

УДК 61:343.59

*О.А. Дмитриева¹, Т.М. Федченко², А.С. Аветисян², Т.А. Данилак¹*¹ Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),² Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы (690091 г. Владивосток, ул. Ладо, 3)

МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ

Ключевые слова: внутрисемейное насилие, судебно-следственные органы, алгоритм действий врача.

От общего количества обратившихся в судебно-медицинскую амбулаторию более 12% — лица, пострадавшие от домашнего насилия. На материале 2364 экспертиз показано, что последствия такого насилия могут быть медицинскими, судебно-медицинскими и социальными. Потерпевшие от внутрисемейного физического насилия разделены на группы, и исследованы особенности повреждений в каждой из них: жестокое обращение с детьми; насилие, направленное против супруги или партнерши; насилие в отношении престарелых; насилие в отношении младших родственников (братьев, сестер); насилие в отношении взрослых некровных родственников (невестки, золовки); насилие против супруга или партнера. Сделан вывод о том, что проблема домашнего насилия требует объединения усилий судебно-следственных, судебно-медицинских, медицинских и общественных организаций.

Насилие в семье — не частное дело семьи, а социальное явление, требующее внимания государства. Как в России, так и за рубежом домашнее насилие принимает угрожающий общественной безопасности характер массового явления. В связи с тем, что в законодательные акты Российской Федерации внесены изменения, предусматривающие оценку противоправных действий, совершаемых внутри семьи, как преступлений против личности, все большее их число получает адекватную юридическую реакцию. Домашнее насилие определяется как эмоциональное, физическое или сексуальное насилие, совершаемое сознательно или неосознанно в отношении членов семьи и других домочадцев. Выделяют следующие виды домашнего насилия: физическое — систематическое применение силы (избиение, попытки удушения, укусы, пинки и толчки), угрозы применения холодного или огнестрельного оружия; сексуальное — изнасилование в браке и другие действия, включающие принуждение к сексу и/или отказ от безопасного секса; психологическое (эмоциональное и вербальное насилие) — угрозы, брань, оскорбления, запрет работать вне дома, изолирование от родителей и друзей, постоянный контроль и проверки; экономическое — отказ в материальной поддержке, ограничение возможности достичь экономической самостоятельности, например, получить работу [5, 9].

Данные большинства авторов [1, 3, 4, 7] свидетельствуют о довольно высоком проценте потерпевших от домашнего насилия, не обратившихся в правоохранительные органы, что говорит не только о высокой латентности этого вида преступлений, но и о необходимости совершенствования взаимодействия первич-

ного медицинского звена с судебно-медицинскими и правоохранительными органами. Однако в настоящее время отсутствуют алгоритм действий врача при оказании медицинской помощи (в том числе и экстренной) потерпевшим от домашнего насилия, правила взаимодействия с судебно-следственными органами, условия сохранения вещественных доказательств. Обсуждаемая нами проблема представляется особенно важной в современных реалиях в связи с повсеместным ростом внутрисемейных преступлений и с их тяжкими последствиями, особенно в отношении малолетних и лиц старческого возраста. При оказании медицинской помощи могут быть безвозвратно утрачены вещественные доказательства, поэтому результат следственных действий напрямую зависит от компетенции и гражданской позиции врача. Если потерпевший непосредственно после события осматривается судебно-медицинским экспертом, то доказательная база строится на заключении судебно-медицинской экспертизы. Если же потерпевший поступает сначала в лечебное учреждение, то выводы судебно-медицинского эксперта основываются на записях в медицинских документах. История болезни (медицинская карта) становится не только медицинским, но и юридическим документом и де-юре, и де-факто. Практика показывает, что медицинские работники, и особенно семейные врачи, оказывая неотложную или специализированную помощь потерпевшим, должны обладать не только специальными и судебно-медицинскими, но и минимальными юридическими знаниями.

Материал и методы. Проанализированы 2364 судебно-медицинских заключения по поводу внутрисемейного насилия, выполненных в Приморском краевом бюро судебно-медицинской экспертизы в 2006–2008 гг. Математическая обработка полученных данных проводилась методами вариационной статистики.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. Лица, пострадавшие от домашнего насилия, составили 12% от общего количества обратившихся в судебно-медицинскую амбулаторию. О необходимости как срочной, так и отсроченной психотерапевтической помощи сообщили 33% женщин, при этом 18% заявили о том, что такие центры психокоррекции должны быть при лечебном учреждении и оказывать психологическую, а равным образом — юридическую и медицинскую помощь непосредственно на месте, в момент обращения. Тем не менее после случившегося потерпевшие не всегда обращались в правоохранительные органы по следующим причинам: стыд — 28%,

неверие в возможности прокуратуры и суда — 22%, экономическая зависимость — 24%, боязнь огласки — 18%, страх мести — 8%.

По соотношению внутри группы потерпевших от внутрисемейного насилия получены следующие данные:

- насилие, направленное против супруги или партнерши — 36%;
- насилие в отношении престарелых — 26%;
- жестокое обращение с детьми — 22%;
- насилие в отношении младших родственников (братьев, сестер) — 9%;
- насилие в отношении взрослых некровных родственников (невестки, золотки) — 4%;
- насилие против супруга или партнера — 3%.

Нам представляется целесообразным расширить привычную схему разделения домашнего насилия по объекту на три составляющие: 1) дети, 2) женщины и 3) лица пожилого и старческого возраста (судебно-медицинская характеристика дополнительно выделенных нами групп несколько отличается от других по механизму и последствиям повреждений).

Внутрисемейное насилие может быть разовым, повторяющимся и хроническим, нередко влечет за собой физический вред, психологические срывы и хроническое чувство страха вплоть до тяжелых депрессий. Последствия такого насилия могут быть медицинские, судебно-медицинские, социальные.

Клинические (медицинские) аспекты домашнего насилия заключаются в ближайших травматических, отдаленных дисфункциональных и инвазивных последствиях, которые выражаются в повреждениях и заболеваниях, возникающих остро или имеющих хронический характер: кровоподтеки, ссадины, раны, сотрясения и ушибы головного мозга, реактивные состояния, психосоциальная дезадаптация, заражение венерическими болезнями и другими инфекциями, передающимися половым путем, аноректальные дисфункции, посттравматический синдром и синдром жестокого обращения с детьми, а также соматические и душевные заболевания, возникающие от хронического насилия. Психические последствия домашнего насилия в ряде случаев более значительны, чем физические страдания. По нашим данным, у потерпевших были диагностированы депрессия (66,7%), фобии (19,1%), стигмация (12,3%). Среди симптомов депрессивных состояний преобладали замкнутость, плаксивость, озлобленность, растерянность, заниженная самооценка, боязнь повторения насилия. Социальные последствия проявляются дезинтеграцией личности в обществе в виде резкого скачка ненормативного поведения — неуважение к закону, эгоизм, равнодушие, обвальное распространение жестокости и преступности [3].

Физическое насилие может оставлять после себя «следы» (повреждения) или не оставлять никаких объективных свидетельств. Ни судебно-медицинский эксперт, ни врач общей практики не устанавливает факта побоев, так как побои — это не особый вид

повреждений, а многократное нанесение ударов или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, но не вред здоровью. Если побои не оставляют после себя следов, установление факта их нанесения — прерогатива судебно-следственных органов [8].

Насилие в отношении детей является первым типом домашнего насилия, получившим признание как «серьезная социальная проблема» с тех пор, как в 1962 г. Г. Кемпом была опубликована статья о «синдроме избиваемого ребенка». В настоящее время этот феномен чаще называют «синдромом жестокого обращения с ребенком» (Child Abuse and Neglect — CAN) [1, 4, 5]. Случаи жестокого обращения с детьми в семье сопоставимы с травмой, полученной в результате теракта в связи с тем, что помимо телесных повреждений могут развиваться серьезные психические расстройства, нарушающие контакт с ребенком и являющиеся самостоятельными признаками вреда здоровью [5]. Поэтому в подобных случаях целесообразно первичное проведение комиссионных экспертиз с включением в комиссию специалистов различного медицинского профиля. При наличии в подобных ситуациях повреждений без вреда здоровью или в случаях, когда объективных признаков повреждений не обнаружено, дети должны определяться в группу риска для последующего медицинского наблюдения, в том числе врачом-психиатром. Повреждения у детей, возникающие от действия твердых тупых предметов, отличаются значительным разнообразием и яркостью клинической картины. В настоящее время наряду с ремнями различных моделей (в том числе и с большими металлическими вставками и пряжками), используются резиновые шланги и дубинки, пластмассовые провода, предметы спортивного инвентаря (бейсбольные биты, клюшки для игры в гольф и хоккей и т.п.). Удары наносятся по любым частям тела, включая лицо, с образованием кровоподтеков, ушибленных или скальпированных ран. Некоторые предметы используются не только для нанесения ударов, но и для связывания рук и ног при удушении.

Если на судебно-медицинский прием обращается и пострадавшая мама, и пострадавший ребенок, нередко стремящийся ее защитить, то повреждения у них могут быть однотипные. Например, если мужчина привык бить жену кулаком по лицу, то и подросткового сына он может «воспитывать» таким же образом. По нашим данным, в группе риска дети 9–15 лет, то есть школьного возраста, когда домашнее насилие скрывать труднее, а повреждения могут быть значительнее по сравнению с более младшими пострадавшими. Однако мы склонны связывать этот факт только с особой латентностью домашнего насилия по отношению к дошкольникам. Дети, видевшие насилие в детстве или испытывавшие его на себе, могут сами жестоко относиться к своим родителям (циклическая теория насилия) [4, 5, 9]. Дети из неполных семей с психически неуравновешенной одинокой матерью

отличаются вспыльчивостью, нетерпимостью, неуживчивостью, колебаниями настроения до бурных двигательных разрядов на фоне общей психической истощаемости [1, 4].

Новорожденные и малолетние дети из асоциальных семей находятся в антисанитарных условиях, их кормят продуктами, несоответствующими возрасту (например, макароны и щи для 5-месячного ребенка, а картофель на воде — 2-месячного), их оставляют без присмотра и кормления на несколько дней, укладывают спать вместе с домашними животными в домовых пристройках. Учитывая то, что ребенок не в состоянии принять меры к самосохранению по малолетству и беспомощности, такое поведение матери сравнимо с умышленным причинением вреда здоровью (ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности») [8].

Неслучайно в УК РФ появилась новая статья (106) «Убийство матерью новорожденного ребенка» [8]. Эта проблема многогранна, имеет культуральные, социальные, правовые и медицинские стороны. В конце XX века в некоторых клиниках практиковалось так называемое новое детоубийство — своеобразная пассивная эвтаназия, выражающаяся в отказе питания и предоставления необходимого лечения младенцам с выраженными врожденными пороками. Нечто подобное случается и в ряде неблагополучных семей, где нежеланные дети появляются с завидным постоянством, а к неухоженным, дистрофичным и недоразвитым братьям и сестрам присоединяются такие же ненужные «погодки».

В этом смысле анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз представляет особый интерес. Он позволил выявить факт неуклонного увеличения количества матерей, не желающих участвовать в воспитании ребенка, правильно его кормить и одевать. Дети, оставаясь одни, получали повреждения различной степени тяжести по неосторожности, что также требовало назначения судебно-медицинской экспертизы. Несмотря на то, что удельный вес экспертиз по поводу ненадлежащего выполнения родителями своих обязанностей небольшой, в последние 5 лет мы отметили явную тенденцию к увеличению их количества. При этом не всегда соблюдается ст. 56 Семейного кодекса РФ, требующая, чтобы должностные лица организаций или иные граждане, которым стало известно о злоупотреблениях в отношении ребенка, сообщали об этом в органы опеки и попечительства [6].

Внутрисемейное насилие в отношении женщин лучше всего изучено с точки зрения социума и психологии [2, 6, 7, 9]. С медицинской и судебно-медицинской точки зрения оно практически не рассматривалось. Установлено, что наибольшее количество лиц женского пола с бытовой травмой находилось в возрасте 20–45 лет. Как и в группе детей, пострадавших от домашнего насилия, наиболее часто встречается тупая травма (89%), реже — повреждения острыми предметами (6%), незначительный процент случаев — термические и химические ожоги и огнестрельные

повреждения. Преобладали повреждения, не повлекшие за собой вреда здоровью (кровоподтеки, ссадины и поверхностные раны) — 72%, повреждения, причинившие легкий вред здоровью (ушибленные раны, непроникающие колото-резаные раны, легкие формы черепно-мозговой травмы), составили 21%. Вред здоровью средней тяжести и тяжкий установлен в 5 и 2% соответственно.

Более половины мужей и сожителей при совершении насилия находились в состоянии алкогольного опьянения, многие были ранее судимы, в ряде случаев агрессия была немотивированной. Хроническая психическая травма — эмоциональное и вербальное насилие в совокупности с физическим крайне негативно сказывались на здоровье женщины, особенно в период вынашивания беременности (в 7% наблюдений пострадавшие находились на разных сроках беременности). В таких случаях следователь ставил вопрос о причинно-следственной связи между повреждениями и неблагоприятным течением или исходом беременности, а также — состоянием здоровья новорожденного, а экспертиза носила комиссионный характер и проводилась совместно с акушером-гинекологом и педиатром.

Особенности повреждений у лиц пожилого возраста связаны с инволютивными процессами. У 77% пострадавших здесь имелось более одного хронического соматического заболевания. Среди них преобладали заболевания сердечно-сосудистой (70,2%), дыхательной (14,0%), эндокринной (14,8%) и мочевыделительной (13,1%) систем. В 52% случаев диагностирован синдром взаимного отягощения заболеваний. В связи с этим одинаковое по силе физическое воздействие могло привести к различным последствиям в зависимости от возраста потерпевшего. Общеизвестно длительное «цветение» кровоподтеков у стариков, увеличение сроков заживления ссадин и ран. Особое значение имеют сахарный диабет и остеопороз, при которых значительное количество переломов, особенно длинных трубчатых костей, возникает спонтанно или от незначительной травмы. В данной ситуации судебно-медицинский эксперт должен установить причинно-следственную связь между механизмом травмы, возникшими повреждениями и их осложнениями. Эта группа потерпевших также часто обнаруживает признаки органического поражения головного мозга с легкими когнитивными расстройствами на фоне сосудистых заболеваний, поэтому в судебно-медицинской практике на первый взгляд тяжелые повреждения могут не расцениваться как причинившие вред здоровью.

Нами также выделены две группы потерпевших: **младшие родственники** (братья, сестры) — 9% и **взрослые некровные родственники** (невестки, золовки) — 4%. Они немногочисленны, но, вероятно, важны как с точки зрения циклической теории насилия, так и с точки зрения большого количества мигрантов различного вероисповедания со специфическим внутрисемейным укладом. Пострадавшие из этих групп

не столь «интересны» для судебно-медицинского эксперта, так как регулярное насилие (подзатыльники, шипки, подножки и т.п.) не приводит к сколько-нибудь значительным повреждениям, то есть насилие происходит «просто так», потому что рядом более слабый. Однако эти потерпевшие требуют наблюдения психолога в связи с тем, что являются типичными представителями группы, для которой более характерны психологические и психические, чем физические последствия домашнего насилия. Судебно-медицинский эксперт либо врач общей практики не решают вопроса о мучении и истязании, но подробное описание морфологических свойств повреждений может свидетельствовать о систематичности их нанесения, что позволяет следователю рассматривать подобные деяния с позиций статьи 117 УК РФ «Причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями...».

Физическое насилие, направленное против супруга или партнера, менее всего изучено. В иностранной литературе встречаются единичные исследования, посвященные психологическому аспекту этой проблемы [10, 11]. С судебно-медицинской точки зрения повреждения здесь могут быть связаны с борьбой и самообороной, когда избиваемые женщины пытаются защищаться и поэтому наносят различные повреждения от незначительных (ссадины, кровоподтеки), до тяжких, вплоть до особо жестоких убийств, которым предшествует длительный период домашнего насилия со стороны мужчины. В единичных случаях особо деспотичные женщины систематически применяют силу и угрозы в отношении более слабого или нерешительного мужчины.

Таким образом, проблема домашнего насилия требует объединения усилий судебно-следственных, судебно-медицинских, медицинских и общественных организаций. Постулат «безнаказанность порождает все новые и новые преступления» в большей степени отражает сущность домашнего насилия, отличаясь лишь тем, что насилие против жены, ребенка, старика с каждым разом становится все более жестоким. Судебно-медицинская и медицинская практика в полной мере позволяет изучить все стороны внутрисемейного насилия и предложить превентивные меры профилактики и борьбы со столь негативными явлениями в жизни общества. Вероятно, назрела необходимость разработать новаторскую стратегию помощи жертвам домашнего насилия. Медицинские учреждения — идеальное место для такой работы, поскольку подавляющее большинство потерпевших обращаются не сразу в правоохранительные органы и судебно-медицинские бюро. В связи с этим дежурный врач должен максимально подробно описать имеющиеся повреждения, предприняв все возможные меры для сохранения вещественных доказательств согласно судебно-медицинским и юридическим знаниям, полученным

им при изучении курса судебной медицины. При указании больного на домашнее насилие, отправляется телефонограмма не только дежурному ГОВД, но и по желанию потерпевших — в общественные правозащитные организации. Вещественные доказательства передаются следователю.

Практический и методический подход к внутрисемейному насилию должен включать в себя алгоритм действий врача при оказании медицинской помощи потерпевшим от домашнего насилия (стандартизация), а также правила сохранения вещественных доказательств и взаимодействия с судебно-следственными органами.

Литература

1. Асанова Н.К. *Руководство по предупреждению насилия над детьми*. М.: ВЛАДОС, 1997. 512 с.
2. Горшеев А.Н., Кривилевич Е.Б., Лохматкина Н.В., Поспелов Ю.К. Оценка готовности медицинских работников к оказанию помощи женщинам, пострадавшим от физического насилия в семье // *Тихоокеанский мед. журнал*. 2005. № 2. С. 46—50.
3. Ерохина Л.Д. Социальная анатомия современного российского общества // *Гарантии прав человека в России: мат. научно-практ. конф.* Владивосток, 2008. С. 25—45.
4. *Криминология* / под ред А.И. Долговой. М., 2005. 560 с.
5. *Насилие в семье. Как бороться с ним государству* / под ред. М. Шулер. М.: Глас, 1999. 190 с.
6. *Программа правовых инициатив для стран Центральной Европы и Евразии. Программа по защите прав женщин: сб. документов Американской ассоциации юристов*. М., 2005. 90 с.
7. *Сексуальное насилие: теории, подходы и методы исследования* / Ю.И. Пиголкин, О.А. Дмитриева, Н.Г. Щитов, Г.Б. Дерягин. М.: МИА, 2008. 486 с.
8. *Учебно-практический комментарий к УК РФ* / под ред. А.Э. Жалинского. М.: Эксмо, 2006. 1088 с.
9. *Хрестоматия по курсу «Основы гендерных исследований»* / под ред О.А. Ворониной. М., 2000. 388 с.
10. Chalk R., King P. / *Violence in Families. Assessing Prevention and Programs*. URL: <http://www.nap.edu/openbook> (дата обращения 12.01.2009).
11. White Ribbon Campaign. URL: <http://www.whiteribbon.ca/eindex.html> (дата обращения 12.01.2009).

Поступила в редакцию 18.03.2009.

MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF INTRAFAMILY VIOLENCE

O.A. Dmitrieva¹, T.M. Fedchenko², A.S. Avetisyan², T.A. Danilyak¹

¹ Primorsky Regional Bureau of Forensics (3 Lazo St. Vladivostok 690091 Russia), ² Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia)

Summary — The authors indicate that over 12% of all persons addressed to the department of forensics are those who have suffered from domestic violence. 2364 cases of expert examination show that the aftermaths can be regarded as medical, forensic and social ones. The victims of intrafamily violence are divided into groups and examined for the features of injuries: child abuse; violence against spouse or partner; elderly person abuse; violence against junior kinsman (brothers, sisters); violence against adult relatives by marriage (daughter-in-law, sister-in-law); violence against spouse or partner. The domestic violence problem requires joint efforts to be made by investigation, forensic, medical and social organizations.

Key words: intrafamily violence, forensics, algorithm of doctor's actions.