее в ситуации конфликта, когда удовлетворение потребности наталкивается на труднопреодолимые (непреодолимые) препятствия, помехи, препятствующие достижению цели.
<b>Фуга</b>	- вид сумеречного помрачения сознания, характеризующийся внезапно возникающим двигательным воздействием, выражающимся в бесцельном бегстве.
<b>Хорея хроническая</b>	- наследственное заболевание нервной системы, проявляющееся гиперкинезами в виде беспорядочных,

быстрых, размашистых движений вследствие непроизвольного сокращения мышц в сочетании с нарастающим слабоумием.

- Циклотимия** - легкая форма маниакально-депрессивного психоза.
- Шизофренический дефект** - совокупность стойких изменений личности больного шизофренией, переходящее в слабоумие.
- Шок психический** - реактивный психоз, возникающий при внезапных психических потрясениях, угрожающих жизни обстоятельствах или ситуациях, влекущих за собой изменение поведения, появление резкого аффекта страха и проявляющийся в форме либо беспорядочного двигательного возбуждения, либо заторможенности, ступора.
- Шпрунг** - внезапный обрыв хода мысли или длительная задержка мыслительного процесса.
- Шуб** - приступ шизофрении.
- Эйфория** - неадекватное, повышенное, благодушное, радостное настроение, сочетающееся с веселостью, беспечно-стью и недостаточной критической оценкой своего состояния, нередко сопровождающееся усилением влечений.
- Экзальтация** - повышенное настроение с оттенком неестественной восторженности.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Постановление Верховного Совета Российской Федерации "О порядке введения в действие Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" 2 июля 1992 г. № 3186-1.

Инструкция к приказу Минздрава России и МВД России от 30 апреля 1997 г. № 133/269 "Об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами".

Судебная психиатрия / Под редакцией Г.В. Морозова, М.: "Медицина", 1988.

Руководство по психиатрии / Под редакцией Г.В. Морозова, в 2-х томах, М.: "Медицина", 1988.

Д.Р. Лунц "Судебная психиатрия", М.: "Знание", 1970.

Справочник по психиатрии / Под редакцией А.В. Снежневского, М.: "Медицина", 1985.

А.С. Дмитриев, Т.В. Клименко. Судебная психиатрия. Учебное пособие для юридических вузов. М., 1996.

Судебная психиатрия / Под редакцией проф. Б.В. Шостаковича. Учебник для вузов. М.: Зерцало, 1997.

Инструкция МЗ СССР "О производстве судебно-психиатрической экспертизы" от 27 октября 1970 г.

Образцы процессуальных документов для дознавателей / Под редакцией В.Е. Гущева. Нижний Новгород, 1993.

БМЭ. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М.: "Советская энциклопедия", 1984.

Уголовный кодекс РФ. М.: ИНФРА – М, 1996.

Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР. М.: СПАРК, 1995.































## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие. . . . .	
<b>ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ . . . . .</b>	
Введение. . . . .	
Глава 1. Правовые основы и организация судебно-медицинской деятельности в России. . . . .	
Глава 2. Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц. . . . .	
Глава 3. Судебно-медицинская экспертиза трупа. . . . .	
Глава 4. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения . . . . .	
Глава 5. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела. . . . .	
Тестовый контроль знаний. . . . .	
Образцы процессуальных документов . . . . .	
Краткий словарь медицинских терминов . . . . .	
Список литературы . . . . .	
<b>ЧАСТЬ II. ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ . . . . .</b>	
Глава 6. Предмет и задачи судебной психиатрии . . . . .	
Глава 7. Правовые основы судебной психиатрии. . . . .	
Глава 8. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном Процессе . . . . .	
Глава 9. Меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия. . . . .	
Глава 10. Понятие о психических заболеваниях. Основные симптомы и синдромы психических расстройств. . . . .	
Глава 11. Судебно-психиатрическая оценка отдельных психических заболеваний . . . . .	
Тестовый контроль знаний. . . . .	
Образцы процессуальных документов . . . . .	
Краткий словарь медицинских терминов . . . . .	
Список литературы . . . . .	
Приложение . . . . .	

*Наталья Николаевна Величко*

# **ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

УЧЕБНИК

Редактор *С.В.Ушаков*

Технический редактор *Т.Н. Овсянникова*

Оригинал - макет РИО ЦИ и НМОКП

---

Подписано в печать 16.10.2000

Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>  
Печ. л. – 20.25

Тираж 5000 экз.

Бумага офсетная  
Заказ

---

Типография МВД России