

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ФИЗИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ЛИЧНОСТИ УБИЙЦ

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PSYCHOLOGICAL, PHYSICAL, AND SOCIAL ASPECTS OF THE KILLERS PERSONALITIES

■ Левченко Елена Вадимовна	■ Levchenko Elena Vadimovna
■ Лукашенко Артем Владимирович	■ Lukashenko Artem Vladimirovich
■ Полянская Полина Геннадьевна	■ Polyanskaya Polina Gennadyevna
■ Хачатрян Валентина Артуровна	■ Khachatryan Valentina Arturovna
■ Токмаков Андрей Дмитриевич	■ Tokmakov Andrey Dmitrievich
■ Борзенков Александр Дмитриевич	■ Borzenkov Alexander Dmitrievich
■ Курский государственный медицинский университет	■ Kursk State Medical University

E-mail: levchenkoev@kursksmu.net

Резюме

Убийство — одно из преступлений, которое может сильнее всего травмировать общество. Однако это не самое распространённое преступление. Термин «убийца» происходит от арабского термина хассашин. Это были Насриды, которые были частью секты, чьей миссией было убивать определённых людей, особенно обладающих властью (например, политических лидеров). И всё это ради того, чтобы попасть в рай.

Они начинали с самого раннего возраста (дети-сироты, нищие, малообразованные и т. д.), они накачивали их наркотиками и внушали им, что это и есть их цель в жизни. Так началось его обучение. В некоторых текстах и исследованиях говорится, что их прозвище означает «потребители гашиша», хотя это не совсем ясно.

Цель исследования — проанализировать и сопоставить психологические, физические и социальные аспекты личности убийц, доступных к изучению для студентов-медиков.

Результаты. Характеризуя личность человека, совершившего преступление, необходимо выяснить совокупность отрицательных типологических качеств индивида, объясняющих совершённое им преступное деяние определённого типа и вида.

В целом, характеризуя личность преступника, можно заметить, что она ничем не отличается от личности других людей. Однако, у всех преступников свой взгляд на мир. Все преступники считают себя теми, кто избавляют этот мир от людей, которые, по их мнению, не достойны жить в обществе. Часто мотивом для преступления является получение психологической травмы. Чаще всего их получают в детстве. Преступники, как правило, пытаются компенсировать свои эмоциональные травмы за счет совершения преступления. Таким образом, они вновь и вновь возвращаются к его наказанию, тем самым удовлетворяя свои внутренние желания.

Выводы. Убийство воспринимается как наиболее тяжкое преступление против личности. В настоящем обзоре особое внимание уделяется характеристикам убийства и убийц. Для нас очень важно понять природу и закономерности аспектов убийства, поскольку это раскрывает детали, относящиеся к обстоятельствам, сопутствующим событию. Другими словами, такие аспекты позволяют нам понять действия, происходившие за сценой.

Ключевые слова: убийство, личность, психология.

Murder is one of the crimes that can most traumatize society. However, this is not the most common crime. The term "murderer" comes from the Arabic term hassashin. These were the Nasrids, who were part of a sect whose mission was to kill certain people, especially those with power (such as political leaders). And all this in order to get to heaven. They started from a very young age (orphans, poor, poorly educated, etc.), they drugged them and inspired them that this was their goal in life. That's how his training began. Some texts and studies say that their nickname means "hashish users," although this is not entirely clear.

The purpose of the study is to analyze and compare the psychological, physical, and social aspects of the killers' personalities that are available for medical students to study.

Results. Characterizing the personality of a person who has committed a crime, it is necessary to find out the totality of negative typological qualities of an individual that explain the criminal act of a certain type and type committed by him.

In general, characterizing the personality of the criminal, it can be seen that it does not differ in any way from the personality of other people. However, all criminals have their own way of looking at the world. All criminals consider themselves to be those who rid this world of people who, in their opinion, are not worthy to live in society. Psychological trauma is often the motive for a crime. They are most often received in childhood. Criminals, as a rule, try to compensate for their emotional trauma by committing a crime. Thus, they return to his punishment over and over again, thereby satisfying their inner desires.

Conclusions. Murder is perceived as the most serious crime against a person. In this review, special attention is paid to the characteristics of murder and murderers. It is very important for us to understand the nature and patterns of aspects of the murder, as this reveals details related to the circumstances surrounding the event. In other words, such aspects allow us to understand the actions that took place behind the scene.

Key words: murder, personality, psychology.

Библиографическая ссылка на статью

Левченко Е.В., Лукашенко А.В., Полянская П.Г.,
Хачатрян В.А., Токмаков А.Д., Борзенков А.Д.
Взаимосвязь психологических, физических и социальных
аспектов личности убийц // Innova. - 2025. - Т. 11. - № 2. -
С.61-70.

References to the article

Levchenko E.V., Lukashenko A.V., Polyanskaya P.G.,
Khachatryan V.A., Tokmakov A.D., Borzenkov A.D.
The relationship between the psychological, physical, and social
aspects of the killers personalities // Innova. - 2025. - Т. 11. -
№ 2. - P.61-70.

Убийство – одно из преступлений, которое может сильнее всего травмировать общество. Однако это не самое распространённое преступление [1].

Термин «убийца» происходит от арабского термина хассашин. Это были Насриды, которые были частью секты, чьей миссией было убивать определённых людей, особенно обладающих властью (например, политических лидеров). И всё это ради того, чтобы попасть в рай [2, 5].

Они начинали с самого раннего возраста (дети-сироты, нищие, малообразованные и т. д.), они накачивали их наркотиками и внушали им, что это и есть их цель в жизни. Так началось его обучение. В некоторых текстах и исследованиях говорится, что их прозвище означает «потребители гашиша», хотя это не совсем ясно [3, 4].

Из-за того, насколько страшно отнимать жизнь у другого человека, особенно если это происходит при определённых обстоятельствах, есть тенденция считать, что такое поведение может быть не чем иным, как результатом психических проблем [6, 9].

Чаще всего упоминается психопатия. Однако процент психопатов-убийц очень низок [7].

Несмотря на то, что термин «убийство» имеет множество современных трактовок с уточнениями и дополнениями, основной смысл

остаётся неизменным — это лишение жизни кого-либо [1, 8].

Убийства часто были результатом жадности, то есть эгоистичного стремления к деньгам, что делало преступную деятельность распространённым явлением. Это было особенно актуально в эпоху «сухого закона» (1920–1933), когда споры, связанные с бутлегерством или множеством других незаконных видов деятельности, которые оно финансировало, иногда приводили к убийствам [10, 11]. Ревность, гнев, месть, любовь, ненависть и другие сильные чувства могут заставить людей совершать ужасные поступки, и эти истории из прошлого прекрасно это демонстрируют. Хотя некоторые люди были готовы прикончить совершенно незнакомого человека, убийства чаще всего совершались в отношении членов семьи, друзей и возлюбленных. Неприязнь между деловыми партнёрами служила ещё одним основным фактором, побуждавшим к убийству, как и домашнее насилие, часто связанное с предстоящим разводом [12, 14].

Другие исследователи изучали психологию убийства и обнаружили, что большинство из людей способны на это при определённых (или неправильных) обстоятельствах. Дуглас Филдс, нейробиолог и автор книги «Почему мы срываемся», утверждает, что люди биологически

предрасположены к совершению насилия в определённых ситуациях. Агрессия – это естественный защитный механизм против предполагаемой угрозы, как показало его исследование. Постоянно и то, что, практически, во всех культурах мира это является морально осуждаемым и юридически наказуемым поступком, а именно: преступлением, поэтому актуальность вопроса о причинах, побуждающих совершить убийство, остается актуальным во все времена. [13].

На сегодняшний день не существует единого мнения относительно факторов, детерминирующих преступную наклонность человека. [15]. Психологический портрет, а также состояние здоровья, социальные контакты, наследственность у убийц активно изучается криминальной психологией и профилированием, стремящимся понять причины их преступного поведения.

Цель исследования: проанализировать и сопоставить психологические, физические и социальные аспекты личности убийц, доступных к изучению для студентов-медиков.

Результаты исследования. Характеризуя личность человека, совершившего преступление, необходимо выяснить совокупность отрицательных типологических качеств индивида, объясняющих совершённое им преступное деяние определённого типа и вида [2].

Рассмотрим пример с пациентом В., и с пациентом Б, которые совершили убийства на основании ст. 105 УК РФ. Психологический анализ данного случая требует комплексного подхода, учитывающего как биологические, так и социальные аспекты:

1. История жизни и социальная адаптация. Анализируя предысторию совершения преступления, необходимо отметить, что у обоих пациентов наблюдается отсутствие психических заболеваний. Подэкспертные воспитывались в полной семье, а отсутствие серьезных проблем в детстве могут говорить о нормальном социальном развитии.

2. Медицинская история подэкспертных различна: пациент В. имеет ряд соматических заболеваний, включая атеросклеротическую болезнь сердца и хроническую сердечную недостаточность, что может влиять на его общее состояние психоэмоциональный фон. Жалобы на головные боли, головокружение и слабость в конечностях свидетельствуют о наличии

неврологических нарушений, которые могут быть следствием перенесенного инсульта. Физические ограничения, такие как ампутация пальца и резекция скуловой кости, также могут оказывать влияние на его самоощущение и восприятие себя.

Пациент Б. соматической патологии не имеет, на учете у врача нарколога-психиатра не состоит. Отмечается недоразвитие интеллектуально-мнестических, критических и прогностических способностей, соответствующее олигофрении в лёгкой степени дебильности (IQ от 50 до 69).

3. Психическое состояние. Жизнь пациента В. была отмечена неоднократными судимостями, что указывает на наличие трудностей в социальной адаптации и, возможно, на агрессивные или конфликтные черты характера.

Пациент Б. эмоционально примитивен, подвижен, непосредствен, дурашлив, меняет свое поведение на агрессивное под воздействием крепких спиртных напитков. Однако, учился на “хорошо”, имеет среднее общее образование (8 класс). к уголовной и административной ответственности не привлекался, на профилактических учётах в ОМВД России по г. Обнинску не состоял.

4. Осознание своих действий: подэкспертный В. демонстрирует понимание своей вины и последствий своих действий, что говорит о наличии критического отношения к своему поведению, несмотря на эмоциональные всплески.

Подэкспертный Б. так же понимает смысл предъявленного ему обвинения. По факту инкриминируемых ему деяний беседует уклончиво, исключительно по наводящим вопросам, даёт отрывочные сведения, ссылаясь на забывания обстоятельств. Противоправность и уголовную наказуемость инкриминируемых ему деяний, основные социально-правовые нормы понимает, сложившуюся судебную-следственную ситуацию недооценивает.

На основании вышеизложенного можно выдвинуть заключение, в котором больной Б. хроническим психическими расстройствами, слабоумием, иным болезненным состоянием психики в период деяний не страдал и мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Имеющиеся у больного Б. и

больного В. расстройства психики не сопровождаются грубым снижением интеллекта, памяти, сочетаются с пониманием противоправности и уголовной наказуемости инкриминируемых ему деяний, основных социально-правовых норм, достаточной осведомленностью в сложившейся судебно-следственной ситуации, защитной позицией личности и дифференцированным поведением и не лишали его в период деяний способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими – под действие ст. 22 УК РФ не подходит.

Анализируя данный случай, можно сделать вывод, что у больного В. наблюдается сложный психологический профиль с чертами личностного расстройства, факторами отклоняющегося поведения на фоне неврологических нарушений. Важным аспектом является конфликтная природа его взаимоотношений с окружающими, обостренная инсультом и последующими изменениями в его здоровье. Подводя итог, можно сказать, что поведение подэкспертного в момент совершения преступления является результатом сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Перенесенный инсульт, эмоциональная нестабильность, конфликты с соседями и личностные особенности создали условия для агрессивной реакции. Важно учитывать, что такие случаи требуют комплексного подхода к лечению и реабилитации, включая как медицинскую, так и психотерапевтическую помощь.

Заключение. В целом, характеризуя личность преступника, можно заметить, что она ничем не отличается от личности других людей. Однако, у всех преступников свой взгляд на мир. Все преступники считают себя теми, кто избавляют этот мир от людей, которые, по их мнению, не достойны жить в обществе. Часто мотивом для преступления является получение психологической травмы. Чаще всего их получают в детстве. Преступники, как правило, пытаются компенсировать свои эмоциональные травмы за счет совершения преступления. Таким образом, они вновь и вновь возвращаются к его наказанию, тем самым удовлетворяя свои внутренние желания.

Рассмотрим пример с пациентом В., который совершил убийство на основании ст. 307 УК РФ. Психологический анализ данного случая

требует комплексного подхода, учитывающего как биологические, так и социальные аспекты.

Рассмотрим основные моменты:

1. История жизни и социальная адаптация:

Наследственность: отсутствие психических заболеваний в семье может указывать на отсутствие генетической предрасположенности к психическим расстройствам. Однако следует учитывать, что в данном случае имеются значительные соматические проблемы, такие как инсульт и гипертоническая болезнь, которые могут повлиять на психическое состояние.

Семейное окружение: Воспитание в полной семье и отсутствие серьезных проблем в детстве могут говорить о нормальном социальном развитии. Однако его жизнь была отмечена неоднократными судимостями, что указывает на наличие трудностей в социальной адаптации и, возможно, на агрессивные или конфликтные черты характера. Однако детские и юношеские увлечения отсутствуют, что может свидетельствовать о низком уровне интересов и возможно, о некоторых трудностях в социализации.

Социальные связи: несмотря на наличие конфликтов с соседями, В. имел дружеские отношения с ними до появления гражданки Ш. Это может указывать на его способность к социальным взаимодействиям, но также и на его уязвимость к изменениям в этих отношениях.

2. Медицинская история

Подэкспертный имеет ряд соматических заболеваний, включая атеросклеротическую болезнь сердца и хроническую сердечную недостаточность, что может влиять на его общее состояние психоэмоциональный фон. Жалобы на головные боли, головокружение и слабость в конечностях свидетельствуют о наличии неврологических нарушений, которые могут быть следствием перенесенного инсульта. Физические ограничения, такие как ампутация пальца и резекция скуловой кости, также могут оказывать влияние на его самоощущение и восприятие себя.

Инсульт и его последствия: Перенесенный инсульт, сопровождающийся афазией и гемипарезом, значительно повлиял на психическое состояние подэкспертного. Афазия, затрудняющая вербальную коммуникацию, что в свою очередь может способствовать эмоциональной нестабильности и агрессивным

реакциям. Его активное использование жестов и эмоций для коммуникации указывает на его стремление быть понятым, несмотря на ограничения.

Неврологические изменения: неврологические проявления, такие как правосторонний центральный гемипарез, сенсомоторная афазия и асимметрия лица, указывают на серьезные изменения в работе мозга. Эти изменения влияют на его способность к общению и самовыражению, что вызывает у него значительное эмоциональное напряжение и фрустрацию. Неврологические симптомы, такие как повышенный тонус мышц и нарушения координации, могут также способствовать его чувству беспомощности и зависимости от окружающих.

3. Психическое состояние.

Эмоциональное состояние: Подэкспертный демонстрирует эмоциональную лабильность, вспыльчивость и обидчивость. Это может быть связано как с последствиями инсульта, так и с его личностными чертами. Вспыльчивость – свидетели описывают В. как человека с «горячим» характером, что в сочетании с его медицинскими проблемами могло привести к резким эмоциональным срывам. Его вспыльчивый характер, вероятно, был более выражен до инсульта, а после перенесенного инсульта он стал более уязвимым и эмоционально нестабильным. Пациент проявляет значительное беспокойство по поводу своих речевых нарушений, что может свидетельствовать о низкой самооценке и страхе перед социальной изоляцией.

Конфликты с соседями: Конфликтная ситуация с соседями, в частности с гражданкой Ш., может рассматриваться как катализатор для агрессивного поведения. Накопленные обиды, ощущение униженности и беспомощности могли способствовать развитию агрессивного умысла.

4. Агрессивное поведение.

• Преступное деяние: Убийство соседей на фоне конфликта и физического насилия со стороны соседа 3. указывает на то, что подэкспертный чувствовал угрозу для своей жизни и реагировал на нее с применением насилия. Его действия можно рассматривать как результат эмоционального срыва, вызванного как физическим, так и психологическим давлением. Конфликт с соседями начался после появления гражданки Ш., что может указывать на то, что изменения в социальной динамике стали

катализатором для агрессии. Физическое нападение со стороны соседа 3. могло стать триггером для последующего насилия.

Осознание своих действий: подэкспертный демонстрирует понимание своей вины и последствий своих действий, что говорит о наличии критического отношения к своему поведению, несмотря на эмоциональные всплески.

5. Личностные характеристики.

Психологические черты: у подэкспертного черты личности, которые могут быть описаны как импульсивные и конфликтные. Его склонность к агрессии и вспыльчивость, вероятно, усугубились после инсульта и ухудшения здоровья.

Социальная адаптация: несмотря на наличие социальных связей, подэкспертный демонстрирует трудности в поддержании гармоничных отношений, что может быть связано с его характером и эмоциональным состоянием после инсульта.

Состояние подэкспертного характеризуется сложным взаимодействием соматических, неврологических и психоэмоциональных факторов. Его поведение и эмоциональное состояние требуют комплексного подхода к лечению, включая психотерапию, направленную на улучшение коммуникации и адаптацию к новым условиям жизни после инсульта. Важно учитывать его потребности в эмоциональной поддержке и помощи в восстановлении социальной адаптации.

Закключение. Анализируя данный случай, можно сделать вывод, что у больного В. наблюдается сложный психологический профиль с чертами личностного расстройства, факторами отклоняющегося поведения на фоне неврологических нарушений. Важным аспектом является конфликтная природа его взаимоотношений с окружающими, обостренная инсультом и последующими изменениями в его здоровье.

Подводя итог, можно сказать, что поведение подэкспертного в момент совершения преступления является результатом сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Перенесенный инсульт, эмоциональная нестабильность, конфликты с соседями и личностные особенности создали условия для агрессивной реакции. Важно учитывать, что такие случаи требуют комплексного подхода к лечению и реабилитации, включая как медицинскую, так и

психотерапевтическую помощь.

Рассмотрим пример с пациентом Б., который совершил убийство на основании ст. 105 УК РФ.

Рассмотрим основные моменты:

1. История жизни и социальная адаптация:

Наследственность в отношении психических заболеваний не отягощена, то есть отсутствие психических заболеваний в семье может указывать на отсутствие генетической предрасположенности к психическим расстройствам. Однако следует учитывать, что в данном случае имеется влечение к употреблению спиртных напитков, которое может повлиять на психическое состояние. С начала 2018 года алкоголизировался практически ежедневно после работы, предпочитает крепкие спиртные напитки. После употребления повышенных количеств алкоголя (0,5 л водки), с 2018 года отмечает запамывания состояний алкогольного опьянения.

Воспитывался в полной семье, учился на «хорошо», имеет среднее общее образование (8 класс). Имеет непостоянное место жительства. По месту жительства характеризуется удовлетворительно, жалоб от родственников и соседей на него не поступало, к уголовной и административной ответственности не привлекался, на профилактических учётах в ОМВД России по г. Обнинску не состоял и не состоит. Холост, детей нет. Состоял в гражданских отношениях с Гражданкой Л.

Сообщает, что с гражданкой Л. жил вместе на протяжении 3-х месяцев, при этом у них были близкие отношения, он предлагал ей выйти за него замуж. В августе она уехала с другим мужчиной, при этом на уточнение врача, что она уехала в Санкт-Петербург, подэкспертный заявил, что он точно знает, что не туда, так как в Санкт-Петербурге «Теле-2 не работает». Говорит, что из-за этого приревновал её, стал звонить ей по телефону, но она с ним не разговаривала. На протяжении 2-х дней он жил в гостинице, работал, а по вечерам употреблял спиртные напитки. В тот день вновь ей позвонил, но она не отвечала, поэтому он разозлился, купил в магазине 0,25 л водки, которую тут же выпил, и пошёл домой, где всего произошедшего не помнит, «ничего видно не было». Говорит, что смутно помнит, как кто-то кричал, что нужно вызывать «скорую», после чего он убежал из квартиры, «ночевал в секретном месте», а

вскоре решил «сдаться полиции».

Таким образом, воспитание в полной семье и отсутствие серьезных проблем в детстве могут говорить о нормальном социальном развитии на этапе становления. Но его дальнейшие жизненные события (отсутствие работы, семьи, детей, друзей) указывает на наличие трудностей в социальной адаптации и, возможно, на агрессивные или конфликтные черты характера. Отсутствие детских и юношеских увлечений может свидетельствовать о низком уровне интересов и возможно, о некоторых трудностях в социализации.

2. Медицинская история.

Пациент Б. Соматической патологии не имеет, на учете у врача нарколога-психиатра не состоит.

3. Психическое состояние.

Сознание не нарушено. Держится непосредственно, беспечно, чувство дистанции снижено. Эмоциональные реакции примитивные, подвижные, дурашливые. В разговор вступает без принуждения. Свои мысли излагает примитивно, но достаточно понятно, отвечает после паузы, в плане заданного. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Анамнестические сведения сообщает по наводящим вопросам, преимущественно кратко, иногда задает контрвопросы. Характеризует себя спокойным, весёлым, при этом признаёт, что в алкогольном опьянении он становится раздражительным, обидчивым, вспыльчивым. В ходе собеседования мышление несколько инертное, ближе к конкретному. Словарный запас бедный, речь косноязычная, нечёткая. Суждения поверхностные, легковесные. Уровень знаний и общей осведомлённости невысок, достаточен для бытовой и социальной адаптации. Интеллект снижен. Память грубо не нарушена. Понимает смысл предъявленного ему обвинения.

По факту инкриминируемых ему деяний беседует уклончиво, исключительно по наводящим вопросам, даёт отрывочные сведения, ссылаясь на запамывания обстоятельств. Противоправность и уголовную наказуемость инкриминируемых ему деяний, основные социально-правовые нормы понимает, сложившуюся судебную-следственную ситуацию недооценивает. Критические и прогностические способности достаточны. Бредовых идей не высказывает. Расстройств восприятия в поведении и высказываниях не обнаруживается.

По данным экспериментально-психологического исследования у подэкспертного выявлены признаки нерезкой инертности и истощаемости психических процессов. Отмечается недоразвитие интеллектуально-мнестических, критических и прогностических способностей, соответствующее олигофрении в лёгкой степени дебильности (IQ от 50 до 69). Мышление преимущественно конкретное, суждения примитивные, поверхностные, уровень обобщения и абстрагирования умеренно снижен. Отмечается слабость и примитивность мотивационно-потребностной сферы, недостаточность волевой регуляции, неустойчивость самоконтроля, зависимость от средовых воздействий и мнения окружающих, импульсивность поведения. Эмоционально примитивен, подвижен, непосредственен, дурашлив.

На основании вышеизложенного было выдвинуто заключение, в котором больной Б. хроническим психическим расстройством, слабоумием, иным болезненным состоянием психики в период деяний не страдал и мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. У больного Б. обнаруживается умственная отсталость лёгкой степени (по МКБ-10 – умственная отсталость лёгкой степени с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушений поведения – F70.0). Имеющиеся у больного Б. расстройства психики не сопровождаются грубым снижением интеллекта, памяти, сочетаются с пониманием противоправности и уголовной наказуемости инкриминируемых ему деяний, основных социально-правовых норм, достаточной осведомлённостью в сложившейся судебной следственной ситуации, защитной позицией личности и дифференцированным поведением и не лишали его в период деяний способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими – под действие ст. 22 УК РФ не подходит.

Рассмотрим пример с пациенткой М., которая совершила убийство на основании ст. 105 УК РФ.

Рассмотрим основные моменты:

1. История жизни и социальная адаптация:

Наследственность: брат пациентки состоит на учете в психоневрологическом

диспансере из-за высокой агрессивности, мать также вспыльчива и агрессивна, отец-алкоголик. Эти данные могут указывать на возможный наследственный характер заболевания, вероятнее всего по материнской линии.

Анамнез жизни: с детства была вспыльчивой ранимой. Учёба давалась тяжело, систематически срывала уроки, проявляла агрессию к одноклассникам. В связи с таким поведением была осмотрена психологом, был установлен диагноз «Психопатоподобный синдром». После этого продолжала обучение в санаторно-лесной школе. Из этого можно сделать вывод, что у пациентки с детства имеется психологическая патология, которая проявлялась в высокой агрессии к окружающим. У пациентки имеются серьёзные трудности в взаимодействии с социумом, нормальные отношения были только с матерью.

С 17 лет стала жить с потерпевшим. Первое время отношения с сожителем были нормальные, однако впоследствии он начал регулярно её избивать, издевался над ней. Оба часто выпивали. Со слов пациентки в день преступления потерпевший сильно выпил, начал на неё беспричинно кричать, бить по лицу. В ответ на это она достала нож и нанесла 3 удара в грудь. О содеянном сразу же рассказала соседям, сдалась полиции.

2. Медицинская история.

Пациентка перенесла ЗЧМТ, было установлено сотрясение мозга, в связи с чем лечилась в городской больнице. Органическая патология могла повлиять на состояние психики.

Болела сифилисом, длительное время лечилась в областном кожно-венерологическом диспансере. Другой соматической патологии не имеет.

3. Психическое состояние.

Эмоциональное состояние: Пациентка на протяжении всего пребывания в отделении проявляет низкую заинтересованность в разговоре, отвечает медленно, монотонно, тон голоса не меняется. По её словам, она была отстранённой с детства, её состояние ухудшилось после переезда к потерпевшему. Ни раз задумывалась о самоубийстве, не видела смысла жить, страха смерти не имела. Отмечает ухудшение памяти и концентрации. В момент правонарушения у неё возникло сильное эмоциональное состояние с физической разрядкой, выразившееся совершённым убийством. Интеллектуальные функции

сохранены.

Конфликт с потерпевшим: регулярные избиения и унижения стали катализатором, для преступления. Со слов пациентки у неё «кончилось терпение», что привело к сильному эмоциональному аффекту. Деталей правонарушения она не помнит, к совершённомu действию относится безразлично.

4. Заключение комиссии: вялотекущая шизофрения.

Комиссия, рассмотрев все представленные данные, делает вывод о том, что у М. диагностирована вялотекущая шизофрения. Это психическое расстройство проявляется у нее в виде эмоциональных и поведенческих нарушений, а также изменений личности, напоминающих невроз. Диагноз подтверждается тем, что в детстве у М. были серьезные проблемы с поведением, социальной адаптацией, что привело к искажению ее психического развития. У нее наблюдается эмоциональный дефицит, несогласованность в развитии, выраженная психическая незрелость, устойчивые аффективные расстройства и попытки суицида. Текущее обследование также выявило характерные для шизофрении нарушения эмоциональной и волевой сферы, а также проблемы с критическим мышлением. Из-за этих болезненных проявлений шизофрении, которые были у М. как в момент совершения инкриминируемого деяния, так и в настоящее время, она не могла и не может осознавать опасность своих действий и контролировать их. Таким образом, в отношении данного деяния М. признается невменяемой

Заключение. Подробно рассмотрев состояние пациентки, можно сделать вывод, что она с детства имеет трудности с жизнью в социуме, имеет психическое расстройство, которое стало прогрессировать в более старшем возрасте. На развитие патологии могли повлиять множество факторов: отягощённая наследственность, социальный фактор, перенесённая ЗЧМТ.

Её действия по отношению к потерпевшему имеют комплексный характер. Врачебная комиссия признала, что она находилась в состоянии аффекта от постоянных эмоциональных напряжений. Помимо этого, её заболевание также может предрасполагать к противоправным действиям. Можно сделать вывод, что её действия имеют более сложный характер и вызваны не только психологической

патологией.

Рассмотрим пример с пациентом А., который совершил двойное убийство на основании п. «а» ч. 2 ст. 105 УК РФ.

Рассмотрим основные моменты:

1. История жизни и социальная адаптация:

Наследственность в отношении психических заболеваний не отягощена, хотя по неподтвержденным данным отец лечился в психиатрической больнице. Имеются диагнозы: «Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия», «Синдром зависимости от опиоидов, средняя стадия», «Посттравматическая энцефалопатия с выраженным церебрастеническим синдромом» которые могут повлиять на психическое состояние. Алкоголь употребляет от 2-3 дней подряд до недели, отмечает запоминания состояний алкогольного опьянения. Неоднократно находился на диспансерном лечении по поводу алкогольной, наркотической зависимостей, самовольно покидал условия стационара.

Воспитывался в неполной семье, в 2 года семью покинул отец, с 2 до 9 лет воспитывался бабушкой в р. Узбекистан, с 9 лет воспитывался только матерью в г. Белгород.. В возрасте 5 и 13 лет был сбит машиной, в ходе лечения был поставлен диагноз «Посттравматическая энцефалопатия с выраженным церебрастеническим синдромом» До 5-го класса учился на «хорошо», затем успеваемость снизилась, был отчислен в связи с не аттестацией по большинству предметов. Впоследствии закончил 12 классов вечерней школы, в дальнейшем образование не получал. Характеризуется как вспыльчивый, раздражительный. Неоднократно привлекался к уголовной, административной ответственности, состоит на учете психиатра-нарколога. Холост, двое детей от гражданских браков, связь поддерживает только с одним ребенком. Состоял в гражданских отношениях с гражданкой Д.

Сообщает, что планировал свадьбу с гражданкой Д. Вместе не жили, но за свой счет делал ремонт в ее квартире, в которую планировал переехать. Последние недели перед происшествием участились ссоры на почве ревности, появились финансовые трудности у пациента А., настроение было снижено, в течении этого времени получил звонок от неизвестного мужчины с требованием прекратить общение с гражданкой Д. За день до

происшествия пил 2 дня подряд, в состоянии алкогольного опьянения явился в квартиру гражданки Д., уничтожил сделанный ремонт. В день происшествия осознал содеянное, пришел в квартиру и стал дожидаться гражданку Д., чтобы принести ей извинения. В ходе встречи в квартире гражданки Д., пациента А. и гражданки Ш. (дочери гражданки Д.), произошла ссора в ходе которой пациенту А. было нанесено тяжелое оскорбление гражданкой Д., после которого он почувствовал сердцебиение, ощутил “взрыв” внутри и не может описать дальнейшие события до момента, как очнулся на месте преступления с уже погибшей гражданкой Д. и тяжело раненой гражданкой Ш. Пытался оказать помощь гражданке Ш., не смог вызвать скорую помощь и вскоре гражданка Ш. умерла, а пациент А. почувствовал сильный жар, потливость. Вскоре, покинув квартиру, планировал сдать в отделе полиции, но в основном бесцельно бродил по районам и был остановлен сотрудниками полиции по причине пятен крови на одежде и окровавленного ножа при пациенте. После этого понес административное наказание и на следующий день после суда явился в отдел полиции, где сообщил об убийстве.

Таким образом, воспитание в неполной семье, наличие серьезных проблем в детстве могут говорить о нарушенном социальном развитии на этапе становления. Агрессивные черты характера, наличие травм нервной системы в детстве, алкогольная и наркотическая зависимость, неоднократное привлечение к уголовной и административной ответственности, говорят в пользу неустойчивости психического состояния больного

2. Медицинская история

Пациент А. Состоит на учете у психиатра-нарколога с диагнозами «Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия» и «Синдром зависимости от опиоидов, средняя стадия». Также после ДТП в качестве пешехода, получил травму и последующий диагноз: «Посттравматическая энцефалопатия с выраженным церебрастеническим синдромом». В ходе освидетельствования врачом-психиатром был установлен диагноз: «Тревожно-невротическое расстройство».

3. Психическое состояние.

Сознание не нарушено. Внешне упорядочен, держится неуверенно, мимические проявления маловыразительны. В беседу

вступает. На вопросы отвечает осмысленно, после некоторой паузы. Речь развита достаточно, голос маломодулирован. Дистанцию соблюдает. Правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Анамнестические сведения сообщает по наводящим вопросам, в достаточном объеме. Сообщает о травмах головы, употреблении наркотиков и токсичных веществ.

Характеризует себя спокойным, веселым человеком, в алкогольном опьянении становится вспыльчивым. Рассуждает последовательно, в ходе беседы старается произвести благоприятное впечатление. В зоне личностно значимых переживаний становится обстоятельным, многословным, но целенаправленности не теряет. Суждения зачастую облегчены. Уровень знаний и представлений соответствует полученному опыту и образованию, достаточен для бытовой и социальной адаптации. Эмоциональные реакции лабильны.

Понимает смысл предъявленного ему обвинения.

В беседе по факту инкриминируемых ему деяний сразу же опускает голову, избегает зрительного контакта, обхватывает голову руками, вздыхает, ищет сочувствия у собеседника, говорит жалобным голосом. Противоправность и уголовную наказуемость инкриминируемых ему деяний, основные социально-правовые нормы понимает, сложившуюся судебную-следственную ситуацию понимает. Критические и прогностические способности достаточны. Бредовых идей не высказывает. Расстройств восприятия в поведении и высказываниях не обнаруживается.

По данным экспериментально-психологического исследования у подэкспертного отмечается сохранность интеллектуально-мнестических способностей, мышление без существенных особенностей, уровень обобщения и абстрагирования в норме. Критические и прогностические способности сохранены. В структуре личности выявлена повышенная эмоциональная чувствительность, склонность к застреванию на субъективно-значимых житейских ситуациях и чрезмерной эмоциональной вовлеченности, повышенная конфликтность при недостаточной личностной интеграции, демонстративность, тенденция к избеганию ответственности. Эмоционально подвижен.

На основании вышеизложенного было выдвинуто заключение, что случай больного А. признан клинически сложным, и требуется стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Выводы. Убийство воспринимается как наиболее тяжкое преступление против личности. В настоящем обзоре особое внимание уделяется характеристикам убийства и убийц. Для нас очень важно понять природу и закономерности аспектов убийства, поскольку это раскрывает детали, относящиеся к обстоятельствам, сопутствующим событию. Другими словами, такие аспекты позволяют нам понять действия, происходившие за сценой. Таким образом, общественность, следователи, исследовательницы и другой ключевой персонал, вовлеченный в процесс, не могут упускать из виду такие аспекты, раскрытие таких криминальных событий, поскольку это позволяет получить информацию о характере и масштабах каждого убийства.

Литература.

1. Адсу В.С. Особенности характеристики личности преступника и его жертвы при расследовании убийств // Студенческий: электрон. научн. журн. 2019. № 20(64). С. 75-76.
2. Зиневич, О. Я. Проблемы и основные аспекты изучения личности преступника / О. Я. Зиневич, Я. А. Симбирева // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Юридические науки. – 2017. – Т. 3 (69), № 3. – С. 118-123.
3. Казанцев, С. Я. Характерные особенности серийных убийств / С. Я. Казанцев, В. И. Красильников // Вестник экономической безопасности. – 2021. – № 4. – С. 343-346. – DOI 10.24412/2414-3995-2021-4-343-346.
4. Карчаева, К. А. Современное состояние и перспективы развития методики составления психологического портрета убийцы / К. А. Карчаева // Евразийский юридический журнал. – 2023. – № 3(178). – С. 246-248.
5. Клюева, В. В. Психологические особенности личности серийного убийцы / В. В. Клюева // Научный аспект. – 2024. – Т. 13, № 3. – С. 1581-1586.
6. Личность преступника и профилактика преступлений: монография / Ю.М. Антонян, Е.А. Антонян, О.Р. Афанасьева [и др.]; под ред. Ю.М. Антоняна. Москва: Проспект, 2020. – 224 с.
7. Маттейс М.Д., Джорджетти А., Виель Г., Жираудо К., Терранова К., Лупи А., Фаис П., Пуджиони А., Чеккетто Г., Монтиски М. Убийство и сокрытие трупа. Серия вскрытий и обзор литературы. Int. J. Leg. Med. 2021;135:193–205. doi: 10.1007/s00414-020-02313-0
8. Рахим М., Сиариани Н., Аю Г. Эпидемиологические характеристики убийств и жертв убийств в Малайзии с 2007 по 2011 год, о которых сообщила газета. IOSR J. Гуманитарные науки. Социальные науки. 2014;19:73–81. doi: 10.9790/0837-19747381.
9. Сафунов, Ф. С. Психология криминальной агрессии, 2003. — 300 с.
10. Семёнова Е. В. Психологические особенности серийного убийцы // Вестник магистратуры. – 2016. – №11-1 (62). – С.116-119.
11. Стрижак, С. Ю. Криминальная психология: личность преступника, мотивы преступной деятельности серийных убийц и их типы / С. Ю. Стрижак // Современные проблемы гуманитарных и естественных наук : материалы XXXV международной научно-практической конференции, Москва, 27–28 июня 2017 года. – Москва: Научно-информационный издательский центр "Институт стратегических исследований", 2017. – С. 226-230.
12. Тertyшный, В. А. Исследование психологии серийных убийц / В. А. Тertyшный. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 21 (207). — С. 463-465.
13. Файзуллина, А. А. Методика составления психологического портрета преступника при расследовании серийных убийств / А. А. Файзуллина // Юридическая наука. – 2022. – № 10. – С. 75-77.
14. Холмс Р.М., Холмс С.Т. Профилирование насильственных преступлений: инструмент расследования. 3-е изд. Sage Publications; Саутенд-Оукс, Калифорния, США: 2022.
15. Kamaluddin M.R., Md Shariff N.S., Mat Saat G.A. Mechanical profiles of murder and murderers: An extensive review. Malays J. Pathol. 2018 Apr;40(1):1-10. PMID: 29704379.