

документів, допити свідків, дають доручення органу дізнання про провадження оперативно-розшукових заходів по виявленню трупа дитини.

В усіх ситуаціях висувають і перевіряють версії з кожної обставини, що підлягає доказуванню.

Сказане вище дозволяє зробити такі висновки: 1) серійні вбивства складні в розкритті в зв'язку з наявністю проблематики встановлення ознак «серійності»; 2) злочинцями майже завжди планується вбивство (його підготовка, вчинення і приховання); 3) характеристика жертви можливо і немає значення для вбивць, які перед собою за мету ставлять якісний показник своїх жертв; 4) для вбивств на замовлення характерний не кількісний показник, а якісний.

Література

1. Андреева Л. А. Квалификация умышленных убийств, совершенных при отягчающих обстоятельствах: Учеб. пособие. — Ленинград: Ин-т усовершенствования следователей, 1989. — 59 с.
2. Афапасьев С. А., Ивапов В. И., Новик В. В. Особенности расследования сексуально-садистских убийств: Учеб. пособие. — СПб., 1993. — 80 с.
3. Бахин В. П. Следственная практика: проблемы изучения и совершенствования. — К.: Лыбидь, 1991. — С. 31.
4. Бородин С. В. Квалификация преступлений против жизни. — М.: Юрид. лит., 1977. — 240 с.
5. Белкин Р. С. Криминалистика: проблемы, тенденции, перспективы. — М.: Юрид. лит., 1987. — 272 с.
6. Образцов В. А. Криминалистика: Курс лекций. — М., 1996. — С. 48.
7. Тищенко В. В. Корыстно-насильственные преступления: криминалистический анализ: Монография. — О.: Юрид. л-ра, 2002.
8. Криминалистика / Под ред. В. Ю. Шепитько. — Х.: Одиссей, 2001. — С. 32.
9. Лукашевич В. Г. Проблеми оптимізації діяльності з розслідування злочинів. Теоретичні та практичні проблеми використання можливостей криміналістики і судової експертизи у розкритті і розслідуванні злочинів / Укр. акад. внутр. справ. — К., 1996. — С. 17–26.

УДК 340.63

В. В. Сушко

ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ ВІЗУАЛІЗОВАНИМИ ФОРМАМИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ У ПРАКТИЦІ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

У практиці судово-психіатричної експертизи зустрічаються хворі із візуалізованими формами злоякісних новоутворень. Психічні розлади в клінічній картині візуалізованих форм злоякісних новоутворень виявляються у 45–55% хворих. Судово-психіатрична практика надає можливість вивчення широкого кола психічних розладів, що розвиваються у цих хворих [1, 186].

У сучасній психоонкології психіатр має можливість постійних зіставлень різних стадій візуалізованих форм злоякісних новоутворень і психічних порушень. Безсумнівно, такі зіставлення мають велике значення при проведенні судово-психіатричної експертизи хворих із візуалізованими формами злоякіс-

них новоутворень. При різних стадіях пухлинного процесу спостерігаються особливості психічних розладів у цих хворих [2, 130].

Необхідність винесення вірного експертного рішення потребує від судових психіатрів кваліфікованої оцінки психічних розладів у підекспертних, в відношенні яких проводиться судово-психіатрична експертиза, що найчастіше є досить складним завданням, особливо при проведенні посмертної судово-психіатричної експертизи за фактом смерті у цивільних справах [3, 376].

У цивільному процесі судово-психіатричні експертизи осіб із візуалізованими злоякісними новоутвореннями проводять для оцінки психічного стану заповідача, особи, що зробила дарчий запис, склала цивільну угоду, що причинила шкоду, викликала відшкодування збитку, а також у процесах про визнання шлюбу недійсним, при розірванні шлюбу, визнанні особи недієздатною. З усіх перерахованих випадків найбільш часто проводиться посмертна судово-психіатрична експертиза по визначенню психічного стану особи в момент складання заповіту. У цих випадках діагностика захворювання і вирішення питання про дієздатність ґрунтуються на аналізі матеріалів цивільної справи і медичної документації [4, 265]. При цьому ретроспективна оцінка психічного стану заповідача визначається на день складання заповіту.

При оцінці психічних порушень у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень велике значення має аналіз медичних документів, особливо наявність в цих документах результатів консультацій психіатрів з описом психічних розладів. Опис психічного стану таких осіб свідками, позивачами і відповідачами буває дуже суперечливим, що створює певні складності оцінки їх психічного стану при посмертній судово-психіатричній експертизі [5, 567].

При оцінці психічних порушень хворих у термінальній стадії захворювання візуалізованими формами злоякісних новоутворень важливим є визначення розповсюдженості пухлинного процесу. При експертній оцінці треба враховувати загальний стан хворих (явища астенії, сплутаність свідомості), а також проведене лікування (особливо застосування наркотичних препаратів для знеболювання і їхнє дозування) [6, 43]. Якщо є метастази в мозок, такі особи можуть не розуміти значення своїх дій і не керувати ними.

Різноманіття клінічних проявів психічних розладів у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень і недостатня розробленість методології судово-психіатричних експертиз для цієї патології свідчить про актуальність досліджень у даному напрямку. Внаслідок цього у цій роботі подані деякі аспекти даної проблеми.

Метою роботи є вивчення психічних розладів, що виникають у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень. Як показало наше дослідження, на клінічні прояви психічних розладів тією чи іншою мірою впливають такі фактори, як преморбідні особливості особистості (конституціональна схильність до психогенних депресій більше виражена при гіпостенічному типі психопатій), вік хворого, характер плинного онкологічного процесу, стадія захворювання, соматичний стан хворого на період виникнення психічних розладів, травми головного мозку в анамнезі, мікросоціальне оточення хворого, а також вид і характер

лікування (хірургічне, хіміотерапія, променева терапія) [7, 267]. В ході проведення судово-психіатричних експертиз виявляються специфічні особливості хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень, що направляються на судово-психіатричну експертизу: в більшості це хворі із візуалізованими формами злоякісних новоутворень на завершальному етапі хвороби; переважають підекспертні старшої вікової групи; ситуація, у якій знаходяться хворі, нерідко виявляється досить складною для них і їх найближчого оточення, про що свідчить заперечування родичами хворих оформлених останніми заповітів, договорів дарування й інших цивільних актів після смерті хворих [8, 203].

При діагностичній оцінці психічних розладів у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень і винесенні експертного рішення нерідко виникають значні труднощі. Скоріше як виняток можна говорити про епізоди ажитації з ейфорією і неадекватним поведінням у хворих з важким соматичним станом при візуалізованих формах злоякісних новоутворень на етапі хвороби, що безпосередньо передують смерті цих хворих. У більшості хворих депресивні стани супроводжують плин злоякісного процесу і характеризуються різноманітними клінічними проявами [9, 1597]. У одних хворих депресії супроводжувалися тугою, втратою інтересу до оточуючого, занепокоєнням, песимістичною оцінкою особистого майбутнього, висловлюваннями небажання стати «тягарем для родини», оцінкою як безперспективного свого подальшого життя. Такі хворі, незважаючи на те, що вони були прооперовані і при обстеженні крові не було виявлено активності пухлинного процесу, робили суїцидальні спроби (отруєння, падіння з висоти, нанесення порізів у ділянці шиї), що закінчилися їх смертю [10, 570]. В окремих випадках практично не представлялося можливим оцінити значення депресії і визначити мотив завершеного суїциду, якщо не акцентувати увагу на пухлинному процесі. Таким було спостереження 55-літньої Г., хворої на рак молочної залози, серйозної і досить забезпеченої у всіх відношеннях людини, що займала посаду директора школи і знавця для оточуючих покінчила із собою у своєму робочому кабінеті, прийняв отруту. Суїцидальним діям Г. передували операція мастектомії (було видалено злоякісні пухлини в обох молочних залозах разом з молочними залозами), вона пройшла курси хіміотерапії та променевої терапії, але її соматичний стан погіршувався (вплив розвитку злоякісного процесу, побічні ефекти хіміотерапії та променевої терапії), сімейні проблеми (її чоловік постійно говорив, що разом з молочними залозами вона втратила жіночість, він почав зустрічатися з іншими жінками для сексуального задоволення). Психічний стан Г. безпосередньо перед суїцидом оцінювався оточуючими як стан «деякої пригніченості» і «нервозності». У той же час при посмертній судово-психіатричній експертизі за даними історії хвороби були виявлені симптоми депресії (млявість, плаксивість, слабкість, пригніченість, розлади сну, зниження апетиту (хвора відмовлялась від їжі), малорухомість (весь час проводила у ліжку)), яка мала як психогенну причину, так і виникла у результаті побічних ефектів хіміотерапії та променевої терапії. Від лікування у психіатричній лікарні та прийому антидепресантів хвора при закінченні лікування в онкологічному відділенні відмови-

лась. У інших хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень, що спостерігалися в психіатричній клініці з депресивними станами, також можна було відзначити кореляцію афективних розладів із психогенними факторами (ставлення родини і оточуючих до зміни їх зовнішності, відчуття своєї неповноцінності), так і побічними ефектами хіміотерапії та променевої терапії. У хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень у судово-психіатричній практиці може виявлятися широкий спектр психогенних депресій — різні субклінічні, передхворобливі стани, невротичні депресивні розлади та глибокі ендормні психотичні з депресивно-параноїдною симптоматикою [11, 67].

Психогенний фактор — це реальний вплив даної ситуації, що травмує (на конкретну особистість), і є зовнішнім патологічним агентом в розвитку психічного розладу. Психогенний фактор складається з відношення психічної травми до психологічного захисту. Відповідно, чим більше виражений психологічний захист, тим менше значення психогенного фактора і навпаки. Протягом життя виробляються (підсвідомо чи свідомо) звичні види психологічного захисту, що зм'якшують дію психічної травми. При цьому умови, у яких особистість переживає психічну травму, можуть чи підсилювати, чи послабляти психологічний захист. Якщо механізми захисту виявляються неспроможними для успішного подолання ситуації, то наростає тривога, що призводить до розвитку психічних розладів [12, 43].

У хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень досить часто зустрічаються депресії з емоційною лабільністю, слізливістю, підвищеною вразливістю, чутливістю, в окремих випадках — з рудиментарними сенситивними ідеями ставлення. Рідше (переважно у важких онкологічних хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень III–IV стадії) депресивні стани носять дисфоричний відтінок і супроводжуються дратівливістю, гнівливістю, схильністю до агресії, погрозами скоїти суїцид [13, 77]. За нашими даними, у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень переважали незавершені суїцидальні спроби отруєння.

При довготривалому перебігу захворювання у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень депресія часом «доповнюється» додатковою симптоматикою у вигляді ідей ставлення, отруєння, переслідування. Депресивно-маячні симптоми з маячною «малого розмаху» зустрічаються не тільки у хворих старшого віку, але й хворих середнього віку [14, 168]. Довготривалий і важкий перебіг злоякісного процесу, втрата жінками після мастектомії жіночості і зниження їх самооцінки ведуть к створенню досить складних, а часом конфліктних відносин із близькими (психогенна причина психічних розладів у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень) [15, 222]. В окремих випадках структура психотичного стану у хворих із візуалізованими формами злоякісних новоутворень ускладнюється, психоз набуває шизоформного характеру — на тлі депресії, крім ідей ставлення, виникають маячні ідеї отруєння, впливу, формується синдром психічного автоматизму [16, 963].

Таким чином, проведене дослідження свідчить про різноманітність і неоднорідність клінічних проявів психічних розладів, що виникають у хворих із

візуалізованими формами злочинних новоутворень і необхідність їхньої диференційованої оцінки, що уявляється актуальним і важливим для винесення адекватного судово-психіатричного експертного рішення.

Література

1. Кудрявцев И. А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М.: Юрид. лит., 1988. — 224 с.
2. Cognitive response and psychiatric disorder in women with operable breast cancer / K. L. Pinder, A. J. Ramirez, M. A. Richards, W. M. Gregory // *Psycho-oncology*. — 1994. — N 3. — P. 129–137.
3. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). — М.: Изд-во МГУ, 1999. — 497 с.
4. Морозов Г. В., Белов В. П., Боброва И. П., Гурьева В. А. и др. Судебная психиатрия: (руководство для врачей). — М.: Медицина, 1988. — 400 с.
5. Васильев В. Л. Юридическая психология. — СПб.: Питер Пресс, 1997. — 650 с.
6. Дейско Д. О. Оценка уровня психологической и социальной дезадаптации женщин, страдающих раком молочной железы // *Обществ. здоровье и профилактика заболеваний*. — 2005. — № 6. — С. 43–45.
7. Леопгард К. Акцептуированные личности. — К.: Вища шк., 1981. — 390 с.
8. Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.
9. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer / S. D. Passik, W. Dugan, M. V. McDonald, B. Rosenfeld // *J. Clin. Oncol.* — 1998. — N 16. — P. 1594–1600.
10. Akechi T., Kugaya A., Okamura H. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology // *Psychiatr. Clin. Neurosci.* — 1999. — N 53. — P. 569–573.
11. Володин Б. Ю., Петров С. С., Куликова Е. П. Депрессия и рак // *Рос. психиат. журн.* — 2004. — № 6. — С. 65–71.
12. Марсапов С. Б., Випоградова Р. Н. Динамика психоэмоциональных процессов и иммуно-аллергического статуса больных раком легкого при использовании различных методов коррекции // *Соц. и клин. психиатрия*. — 2003. — № 1. — С. 41–45.
13. Болдова Е. Г., Сдвижков А. М., Шостакович Б. В. Психиатрические исследования в онкологии // *Рос. психиатр. журн.* — 2006. — № 1. — С. 76–82.
14. Довгалюк А. З. Рак молочной железы. Этиология, клиника, лечение, вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации: Пособие для врачей / Санкт-Петербург. ин-т усовершенствования врачей-экспертов. — СПб: ИТФФ «Полисан», 2001. — 204 с.
15. Akechi T., Okamura H., Kugaya A. Suicidal ideation in cancer patients with major depression // *Jpn. J. Clin. Oncol.* — 2000. — N 30. — P. 221–224.
16. Maguire G. P., Lee E. G., Bevington D. J. Psychiatric problems in the first year after mastectomy // *Br. Med. J.* — 1978. — N 1. — P. 963–965.

УДК 343.985:343.6/7

А. А. Баркар

СПОСОБИ ЗДІЙСНЕННЯ РОЗБІЙНИХ НАПАДІВ НА АВТОТРАНСПОРТІ

Розбій (ст. 187 КК України) — напад з метою заволодіння чужим майном, поєднаний з насильством, небезпечним для життя або здоров'я особи.

В останні роки в Україні одержали широке поширення розбійні напади на автотранспорті, які завдають великої шкоди матеріального характеру, заподіюючи шкоду здоров'ю власників і інших осіб, іноді забираючи життя багатьох

© А. А. Баркар, 2007