

Ергард Наталія Миколаївна
асистент кафедри судової медицини
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ПОЧЕРКУ ОСІБ, ХВОРИХ НА НЕРВОВІ ХВОРОБИ

Діяльність експерта-почеркознавця при вирішенні діагностичних задач повинна бути послідовною, з дотриманням певної ієрархії рівнів, етапів, стадій, що складають зміст діагностичного процесу, аналогічного тому, що має місце в ідентифікаційному дослідженні.

Вирішення діагностичної задачі, що має багатоступеневу структуру, в основі якої лежить поступовий перехід у пізнання від загального до особливого, також базується на принципі певних рівнів. Так, щоб вирішити діагностичну задачу, кінцевою метою якої є розпізнання конкретних збиваючих факторів чи певної їх групи, експерт перш за все повинен встановити наявність факту незвичності письма в досліджуваному об'єкті, потім розпізнати чи являється ця незвичайність для даного об'єкту постійною чи тимчасовою і визначити різновидність збиваючих факторів. В рамках встановленого виду збиваючих факторів (природних чи штучних) експерт може довести вирішення діагностичної задачі до встановлення конкретної причини [1, с. 25].

Незвичайність письма, перш за все, слід розглядати як невідповідність тих чи інших властивостей (ознак) письма заздалегідь відомим (загальноприйнятим) нормам цих властивостей для певної групи почерків, а також як невідповідність нормі властивостей письма конкретної особи. Тому в якості першої підзадачі виступає розпізнання незвичності письмового процесу в досліджуваному об'єкті.

Дане питання вирішується за допомогою аналізу досліджуваного документа, направленою на виявлення ознак письма, що не відповідає загальноприйнятим нормам високо виробленої письмово-рухової навички. Так, якщо високо вироблена навичка письма визначає швидкий темп, диференційний натиск в штрихах, точність і чіткість у виконанні дрібних рухів, дотримання

розмірних і орієнтаційних параметрів (ознаки координації рухів першої і другої груп), і відповідно, високий рівень освоєння навички орфографії, синтаксису, стилю тощо, то невідповідність цим нормам, яке може відобразитися в рукопису рівномірно на протязі всього тексту чи фрагментарно, незалежно від ступеню вираженості «яскравості», буде свідчити про незвичність письма для почерків, що відносяться до даної групи. Більша чи менша ступінь вираженості цих невідповідностей буде свідчити про більшу чи меншу ступінь збиваючої впливу.

Встановивши факт незвичності письма в досліджуваному документі, експерт переходить до вирішення другої, важливої в діагностиці підзадачі – розпізнання характеру незвичності письма (тимчасового чи постійного) в почерку конкретної особи. Для вирішення даної підзадачі вже недостатньо раніше загальновідомих орієнтирів в характеристиці письмово-рухових властивостей, оскільки та чи інша невідповідальність властивостей письма може стати як постійною, так і тимчасовою в конкретному почерку [2, с.51].

Так, наприклад, «яскраві» неточності параметрів координації рухів першої чи другої групи, що являються показниками незвичності в досліджуваному документі, почерк якого відноситься до групи високо вироблених, можуть бути властиві почерку конкретного пишучого. Сталість порушень властивостей письма, як правило, визначають: вікові зміни, тривалість нервових чи психологічних захворювань, травми мозку тощо.

Тому для вирішення другої підзадачі експерт вже повинен мати дані про властивості письма конкретного виконавця, співставити виявлені невідповідності властивостей письма в досліджуваному почерговому об'єкті з ознаками письма конкретної особи. Для більш ефективного встановлення наявності чи відсутності тих чи інших ознак в ряді випадків експерту доцільно спочатку вивчити ознаки письма в представленому на експертизу порівняльному матеріалі, а потім співставити їх відповідним ознакам письма в досліджуваному документі. Якщо порушення письма в досліджуваному документі аналогічні порушенням в порівняльному матеріалі, то ці порушення викликані постійними чи відносно постійними збиваючими факторами.

Наявність порушень властивостей письма тільки в досліджуваному об'єкті являється показником впливу тимчасових збиваючих факторів. Однак, констатація факту тимчасової чи постійної незвичності письма повинно передувати ідентифікаційне дослідження та вирішення питання про те, що досліджуєми документ чи зразки виконанні однією і тією ж особою [4, с. 195].

Ідентифікація в діагностиці, що виступає в ролі допоміжного інструменту, є самостійним, для проведення якого існують загальноприйняті в судово-почеркознавчій експертизі методики.

Таким чином, діагностичний процес в якості проміжної підзадачі включає і ідентифікаційну, що вирішує питання про тотожність виконавця порівняльних почеркових об'єктів. Між вирішенням ідентифікаційної і другої діагностичної підзадачі існує пряма залежність. В той же час вирішення ідентифікаційної підзадачі в умовах дослідження змінених властивостей письма полегшує попереднє діагностування на перших стадіях експертного процесу. У важких оціночних ситуаціях відбувається якби переплетення ідентифікаційного та діагностичного процесів: діагностичні версії перевіряються ідентифікаційними і навпаки, ідентифікаційні – діагностичними. Перш, ніж встановити виявлені діагностичні ознаки постійними чи тимчасовими в почерку конкретної особи, експерт повинен бути впевненим, що порівняльні почеркові об'єкти належать одній особі, в той же час, щоб признати виявлені співпадіння чи відмінності ідентифікаційними, експерт повинен виключити вірогідність їх проявлення в результаті наслідування, викривлення або впливу інших збиваючих факторів. Трансформація ознак під впливом збиваючих факторів може полягати не тільки в проявах діагностичних ознак, але й в їх зникненні. Так, наприклад, при деяких нервових захворюваннях рухи при письмі стають утрудненими, в почерку закріплюються діагностичні ознаки рівнів «А, В» (зниження координації рухів 1-ої групи, темпу, не диференційний натиск у штрихах), які здобувають постійний характер [3, с. 198].

Отже, розглянемо найбільш поширені неврологічні стани, неврологічна симптоматика яких впливає на координацію рухів та може змінювати почерк конкретної особи.

Так, при ураженні мозочка пухлинними процесами одним із неврологічних проявів буде наявність **адіадохокінезу** (неможливість синхронного виконання швидких рухів обома руками), в такому випадку почерк буде розмашистим з хвилеподібними рядками, за зовнішнім виглядом нагадує мало вироблений почерк, яскраво виражені ознаки низької координації рухів, нерівномірність протяжності, направлення та розміщення рухів. Для будови літер характерно спрощення рухів та деформація, літери стають занадто великими, лінії – нерівними.

При ураженні середньої лобової звивини лівої півкулі пухлинними процесами або перенесеними черепно-мозковими травмами (субрахноїдальні крововиливи, епі – та субдуральні гематоми) з наявністю в цих ділянках рубцевих змін у правшів розвивається **ізольована аграфія** (грец. – заперечення письма) – порушення речової функції, що характеризується втратою здатності правильно писати при збереженій руховій функції верхніх кінцівок. Вона проявляється втратою можливості з'єднувати букви у слова, або хворий при письмі переставляє чи взагалі упускає окремі склади.

При лакунарному інфаркті головного мозку (форма гострого чи повільно прогресуюче ішемічне порушення мозкового кровообігу на тлі артеріальної гіпертензії, що зумовлена первинним ураженням проникних артерій і характеризується розвитком дрібних вогнищ некрозу в глибоких відділах мозку) одним із клінічних проявів є синдром **дизартрії** (утрудненість, розпад сприйняття мови на слух, читання та письма) у поєднанні з **атаксією** (сила в кінцівках збережена, проте рухи стають неточними, незграбними) та **незграбністю руки**. У почерку таких осіб притаманна спрощена будова, що відхилюється від стандартних прописів в бік зменшення складності системи рухів з кутовою формою рухів, нестійким правим чи лівим нахилом та малою протяжністю рухів по вертикалі строкових елементів.

При паркінсонізмі (хвороба, в патогенезі якої лежить порушення у нейромедіаторному процесі з ураженням чорної субстанції та зниженням дофаміну як нейромедіатора цієї структури), що клінічно проявляється **гіпокінезією** (знижена рухова активність), **ахейрокінезом** (випадіння

співдружних рухів верхніх та нижніх кінцівок) та статистичним тремором у пальцях рук і голові. За характером рухів у пальцях тремор нагадує «катання пілюль». Загальні ознаки почерку у таких осіб будуть мати прискорений темп з переважанням кутової форми рухів, з нестійкістю правого чи лівого нахилу, середньою чи малою протяжністю рухів по вертикалі строкових елементів, вузькими інтервалами між літерами та великою ступеню неперервності рухів в горизонтальній площині [5, с. 38].

Отже, підсумовуючи вищенаведене, можна сказати, що неврологічні стани значно впливають на письмові здібності людини, тому доцільно використовувати у судово-почеркознавчій експертизі дані медичної документації тої особи, з приводу якої проводиться дослідження почерку, так як неврологічні стани у таких осіб характеризують їхні ідентифікаційні особливості, що необхідно враховувати при таких видах експертиз.

Література:

1. Министерство юстиции СССР Всесоюзный научно-исследовательский институт судебных экспертиз «Общие и частные признаки почерка» – Москва – 1987. – С. 5-29
2. Арсеньев В.Д. О понятии заключения эксперта в свете общей теории судебных доказательств / В.Д. Арсеньев // Актуальные вопросы теории судебной экспертизы – М. – 1976. – С. 20-53
3. Общая методика исследования почерка при идентификации исполнителя // Судебно-почерковедческая экспертиза – М. – 1971 – С. 191-247
4. Погибко Ю.Н. Исследование процесса решения идентификационной задачи экспертом-почерковедом – Дисс. канд. юр. наук – М. – 1977 – С. 195
5. Віничук С.М. Нервові хвороби / С.М. Віничук // Київ – 2001. – С. 38-61