

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ОЛІЙНИК ОКСАНА ПЕТРІВНА**

УДК 616.89-008.441.3:340.63]:343

ДИСЕРТАЦІЯ  
**СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ В  
КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ**

14.01.16 – психіатрія

222 - медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ О. П. Олійник

**Науковий консультант:** Ревенок Олександр Анатолійович, доктор  
медичних наук, професор

Київ – 2019

## АННОТАЦІЯ

Олійник О.П. Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному провадженні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», Київ, 2019.

Дисертаційну роботу присвячено розробці моделі судово-психіатричної експертної оцінки здатності осіб із станами залежності від психоактивних речовин усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними з метою профілактики повторних кримінальних дій.

В основу наукового дослідження були покладені матеріали вивчення психічного стану 661 підекспертного на предмет наявності станів залежності від психоактивних речовин та їх впливу на здатність усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними. З них 206 тематичних випадків склали судово-психіатричні експертизи в цивільному процесі та 455 випадків в кримінальному провадженні.

За результатами комплексного аналізу сучасних тенденцій експертної оцінки залежних станів були виокремлені професійні, ідеологічні, методологічні та реально-практичні причини звуження експертних рішень в умовах чинного законодавства.

Були отримані сучасні дані про структуру та особливості скоєння правопорушень в залежності від виду зловживання психоактивних речовин, в т.ч. учасників бойових дій. Структуру правопорушень в усіх групах кримінального провадження склали «неагресивні» злочини (крадіжки, незаконні операції з наркотичними засобами, незаконне поводження зі зброєю, підробка документів, тощо), а також агресивні злочини з безпосереднім об'єктом посягання на життя та здоров'я особи (навмисне вбивство ст. 115 КК України, спричинення тілесних ушкоджень різного

ступню тяжкості: тяжкі тілесні ушкодження ст. 121 КК України, легкі тілесні ушкодження ст. 125 КК України); агресивні злочини з додатковим об'єктом посягання на життя та здоров'я внаслідок хуліганських дій, дорожньо-транспортних аварій, розбійних нападів, незаконного заволодіння транспортними засобами, згвалтування, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень і смерті потерпілим.

Особи з АЗ достовірно частіше ніж з НЗ скоюють агресивні злочини (71,8%, з них ті, що спричинили смерть потерпілих - 35,9%, проти 29,2%, з них із смертельним кінцем 18,4%,  $p < 0,01$ ): безпосередньо спрямовані проти життя та здоров'я інших осіб (66,7% проти 24,5%,  $p < 0,01$ ); з додатковим об'єктом посягання на життя (5,1% проти 4,7%,  $p > 0,05$ ). Частка «неагресивних» злочинів становила, відповідно, 28,2% проти 70,8%, ( $p < 0,01$ ). Ці дані підтверджують, що у порівнянні з НЗ, особи з АЗ є більш суспільно небезпечними за тяжкістю вчинених правопорушень та їх наслідками, що має враховуватись при виборі заходів, спрямованих на запобігання повторних злочинів.

Серед достовірно значимих особливостей скоєння СНД було виявлено, що особи з АЗ вчиняють злочини переважно пізнім вечором або вночі (86,5%,  $p < 0,01$ ), не маючи попереднього наміру на злочин (57,1%,  $p < 0,01$ ), діючи раптово під впливом ситуаційних чинників (55,8%,  $p < 0,01$ ). При цьому вони майже не вживають заходів щодо приховування слідів злочину (76,9%,  $p < 0,01$ ), не намагаються надати допомогу потерпілим. Під час експертизи визнавали свою вину, висловлювали каяття (64,3%,  $p < 0,01$ ). Під час скоєння злочину алкогольне сп'яніння у підекспертного і потерпілого спостерігалось у 52,6% ( $p < 0,01$ ). Наркозалежні здійснюють протиправні діяння здебільшого вранці або вдень (85,8%,  $p < 0,01$ ), маючи попередній намір на вчинення злочину з корисливих мотивів (75%,  $p < 0,01$ ). Майже завжди намагались приховати навіть очевидну причетність до правопорушення та зловживання ПАР (93,9%,  $p < 0,01$ ). Не виказували відчуття провини чи каяття, намагались виправдати себе, показати у вигіднішому світлі. Стан сп'яніння під час

злочину спостерігався майже в усіх осіб з групи АЗ (96,8%) та більш ніж у половини осіб з НЗ (50,9%), ( $p < 0,05$ ).

У структурі правопорушень учасників бойових дій теж переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (59,8%,  $p < 0,05$ ). Кількість жертв в півтора рази перевищувала кількість підекспертних. УБД переважно виявляли агресію до випадкових чи малознайомих людей (92,2%). Особливістю скоєння тяжких агресивних злочинів УБД була їх раптовість, імпульсивність, легкість прийняття рішення про вчинення злочину відсутність суттєвого психологічного переживання після скоєного, невжиття заходів приховування злочину. В ситуації конфлікту (53,8%) або бійки (13,5%) було скоєно 67,3% агресивних злочинів. В стані алкогольного сп'яніння 80,8% злочинів. У перші місяці після повернення із зони бойових дій (ЗБД) було скоєно 85,1% правопорушень.

На підставі аналізу структури та особливостей скоєння СНД були вперше визначені клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки обстеженого контингенту.

Були виявлені та описані клініко-соціальні характеристики підекспертних зі станами залежності, які скоїли кримінальні правопорушення, що суттєво доповнює уявлення про напрями та мішені їх психосоціальної реабілітації. Порівняльний аналіз між групами, на засадах достовірності, дозволив виділити найбільш значущі показники соціального статусу і встановити, що особи з АЗ потребують відновлення втраченого соціального статусу (відновлення сімейних зв'язків, рівня працездатності і працевлаштування, вирішення житлових проблем). Натомість, наркозалежні мають перспективний потенціал для розвитку соціального статусу, який виступатиме сприятливим підґрунтям соціальних можливостей в програмі психосоціальної реабілітації. УБД є достатньо соціально адаптованим контингентом, тому основною задачею психосоціальної реабілітації є збереження їх «довоєнного» соціального потенціалу.

Рецидивність протиправних дій осіб зі станами залежності є найвищою

серед усіх категорій психічно хворих. Кримінальний досвід в минулому мали 62,8% осіб з АЗ та 76,4% наркозалежних. Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово (відповідно 69,4% і 78,4%). Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду від менш тяжких до вчинення тяжких злочинів (відповідно 34,7% і 26%). Серед УБД кримінальний досвід в минулому мали менше ніж третина підекспертних (28,7%), що свідчить про порівняно невисоку рецидивність та криміногенність цього контингенту.

Клінічну структуру психічної патології складала як виключно наркологічна патологія (73,7% в групі АЗ, 83% в групі НЗ), так і поєднана психічна патологія, частка якої в обох групах була достатньо вагомою (26,3% в групі АЗ, 17% в групі НЗ, з них органічні психічні розлади становили найбільший відсоток, відповідно 19,2% та 9,4% ( $p < 0,05$ )). В рамках виключно наркологічної патології синдром залежності ускладнювався психотичними розладами (делірієм 4,5% в групі АЗ, поліморфним психотичним розладом 0,9% в групі НЗ), а також непсихотичними порушеннями: (делірієм 4,5% в групі АЗ, поліморфним психотичним розладом 0,9% в групі НЗ). У групі НЗ 51,4% виявляли синдром залежності наслідок поєданого вживання ПАР (з них 31,1% внаслідок вживання наркотичних речовин та алкоголю); 39,6% осіб страждали синдромом залежності від опіоїдів. Залежність від інших наркотичних речовин була виявлена в поодиноких випадках.

В УБД, які скоїли правопорушення, спостерігався високий відсоток психічних розладів (90,8%). Стани залежності від ПАР було діагностовано в 48,3%, з них виключно наркологічна патологія спостерігалась у 28,7%; решта випадків залежностей (19,6%) була супутнім діагнозом з органічними психічними розладами (4,6%), розладами особистості (5,7%), шизофреноподібними захворюваннями (2,3%), невротичними, пов'язаними зі стресом розладами (6,9%). При винесенні експертних рішень спостерігалась тенденція до гіподіагностики станів залежності від ПАР, навіть при наявності задокументованих фактів залежностей в УБД.

Дослідження впливу психічних розладів на здатність УСД та КН дозволило розробити двох етапний алгоритм та критерії експертної оцінки синдрому залежності від ПАР в кримінальному провадженні. Експертне рішення визначає синдромальний рівень медичного критерію.

В кримінальному провадженні медичним критерієм «неосудності» виступали психози різного походження (61,5%, з них 42,3% спричинені супутньою до залежності психічною патологією), делірій (30,8%), алкогольна деменція (7,7%).

В роботі вперше з експертних позиції досліджено вплив психічних та поведінкових розладів в осіб із синдромом залежності від психоактивних речовин на спроможність останніх повною мірою усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними, з урахуванням внесених в останні роки змін до Законодавства. Встановлено, що критеріями «обмеженої осудності» були особистісні (емоційно-вольові) та/або когнітивні розлади помірною або вираженого ступеню, які приймали участь в генезі протиправного діяння, тим самим істотно впливали на вольовий та/або інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними. Емоційно-вольові та когнітивні розлади помірною або вираженого ступеню, спостерігались у 49,4% осіб з групи АЗ та 21,2% з групи НЗ ( $p < 0,01$ ). В 21,4% УБД зі станами залежності відмічались помірні емоційно-вольові розлади.

Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД в усіх підекспертних з АЗ, у 98,6% осіб з НЗ та 88,1% УБД.

Критерії обмеженої осудності складаються з трьох взаємопов'язаних складових: 1) встановлення синдромального рівня психічних порушень; 2) визначення їх глибини; 3) доведення участі цих психічних розладів в генезі протиправної поведінки. З огляду на це, обґрунтування експертного рішення про обмежену осудність є найскладнішим з усіх можливих експертних рішень, що й спричиняє його незастосування в експертній практиці.

Критерії вибору медико-правових заходів профілактики особам з

психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння, ґрунтуються на експертному рішенні щодо здатності УСД та КН, а також на визначенні рівня суспільної небезпеки як інтегративного показника з актуального психічного стану, його динаміки, прогнозу, тяжкості скоєного кримінального діяння та кримінального анамнезу. ПЗМХ можуть бути застосовані щодо «неосудних» та «обмежено осудних» осіб. Добровільні заходи медико-правового впливу спрямовані на залучення вольового компоненту у вирішення проблем, пов'язаних із залежністю від ПАР, тому застосовуються виключно за згодою особи. Протипоказаннями для добровільних заходів на користь ПЗМХ при обмеженій осудності виступають 1) клінічні чинники: порушення критики до зловживання ПАР, вольові розлади на рівні психопатології, виражені когнітивні розлади; 2) соціальні чинники: безпритульність, відсутність засобів існування, асоціальне мікрооточення. Добровільні медико-правові заходи можуть бути застосовані щодо «осудних» та «обмежено осудних» осіб. Остаточне рішення приймає суд, враховуючи експертні рекомендації.

Вперше розроблена інтегративна модель судово-психіатричної експертної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від психоактивних речовин, яка визначає цілі експертного дослідження, алгоритм оцінки медичного та юридичного критеріїв, їх інтегративних складових. Відповідно до синдромальної структури медичного критерію обґрунтовує експертне рішення, на підставі якого визначені критерії вибору медико-правових заходів, що надає доказовості експертним висновкам, дозволяє диференційовано обирати медико-правові заходи з метою забезпечення правосуддя, дотримання прав і свобод осіб з психічними розладами, профілактики повторних злочинів.

Запропоновані науково обґрунтовані практичні рекомендації щодо профілактики повторних суспільно небезпечних дій особами із станами залежності від ПАР. Високі показники повторності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР, негативна динаміка

їх кримінального досвіду свідчать про неефективність існуючих профілактично-виправних заходів, необхідність розробки і впровадження нових підходів до психосоціальної реабілітації таких осіб з метою попередження повторності злочинів, що відповідає вимогам Стратегії державної політики щодо наркотиків та європейському досвіду. З огляду на отримані результати дослідження, суттєвим сприянням для досягнення практичної реалізації заходів профілактики повторних СНД осіб зі станами залежності буде запровадження на законодавчому рівні альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом залежності від ПАР, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року. А також створення спеціалізованих судово-психіатричних центрів для проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли кримінальні діяння.

**Ключові слова:** судово-психіатрична експертиза, психоактивні речовини, психічні розлади, стани залежності, кримінальні правопорушення, здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними.



## ANOTATION

Oliinyk O.P. Forensic psychiatric assessment of dependency conditions in criminal proceedings – Manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a specialty 14.01.16 – psychiatry. – Research Institute of psychiatry Ministry of Health of Ukraine. – Kyiv, 2019.

Doctoral thesis dedicated to the elaboration of forensic psychiatric expert evaluation of defendants' ability to be aware of their action and to control them, in order to prevent relapsed criminal offences.

This scientific investigation based on the data obtained from psychiatric examination of 661 persons with accent on the diagnostics of substance dependence and its impact on patients' ability to be aware of their actions and to control them. The estimated cohort consisted of 206 forensic psychiatric evaluations in civil cases and 455 evaluations in criminal cases.

A comprehensive analysis of current tendencies in forensic expert evaluation revealed professional, ideological, methodological and practical preconditions for the “narrowing” of expert conclusions under current legislation.

We obtained modern data on structure and peculiarities of criminal offences depending on the particular types of substance abuse, including the cohort of combatants. The structure of criminal offenses in each group of criminal cases consisted of “non-violent” offenses (theft, illegal drugs or weapon possession, forgery etc.) and violent offences against life or health (premediated murder — article 115 of the Criminal Code of Ukraine), severe and mild health injuries (articles 121 and 125 of the Criminal Code of Ukraine), violent offences with additional (secondary) threat to life or health (hooliganism, traffic offences, robbery, car theft, rape with violent actions resulting in victims' health injuries or death).

Patients with alcohol dependence revealed reliable tendency to more frequent violent offences (71.8% with 35.9% of fatal outcomes), then the patients with drug dependence (29.2% with 35.9% of fatal outcomes,  $p < 0.01$ ), including crimes against life and health (66.7% vs. 24.5%,  $p < 0.01$ ), and offences with secondary threat to life and health (5.1% vs. 4.7%,  $p < 0.05$ ). Specific weight of non-violent offences amounted correspondingly 28.2% vs. 70.8%,  $p < 0.01$ . These data confirm that patients with alcohol dependence tend to commit more severe criminal offences (in comparison to patients with drug dependence). This tendency should be accounted in selection of preventive measures.

Reliable differences of offences peculiarities in patients with alcohol dependence were as follows: offences committed predominantly in late evening time or in night time (86.5%,  $p < 0.01$ ), with no preliminary criminal intent (57.1%,  $p < 0.01$ ), but with sudden actions induced by situational factors (55.8%,  $p < 0.01$ ). These patients had almost no attempts to conceal the crime (76.9%,  $p < 0.01$ ), did not try to give help to the victims. Under forensic psychiatric evaluation they admitted their guilt and felt remorse for their deeds (64.3%,  $p < 0.01$ ). In 52.6% ( $p < 0.01$ ) both the offender and the victim had an acute alcohol intoxication at the moment of offence.

Patients with drug dependence committed their offences predominantly in the morning or day time (85.8%,  $p < 0.01$ ), with preliminary lucrative intent (75.0%,  $p < 0.01$ ). They attempted to conceal their evident connection to offence and to substance abuse (93.9%,  $p < 0.01$ ), showed no guilt or remorse, attempted to show themselves in favorable light. Acute substance intoxication was revealed in 96.8% of patients with alcohol dependence and in 50.9% of patients with drug dependence ( $p < 0.05$ ).

The structure of criminal offences committed by combatants was characterized by predominance of violent crimes against life and health (59.8%,  $p < 0.05$ ). The total number of victims in these crimes was half as much again as the number of offenders. Combatants predominantly showed aggression towards

unfamiliar and accidental persons. Their offences had such peculiarities as suddenness, impulsivity, easiness of criminal intent, lack of emotional experience after the offence, lack of efforts in concealment of the crime. 67.3% of violent crimes were committed in the situation of conflict (53.8%) or fight (13.5%). 80.8% of these offences were committed under acute alcohol intoxication. 85.1% of offences were committed during first months after returning from the war zone.

The analysis of the offences' structure and peculiarities allowed us to estimate clinical and situational determinants of aggressive behavior in this cohort of patients.

Clinical and social characteristics of such patients were revealed and described. That helped to significantly expand the current knowledge about directions and targets of such patients' psychosocial rehabilitation. A comparative analysis between the groups revealed the most significant indicators of patients' social status and showed that patients with alcohol dependence are in need of recovery of their ruined social status (recovery of family ties, capacity to work, job placement and assistance in residential problems). At the same time, the patients with drug dependence retained more perspectives for the social development, which should be the favorable background for their social possibilities under social rehabilitation program. As the group of combatants shows the higher level of social adaptation, the main target of their social rehabilitation should be the restoration of their prewar social potential.

The rate of criminal relapses in patients with substance dependence tend to be the highest among the others types of mental disorders. 62.8% of patients with alcohol dependence and 78.4% of patients with drug dependence had previous criminal experience. One-third fraction revealed the negative dynamics in criminal route — from the minor offences to severe crimes (34.7% and 26.0% respectively). Among the combatants this rate amounted for the less than one third (28.7%), showing relatively low relapsing rate and criminogenic potential in this contingent.

Clinical structure of revealed mental disorders consisted of «pure» substance dependence (73.7% of alcohol dependence group, 83.0% of drug dependence group), and comorbid mental disorders with significant rate (26.3% of alcohol dependence group, 17.0% of drug dependence group). Organic mental disorders amounted for the highest specific weight, 19.2% and 9.4% correspondingly ( $p < 0.05$ ). Among the group of «pure» substance dependence the psychotic disorders were also observed: delirium (4.5% of alcohol dependence group) and polymorphic psychotic disorder (0.9% of drug dependence group).

51.4% of drug dependence group revealed dependence syndrome due to combined use of different substances (among them 31.1% — due to combined use of drugs and alcohol), 39.6% revealed opioid dependence syndrome. Dependence syndrome due to use of other drugs occurred only in solitary cases.

Combatants, who committed offences, revealed rather high rate of mental disorders (90.8%). Substance dependence was diagnosed in 48.3%, including «pure» substance dependence in 28.7%, the rest of cases — «double diagnosis» with comorbid organic mental disorders (4.6%), personality disorders (5.7%), schizophrenia-like disorders (2.3%), neurotic and stress-related disorders (6.9%). Forensic psychiatric practice showed the tendency to somewhat restricted diagnostics of substance dependence in combatants, even if there were documented facts concerning substance dependence.

The investigation of mental disorders' impact on persons' ability to be aware of their actions and to control them resulted in elaboration of two-staged algorithm and appropriate criteria for the expert evaluation of substance dependence in criminal cases. The expert conclusion defines the syndromic level of medical criterion.

In criminal procedure the medical criterion of insanity was represented by psychoses of different genesis (61.5%, including 42.3% of psychoses caused by other comorbid mental disorders, not by substance use), delirium (30.8%), alcohol dementia (7.7%).

We investigated the impact of mental disorders in patients with substance abuse on their ability to be aware of their actions and to control them, with the consideration of recent changes in legislation. The criteria of «diminished sanity» consisted of personality (emotional and volitional) and/or cognitive disorders of moderate or marked severity, which participated in the genesis of the offence and significantly diminished the volitional and/or intellectual component of the juridical criterion of sanity. Emotional, volitional and cognitive disorders of moderate and marked severity were revealed in 49.4% of alcohol dependence group and in 21.2% of drug dependence group ( $p < 0.01$ ). 21.4% of combatants group revealed moderate emotional and volitional disorders.

Clinical determinants, connected with other factors, participated in the genesis of criminal offence in 98.6% of alcohol dependence group and in 88.1% of drug dependence group.

Criteria of diminished sanity consist of three interrelated components: (1) syndromic level of mental disorders; (2) estimation of severity of mental disorders, and (3) evidence of their participation in the genesis of criminal behavior. In this regard, the evidence of diminished sanity is one of the most complicated in forensic psychiatric practice.

The selection of medical preventive measures for the patients with substance dependence who committed offences is grounded on the expert conclusion of their sanity (insanity, diminished sanity) and on the level of their social dangerousness (as the integrative indicator deriving from mental status, its dynamics, prognosis, offence severity and criminal experience). Involuntary medical preventive measures can be applied to patients with insanity or diminished sanity. Voluntary medical preventive measures are aimed at the mobilization of volitional resources to solve the problems caused by substance abuse, and can be applied only under patient's informed consent. Contraindications for this type of medical preventive measures should be the following: (1) clinical factors — the lack of judgement concerning substance use, marked cognitive disorders, (2) social factors:

homelessness, abject poverty, asocial environment. Voluntary medical measures can be applied to patients with sanity or diminished sanity. The final decision should be made by the court with consideration of the expert recommendation.

We elaborated the integrative model of forensic psychiatric expert evaluation of mental disorders in patients with substance dependence. This model determines the goals of forensic expert evaluation, and the algorithm of medical and juridical criteria estimation, including their integrative components. According to syndromic structure of medical criterion it gives prove to the expert conclusion and subsequently defines the criteria of medical preventive measures. This enables the differentiated approach to the selection of medical preventive measures with respect to human rights and to prevention of relapsed offences.

Practical recommendations, grounded and proposed in the investigation, concern the prevention of relapsed offenses in patients with substance dependence. High rates of relapsed offences in patients with substance dependence, negative dynamics of their criminal experience indicate the insufficient efficacy of current preventive measures and the necessity of new approaches to rehabilitation of such patients in order to prevent relapsed offences. In view of investigation results, the substantial improvement in crime prevention would be achieved by legislative ratification of correctional measures as an alternative to deprivation of liberty (regarding offences caused by substance dependence), according to Resolution No. 58/5 by the Commission on Narcotic Drugs (2016), and by establishment of specialized forensic psychiatric centers for psychosocial rehabilitation of criminal offenders.

**Keywords:** forensic psychiatric examination, psychoactive substances, mental disorders, state of addict, criminal offenses, ability to realize their own action and manage them.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Ревенок О.А. Судово-психіатрична експертиза станів залежності від алкоголю у цивільному процесі (законодавчі, методологічні, клінічні та організаційні аспекти) / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19, 1(72). – С. 107-110 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті)*.

2. Ревенок О.А. Особливості перебігу когнітивних процесів та індивідуально-психологічна характеристика хворих на алкоголізм (судово-експертна оцінка) / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, О.В. Радзевілова, Н.О. Должикова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19 (73). – С. 104-108 *(особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку)*.

3. Ревенок О.А. Судово-психіатрична експертиза алкогольних психічних розладів у цивільному процесі: дані галузевої статистичної звітності / О.А. Ревенок, А.В. Каніщев, О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2014. – Т.20, 2(77). – С. 118-121 *(особистий внесок дисертантки складався у аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку)*.

4. Олійник О.П. Судово-психіатрична експертиза осіб, які брали участь в антитерористичній операції (аналіз галузевої статистичної звітності) / О.П. Олійник, О.А. Ревенок, О.Г. Голованова, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №3 (86). – С. 98-104 *(дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено аналіз матеріалу, зроблені висновки, написано статтю)*.

5. Олійник О.П. Характеристика контингенту учасників бойових дій, які проходять судово-психічну експертизу / О.П. Олійник, О.А. Ревенок, А.В. Каніщев, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №4 (87). – С.

106-110 (дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, аналіз та статистичну обробку отриманих результатів, написано статтю).

6. Олійник О.П. Організаційні та правові засади успішної ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №1 (88). – С. 56-60.

7. Олійник О.П. Сучасні підходи до соціальної інтеграції судово-психіатричних пацієнтів / О.П. Олійник // «Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика». – 2017. – Вип. 28. – С. 391-400.

8. Олейник О.П. Судебно-психиатрическая экспертиза и психосоциальная реабилитация лиц с зависимостью от психоактивных веществ / О.П. Олейник // **Психиатрия, психотерапия и клиническая психология**. – 2017. – Т. 8, №4. – С. 499-505.

9. Олійник О.П. Кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №2 (89). – С. 139-142.

10. Олійник О.П. Структура та особливості скоєння суспільно небезпечних дій особами зі станами залежності від психоактивних речовин / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №3 (90). – С. 203-206.

11. Олійник О.П. Судово-психіатричні аспекти експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №4 (91). – С. 261-265.

12. Олійник О. П. Комплексна судова психолого-психіатрична оцінка станів залежності від алкоголю в цивільному та кримінальному процесі / О. П. Олійник, О. В. Радзевілова // **Український медичний часопис**, 1 (123), Т. 2. – І/ІІ. – 2018. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/122293/kompleksna-sudova-psihologo-psihiatrichna-otsinka-staniv-zalezhnosti-vid-alkogolyu-v-tsivilnomu-ta-kriminalnomu-protsesi> DOI 10.32471/umj.1680-3051.123.122293.



13. Олійник О. П. Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43–47.

14. Олійник О. П. Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин: сучасні тенденції, проблемні аспекти та перспективи / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 2 (93). – С. 121–124.

15. Олійник О. П. Експертна оцінка станів поєднаної психічної патології в осіб, залежних від психоактивних речовин / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 3 (94). – С. 163-167.

16. Сучасний стан судово-психіатричної експертизи та надання психіатричної допомоги особам із станами залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення / О. А. Ревенок, О. П. Олійник // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2018. – Т. 3, № 4. Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/139> (особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті). DOI: 10.26766/PMGP.V3I4.139.

17. Радзевілова О. В., Олійник О. П. Предиктори формування злочинної агресивної поведінки жінок, які пройшли судову експертизу // **Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools**. 2018. Vol. 26. N. 2. P. 354-360 (дисертанткою особисто проведено набір емпіричного матеріалу, здійснено їх статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, встановлено фактори ризику реалізації агресивної поведінки жінок, зроблено висновки, підготовлено до друку).

18. Ревенок О.А. Аналіз практики проведення судово-наркологічної експертизи в кримінальному провадженні / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, А.В. Каніщев, О.В. Радзевілова // «**International academy journal «Web of Scholar»** 11(29), November 2018. P. 22-27 DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_wos](https://doi.org/10.31435/rsglobal_wos) (особистий внесок дисертантки

*складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).*

19. Олійник О.П. Клініко-соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 4 (95). – С. 245-248.

20. Олійник О.П. Клініко-соціальні характеристики осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення / О.П. Олійник // *Science Review* 10 (17), December 2018. P. 16-21 DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr)

21. Oliynyk O. P. Model of expert assessment of psychic disorders in persons with dependence from psychoactive substances, who did criminal actions. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019; 9 (3): 239-248. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2592689>; <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6698>;

<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/907588>.

22. Олійник О.П. Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному провадженні / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2019. – Т. 25, № 1 (96). – С. 63-68.

#### **Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

23. Ревенок А.А. Судебно-психиатрическая оценка зависимых состояний в гражданском процессе / А.А. Ревенок, О.П. Олейник // Архів психіатрії. – 2012. - № 1 (68). – С. 106-108 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез*).

24. Олійник О.П. Особливості когнітивних розладів в осіб з алкогольною залежністю / О.П. Олійник, Н.О. Должикова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19, 1(72). – С. 177-178 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез*).

25. Олійник О.П. Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин в судово-експертній діяльності / О.П. Олійник // Архів психіатрії. - 2017. - Т. 23, №1 (88). - С. 73.

26. Олійник О.П. Психосоціальна реабілітація учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах (XX Платонівські читання): Матеріали науково-практичної конференції / За ред. Б. В. Михайлова. – Х.: Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» (19 – 20 травня 2017 року). – С. 68 (123 с.).

27. Олійник О.П. Роль психотерапії в психосоціальній реабілітації осіб із станами залежності, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Тези доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія» 20 жовтня 2017 року, м. Київ. С. 18-19.

28. Олійник О.П. Суспільна небезпечність осіб із станами залежності від психоактивних речовин / Пріоритетні наукові напрями у медицині: від теорії до практики: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 15-16 вересня 2017 року). - Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2017. - С. 68 - 69 (108 с).

29. Олійник О.П. Фактори, що впливають на обґрунтованість і доказовість судово-психіатричного висновку щодо експертної оцінки посттравматичних психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 26-27 січня 2018 року). - Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2018. - С. 48 - 50 (120 с).

30. Олійник О.П. Клінічні та соціальні особливості комбатантів, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Медицина наука та практика XXI століття: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-

практичної конференції (м. Київ, 2-3 лютого 2018 року). - Київ: «Київський медичний науковий центр», 2018. - С. 69 - 72 (112 с).

31. Олійник О.П. Модель медико-соціального менеджменту оптимізації проведення судово-психіатричних експертиз стосовно осіб з бойовими психічними травмами / Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 16-17 березня 2018 року). - Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2018. - С. 51 - 54 (108 с).

32. Ревенок О. А., Олійник О. П. Судово-психіатрична експертиза у сфері сучасного законодавства: протиріччя, проблеми, тенденції / Актуальні питання стандартизації судово-експертного забезпечення правосуддя в Україні. Перспективи розвитку: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 105-річчю судової експертизи в Україні та 95-річчю з дня народження академіка М. Я. Сегая (м. Київ, 4–5 липня 2018 року). — Київ: КНДІСЕ Мінюсту України, 2018. — С. 195–197 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез*).

### **Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

33. Ревенок О.А. Медичний критерій обмеженої осудності/дієздатності в рамках різних психіатричних нозологій / О.А. Ревенок, О.П. Олійник // Медицина світу. Додаток Психіатрія. - 2009. – С. 16-19 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалу, написанні статті*).

34. Психотерапія та психокорекція адиктивної поведінки у осіб із посттравматичними стресовими розладами, які вживають психоактивні речовини: метод. посіб. / І.Я. Пінчук, С.І. Табачников, Є.М. Харченко, О.С. Осуховська, О.П. Олійник, Т.В. Синицька, .М. Чепурна, С.В. Болтоносов, І.В. Хірман. - Київ: ТОВ «Укрсоцдрук», 2016. - 55 с. (*дисертант приймала участь у відборі літературних джерел, аналізі сучасного стану проблеми, пов'язаного з вживанням комбатантами психоактивних речовин*).

35. Особливості проведення комплексних судових психолого-психіатричних експертиз жінок у кримінальному процесі / О. А. Ревенок, О. П. Олійник, О. В. Радзевілова // Психологічний часопис. — 2018. — Т. 19, № 9. С. 80-94. *DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/1.2018.9.19>*

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ANOTATION.....	9
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	15
ЗМІСТ.....	22
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	24
ВСТУП.....	26
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУДОВО- ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАР.....</b>	<b>38</b>
1.1 Епідеміологічні показники розповсюдженості психічних розладів, спричинених залежністю від психоактивних речовин та їх вплив на криміногенну ситуацію в Україні.....	38
1.2 Проблемні аспекти судово-психіатричної оцінки станів залежності від психоактивних речовин в цивільному та кримінальному процесах.....	43
1.3 Експертна оцінка бойових психічних травм та станів залежності від психоактивних речовин в учасників бойових дій.....	50
1.4. Сучасне розуміння обмеженої осудності.....	58
<b>РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>78</b>
2.1 Дизайн дослідження та загальна характеристика досліджуваної вибірki.....	78
2.2 Методи дослідження.....	82
<b>РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ЧИННОГО ЗАКОНОДАВСТВА, СТРУКТУРИ ЕКСПЕРТНИХ РІШЕНЬ ТА ПРАКТИКИ РЕКОМЕНДОВАНИХ ЗАХОДІВ ДЕРЖАВНОГО ПРИМУСУ.....</b>	<b>85</b>

<b>РОЗДІЛ 4 СУДОВО-КРИМІНОЛОГІЧНІ ТА СУДОВО-ЕКСПЕРТНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕНОГО КОНТИНГЕНТУ.....</b>	<b>123</b>
4.1 Структура та особливості скоєння суспільно небезпечних дій особами із станами залежності від психоактивних речовин.....	123
4.2 Кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій .....	132
4.3 Аналіз практики проведення судово-наркологічної експертизи в кримінальному провадженні.....	136
4.4 Судово-психіатричні аспекти експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння .....	145
4.5 Судово-психіатрична експертиза осіб, які брали участь в антитерористичній операції (аналіз галузевої статистичної звітності).....	155
<b>РОЗДІЛ 5 КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАР, ЯКІ СКОЇЛИ КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ.....</b>	<b>170</b>
5.1 Соціальні характеристики осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення.....	170
5.2 Соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли кримінальні правопорушення.....	177
5.3 Клінічна структура психічної патології в осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення.....	186
5.4 Клінічна структура психічної патології в учасників бойових дій, які скоїли кримінальні правопорушення.....	189
<b>РОЗДІЛ 6 СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР НА СПРОМОЖНІСТЬ ОСТАННІХ УСВІДОМЛЮВАТИ ЗНАЧЕННЯ СВОЇХ ДІЙ ТА КЕРУВАТИ НИМИ.....</b>	<b>196</b>

6.1 Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з синдромом залежності від ПАР та учасників бойових дій, які скоїли кримінальні правопорушення.....	196
6.2 Експертна оцінка станів поєднаної психічної патології в осіб, залежних від психоактивних речовин.....	204
6.3 Структура медичного критерію неосудності та обмеженої осудності при станах залежності від ПАР .....	211
6.4 Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР.....	215
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	226
ВИСНОВКИ.....	249
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	256
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	257
ДОДАТКИ: .....	290
Додаток А.....	290
Додаток Б.....	297
Додаток В.....	301



ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,  
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АД	– агресивне діяння
АЗ	– алкогольна залежність
АС	– алкогольне сп'яніння
ЗБД	– зона бойових дій
КК України	– Кримінальний кодекс України
КМЦСПЕ	– Київський міський центр судово-психіатричної експертизи – Комплексна судова психолого-психіатрична експертиза
КСПЕ	експертиза
НЗ	– наркотична залежність
МКХ-10	– Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
I ПГ	– перша підгрупа
ПАР	– психоактивні речовини
II ПГ	– друга підгрупа
ПЗМХ	– примусові заходи медичного характеру
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
СНД	– суспільно небезпечне діяння
УБД	– учасник бойових дій
УЗСД та КН	– усвідомлювати значення своїх дій та/або керувати ними (цивільний кодекс)
УНДІССПН	– Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
УСД та КН	– усвідомлювати свої дії та/або керувати ними (кримінальний кодекс)
ЦК України	– Цивільний кодекс України
ЧМТ	– черепно-мозкова травма
р	– достовірність

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** В Україні серед усіх станів залежності першорядну актуальність зберігає проблема залежності від алкоголю. Згідно із статистичними даними та міжнародними дослідженнями, Україна входить до п'ятірки найбільш «питущих» націй. За останні роки кількість українців, які зловживають алкоголем, зросла в три рази, переважно за рахунок розповсюдження алкогольної залежності серед підлітків та молоді (World Group Bank, 2017, Internet, 2018) [2, 148].

Як наслідок, це відображається на психічному здоров'ї українців. Психічні розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами (ПАР) займають перше місце в структурі захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки серед населення України (І.Я. Пінчук та ін., 2016, 2018) [131, 132, 134].

Поширеність алкоголізму та інших залежностей позначається на збільшенні кількості судово-психіатричних експертиз (СПЕ) відносно осіб, що зловживають ПАР, як в цивільному, так і в кримінальному процесі (О.А. Ревенок, 2014; Н.Ю. Васильєва, 2015, 2016; О.В. Радзевілова, 2018) [14, 152, 167, 176].

Зростає кількість осіб, залежних від ПАР, в структурі контингенту ув'язнених (В.А. Тимошенко, В.А. Яценко та ін., 2017; фонд «Відродження», 2017) [22, 191].

Війна на Сході України призвела до появи контингенту учасників бойових дій (УБД) з психічними розладами (О.О. Хаустова та ін., 2014; І.Я. Пінчук, І.А. Марценковський та ін. 2016; О.В. Друзь, Є.Г. Гриневич, 2018) [27, 122, 158].

Особливою проблемою військового часу є зростання хімічних і нехімічних адикцій (С.І. Табачников, О.С. Осуховська, 2017; В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, 2017; А.К. Ладик-Бризгалова, 2017; М.В. Маркова, 2018, 2019) [69, 74, 75, 135, 189].

ПАР мають властивість нейтралізувати емоційно-негативні стани, що актуально в умовах бойових дій, натомість збільшуючи ризик формування станів залежності (С.І. Табачніков, Є.М. Харченко та ін. 2015, 2016) [150, 200].

Наявність психічних розладів, нерідко в поєднанні з синдромом залежності від ПАР, особливість психологічного стану та емоційного реагування в конфліктних ситуаціях, сприяють скоєнню суспільно небезпечних дій (СНД) учасниками бойових дій, кількість яких з початку збройного конфлікту постійно зростає (С. Ушенін, 2018; офіційні дані генеральної прокуратури, 2018; статистичні дані МОЗ України, 2014-2017) [20, 140, 194].

Це потребує розробки сучасних лікувально-профілактичних та соціально-реабілітаційних заходів з урахуванням реалій, в яких перебуває українське суспільство.

Судово-психіатричні експертизи відносно осіб, які зловживають ПАР, є складними, оскільки наявні у них психічні порушення не завжди позначаються на інтелектуальній або вольовій складовій юридичного критерію дієздатності / осудності, тобто здатності особи усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними (УЗСД та КН). Залежність від ПАР значним чином впливає на вольові процеси. Про необхідність дослідження мотиваційної сфери особистості, порушення якої можуть виступати обґрунтуванням визнання особи обмежено осудною, в різні періоди зазначали судові психологи та психіатри (І.І. Семенкова, 2004; О.А. Ревенок, Х. Пшеголінська та ін. 2008; О.В. Радзевілова, 2018; Н.В. Завязкіна 2019) [34, 151, 173, 174, 182].

Натомість, з моменту введення в кримінальне законодавство поняття «обмеженої осудності» (2001р.), а в цивільне законодавство – «обмеженої дієздатності» (2004р.), ці юридичні категорії майже не отримали практичного застосування в експертній практиці. Хоча у судово-слідчих органів, юристів і адвокатів існує нагальний запит на використання цих категорій з метою

дотримання прав осіб з психічними розладами і застосування щодо них диференційованих медико-правових підходів (В.Я. Марчак, 2010, 2011; N.V. Zaviazkina, 2015) [80, 81, 257].

Проблема неухильно зростаючої поширеності психічних розладів внаслідок зловживання ПАР та висока криміногенність таких осіб обумовили необхідність низки законодавчих змін у сфері юриспруденції (права), медицини та експертизи.

У 2013 році Розпорядженням Кабінету міністрів України була затверджена Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, де актуально зазначено, що: «Необхідність розроблення Стратегії зумовлена тим, що поширення наркоманії та наркозлочинності в Україні за останні десять років стало однією з найгостріших суспільних проблем, нерозв'язання якої призводить до заподіяння шкоди здоров'ю людини, негативного впливу на соціальну сферу, а також є загрозою національній безпеці держави».

У 2018 році був розроблений план заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії у якому зокрема передбачено пункти, які відповідають актуальності дисертаційного дослідження: 1) здійснення заходів із запровадження альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом наркотичної залежності, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року (п. 13); 2) здійснення наукових досліджень проблем, пов'язаних з наркотиками, а саме розроблення алгоритму застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) та альтернативного позбавленню волі лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР (п. 16).

Альтернативні покаранню заходи лікування та реабілітації залежних від ПАР осіб були передбачені ще в минулому столітті Конвенціями ООН: «Про наркотичні засоби», 1961р.; «Про психотропні речовини», 1971р.; «Про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних

речовин», 1988р. Наразі Україна почала розгляд внесення змін до законодавства щодо запровадження альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом наркотичної залежності, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року.

Запровадження альтернативних покаранню заходів є адекватним ситуації і невідворотним процесом. При цьому вибір заходів впливу на правопорушників розширюється і вимагає більш глибокої аналітико-прогностичної оцінки суспільної небезпеки залежних осіб в кожній кримінальній ситуації. Все це ускладнює й без того неоднозначні питання як для суду, так і для експертів стосовно критеріїв обмеженої осудності та вибору лікувально-реабілітаційних заходів. У зв'язку з цим експертна оцінка психічних розладів при станах залежності від алкоголю потребує сучасних доробок відповідно до сучасного законодавства, що визначає актуальність дисертаційної роботи та перспективи наукових досліджень в цьому напрямку.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України»: «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від алкоголю в цивільному процесі» (2012-2014 р. №держреєстрації 0112U001233); «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» (2015-2017 р. №держреєстрації 0115U001445); «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин у кримінальному процесі: методологічні та організаційні принципи» (2017-2019 р. №держреєстрації 0117U000449).

**Мета і задачі дослідження.** **Мета дослідження** – розробити модель судово-психіатричної експертної оцінки здатності осіб із станами залежності

від ПАР усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними (УСД та КН) для профілактики повторних суспільно небезпечних дій.

Для вирішення поставленої мети необхідно було розв'язати наступні **задачі**:

1. Проаналізувати сучасні тенденції експертної оцінки залежних станів в умовах чинного законодавства, структуру експертних рішень та практику рекомендованих заходів державного примусу.

2. Вивчити структуру та особливості правопорушень в залежності від виду зловживання ПАР.

3. Встановити клініко-соціальні особливості підекспертних із залежністю від ПАР.

4. Оцінити вплив психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР на їх здатність УСД та КН і визначити критерії обмеженої осудності осіб із залежністю від ПАР.

5. Провести судово-психіатричний аналіз з виявленням домінуючих факторів генезу протиправної поведінки, розробити критерії призначення видів державного примусу особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння.

6. Розробити модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР в кримінальному провадженні.

7. Запропонувати науково обґрунтовані практичні рекомендації щодо профілактики повторних злочинів особами із станами залежності від ПАР.

*Об'єкт дослідження:* стани залежності від ПАР в судово-психіатричній експертній практиці.

*Предмет дослідження:* вплив психічних розладів, обумовлених залежністю від ПАР, на здатність усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними.

*Методи дослідження.* При вирішенні поставлених задач були застосовані: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-

психопатологічний, психодіагностичний, метод експертного судово-психіатричного аналізу, статистичний.

Соціально-демографічний метод застосовувався для отримання об'єктивних даних та аналізу сімейної, професійно-трудової, соціальної адаптації. З демографічних показників вивчався віковий та статевий розподіл досліджених підекспертних.

Клініко-анамнестичний метод використовувався для отримання інформації та аналізу даних щодо спадковості, особливостей розвитку, психоневрологічних порушень в дитячому віці, збору даних про соматичний, неврологічний, психічний стан протягом життя, наявності чи відсутності підстав звернення до лікарів-психіатрів, а також наркологічного анамнезу від початку вживання ПАР до часу обстеження. Окремо вивчався кримінальний анамнез та юридично значимий період, щодо якого велось кримінальне провадження.

Клініко-психопатологічний метод застосовувався з метою виявлення психічних порушень, визначення їх тяжкості та глибини, вивчення психопатологічної структури та динаміки у співставленні з існуючими клініко-діагностичними критеріями Міжнародної класифікації психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКХ-10).

Під час психодіагностичного обстеження використовувались стандартні методики дослідження когнітивної, особистісної сфер підекспертних: методика дослідження психологічного анамнезу, комплексна методика дослідження психологічних особливостей уваги та сенсомоторних реакцій (проба Е. Крепелина, таблиці Шульте, коректурна проба Бурдона-Анфімова, проба на переключення, відлічування, розстановка чисел, тощо), комплексна методика дослідження психологічних особливостей пам'яті (тест зорової та слухової пам'яті, короткочасної, оперативної пам'яті, пам'яті на числа, образи, тощо), комплексна методика дослідження рівня та перебігу процесів мислення (класифікація, виключення, виділення суттєвих ознак, утворення простих та складних аналогій, пояснення метафор, прислів'їв,

визначення закономірностей, тощо), опитувальник К. Леонгарда-Г.

Шмішека. Спеціальні методики у сфері судово-психологічної експертизи: методика судового психологічного аналізу вихідних даних, методика судово-психологічного дослідження у кримінальних справах.

Метод експертного судово-психіатричного аналізу використовувався для експертної оцінки виявлених психічних розладів стосовно здатності підекспертних УСД та КН у співставленні з особливостями юридично значимого періоду.

Математико-статистична обробка даних в залежності від типу даних та кількості груп порівняння здійснювалась за допомогою методів встановлення взаємозв'язку та вірогідності відмінностей за критеріями: t-критерієм Ст'юдента,  $\phi$ -критерієм Фішера, U-критерієм Mann-Whitney. Відмінності між групами вважалась достовірними при  $p < 0,05$ .

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше за результатами комплексного аналізу сучасних тенденцій експертної оцінки залежних станів, структури експертних рішень та практики рекомендованих заходів державного примусу, були виокремлені причини звуження експертних рішень в умовах чинного законодавства.

Отримані сучасні дані про структуру та особливості скоєння правопорушень в залежності від виду зловживання ПАР, в т.ч. учасників бойових дій.

Вперше встановлені клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки обстеженого контингенту. Виявлені та описані клініко-соціальні характеристики підекспертних зі станами залежності, які скоїли кримінальні правопорушення, що суттєво доповнює уявлення про напрями та мішені їх психосоціальної реабілітації.

В роботі вперше з експертних позиції (з урахуванням потреб судової психіатрії) досліджено вплив психічних та поведінкових розладів в осіб із синдромом залежності від ПАР на спроможність останніх повною мірою УСД та КН, з урахуванням внесених в останні роки змін до Законодавства.



Вперше встановлено критерії обмеженої осудності осіб із залежністю від ПАР.

Визначені домінуючі фактори, насамперед, вплив клінічного чинника у генезі скоєння протиправних дій особами із синдромом залежності від ПАР. Розроблено критерії призначення різних видів медико-правових заходів особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння.

Вперше розроблена інтегративна модель судово-психіатричної експертної оцінки можливості осіб із синдромом залежності від ПАР усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними.

Запропоновані науково обґрунтовані практичні рекомендації щодо профілактики повторних суспільно небезпечних дій особами із станами залежності від ПАР.

**Практичне значення одержаних результатів.** Запропоновані критерії обмеженої осудності та критерії вибору заходів держаного примусу дозволятимуть диференційовано застосовувати медико-правові заходи з метою дотримання прав і свобод осіб з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР.

Клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки та особливості скоєння кримінальних правопорушень особами із залежністю є важливими прогностичними маркерами для своєчасного запобігання та профілактики повторних агресивних злочинів, а також при проведенні психосоціальної реабілітації.

Розроблена та впроваджена в практичну діяльність судово-психіатричних експертних установ України модель експертної оцінки здатності осіб із залежністю від ПАР усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними дозволяє суттєво поліпшити та удосконалити якість проведення судово-психіатричних експертиз, збільшує доказовість висновку експерта, що призводить до зменшення кількості повторних експертиз, скорочення строків

судового розгляду справ, і як наслідок – зменшення витрат коштів державного бюджету.

Результати дисертаційної роботи впроваджено в навчальний процес Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (акт впровадження від 23.07.2018), Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (акт впровадження від 12.10.2018), а також у практичну діяльність судових експертів КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради (акт впровадження від 27.09.2018), Київського міського центру судово-психіатричної експертизи (акт впровадження від 06.07.2018), Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (акт впровадження від 23.07.2018), Хмельницької обласної психіатричної лікарні №1 (акт впровадження від 11.10.2018), КЗ «Херсонська обласна психіатрична лікарня» Херсонської обласної ради (акт впровадження від 27.09.2018).

Дисертант особисто брала участь в робочій групі МОЗ щодо затвердження плану заходів на 2019–2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, де враховувались результати дослідження як наукове обґрунтування плану заходів.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною науковою працею. Автором особисто проведено аналіз вітчизняної та іноземної наукової літератури, визначено стан проблеми за темою дисертаційної роботи. Дисертантом самостійно здійснено весь обсяг досліджень, статистичну обробку отриманих даних, їх інтерпретацію. Виконано аналіз та узагальнення результатів роботи; самостійно написано розділи дисертації, сформульовано висновки. Усі наукові результати, які викладено в дисертаційному дослідженні та виносяться на захист, одержані автором особисто і відображені у наукових публікаціях. Особистий внесок здобувача

у роботах, написаних у співавторстві зазначено у списку опублікованих праць за темою дисертації.

Кандидатська дисертація за темою: «Профілактика тяжких суспільно небезпечних дій психічно хворих, спрямованих проти членів сім'ї» була захищена 20.03.2008 року. Захищені положення кандидатської дисертації в докторській дисертації не використовувались.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи доповідались та обговорювались на: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні» (м. Донецьк, 19.04.2012–20.04.2012 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання судової і соціальної психіатрії XXI століття» (Житомир, 18–19.09.2013р.); національному конгресі «Людина та ліки – Україна» (м. Київ, 01-03.04.2014 р.); науково-практичній конференції «Актуальні питання соціальної і судової психіатрії XXI століття» (м. Київ, 25-26.09.2014р.); науковому симпозіумі з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (м. Одеса, 09-10.10.2014 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, лікування й соціальної допомоги при психічних і поведінкових розладах у різних вікових групах» (м. Київ, 23-24.04.2015р.); 9-й міжнародній конференції з судової психіатрії «Людина в кризовому стані — норма та патологія» (м. Клайпеда, Литва, 02.10.2015–03.10.2015 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я» (м. Київ, 14–15.04.2016 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення» (м. Київ, 27–29.04.2017р.); науково-практичній конференції «Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах (XX Платонівські читання)» (м. Харків, 19–20.05.2017 р.); науково-практичній конференції з

міжнародною участю «Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія» (м. Київ, 2010.2017 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Пріоритетні наукові напрями у медицині: від теорії до практики» (м. Одеса, 15-16.09.2017 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку» (м. Львів, 26-27.01.2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Медицина наука та практика XXI століття» (м. Київ, 2-3.02.2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті» (м. Одеса, 16-17.03.2018 р.); на щорічній міжнародній конференції «Українська психіатрія в світі, що швидко змінюється» (м. Київ, 25–27.04.2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 105-річчю судової експертизи в Україні та 95-річчю з дня народження академіка М. Я. Сегая «Актуальні питання стандартизації судово-експертного забезпечення правосуддя в Україні. Перспективи розвитку» (м. Київ, 4–5.07.2018 р.); Сьомій міжнародній науково-практичній конференції «Психіатрія XXI століття: інновації у медицині залежностей» (м. Київ, 17–19.04.2019 р.); III-тій науково-практичній конференції з міжнародною участю: «Розлади особистості-проблема сучасності: клінічні, експертні та правові аспекти» (м. Львов, 23–24.05.2019 р.); міжнародній конференції «Наркополітика та практика: альтернативні заходи до позбавлення волі осіб, які вживають психоактивні речовини, та декриміналізація положень за наркоспоживання» (м. Одеса, 18-20.06. 2019 р.).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 35 робіт, в тому числі 22 статті у фахових виданнях (з них – 13 самостійних, 6 у виданнях, що цитуються у міжнародних науково-метричних базах), 10 тез у матеріалах вітчизняних та зарубіжних з'їздів, конференцій та конгресів, 1 методичний посібник.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 305 сторінках друкованого тексту (з них основного тексту – 268). Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 6 розділів власних досліджень (огляду літератури, обґрунтування матеріалу і методів дослідження, 4 розділів результатів дослідження), аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел та додатків. Дисертацію ілюстровано 36 таблицями та 14 рисунками. Список використаних джерел містить 257 посилань, у тому числі 205 – кирилицею, 52 – латиницею.

## РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ  
ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ ІЗ  
СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАР

1.1 Епідеміологічні показники розповсюдженості психічних розладів, спричинених залежністю від психоактивних речовин та їх вплив на криміногенну ситуацію в Україні

Психічні розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами (ПАР) багато років поспіль займають перше місце в структурі захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки серед населення України [131-134, 185].

В Україні серед усіх станів залежності першорядну актуальність зберігає проблема залежності від алкоголю. Згідно із статистичними даними та міжнародними дослідженнями, Україна входить до п'ятірки найбільш «питущих» націй. За останні роки кількість українців, які зловживають алкоголем, зросла в три рази, переважно за рахунок розповсюдження алкогольної залежності серед підлітків та молоді [2, 4, 24, 25, 143, 148, 207, 212, 223, 228, 229, 252]. Як наслідок, це відображається на психічному здоров'ї українців.

У 2017 році Міжнародним медичним корпусом за підтримки Світового банку було проведено ґрунтовне дослідження показників психічного здоров'я та якості надання психіатричної допомоги в Україні. Метою даного оцінювання було надання рекомендацій для сприяння розробленню політики та регламентуючих документів з метою зміцнення інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та створення громадських платформ для надання послуг в Україні в межах програми реформ. У заключному звіті щодо психічного здоров'я українців йшлося про наступне. «Здоров'я та психічне здоров'я тісно взаємопов'язані. Більше 90%

смертей в Україні спричинені неінфекційними захворюваннями, тоді як зловживання алкоголем виступає в якості основного фактору ризику. Згідно з дослідженнями, близько 30% людей в Україні страждають на психічний розлад впродовж життя. Розлад, спричинений вживанням алкоголю, є найбільш поширеним розладом серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність є більш поширеними серед жінок. Також прослідковується тісний взаємозв'язок між погіршенням психічного здоров'я в Україні та бідністю, безробіттям і відсутністю відчуття безпеки, що підсилюється впливом конфлікту. Лише 2,5% загального бюджету, виділеного на охорону здоров'я, припадає на психічне здоров'я, і більша частина (89%) фінансування спрямована на стаціонарне лікування у сфері охорони психічного здоров'я. Через недостатнє державне фінансування системи охорони здоров'я населення змушене платити за медикаменти, необхідні під час амбулаторного та стаціонарного лікування (які часто є дорогими), а також давати неофіційну фінансову винагороду медичному персоналу. Система охорони психічного здоров'я є централізованою, і більшість персоналу та послуг надаються в психіатричних та наркологічних лікарнях і стаціонарних відділеннях. Доступні інтервенції, що використовуються спеціалізованими надавачами послуг з охорони психічного здоров'я та в державних установах, часто не є науково-доказовими. Деякі приватні лікарі та приватні реабілітаційні центри пропонують такі інтервенції, але інші пропонують інтервенції, які можуть бути неефективними чи шкідливими. Хоча й існують протоколи, надавачі первинної медичної допомоги часто не хочуть лікувати неінфекційні захворювання чи розлади, спричинені вживанням алкоголю, через брак навичок та обмежений час. Неформальні надавачі послуг на рівні громади, такі як священики, можуть виступати в ролі важливого джерела підтримки психічного здоров'я.

Використовуючи вторинні дані, отримані за допомогою інструменту OneHealth, було змодельовано вплив на здоров'я та витрати на збільшення масштабу використання інтервенції на період з 2017 року до 2030 року.

Модель демонструє, що, збільшуючи масштаб лікування обраних психічних розладів в Україні, можна відновити більше, ніж 4,7 мільйонів років здорового життя до 2030 року, тоді як розлад, спричинений вживанням алкоголю, відповідає за більшість вилікованих випадків та відновлених років. Це означає, що за кожен 1 долар США, інвестований у збільшення масштабу лікування поширених психічних розладів в Україні, буде отримано 2 долари США внаслідок відновленої продуктивності та доданої економічної вартості». За даними цього дослідження, при відповідному фінансуванні (для України прогнозовані витрати на амбулаторну психіатричну допомогу складають еквівалент 7,23 долари США, на стаціонарну 41,05 доларів США), психічні розлади, спричинені вживанням ПАР на відміну від депресій, тривожних розладів, посттравматичних психічних розладів, є найбільш чутливими за показниками ефективності вкладених коштів [148].

Алкоголь є третім фактором ризику обтяженості хвороб світу. Щорічно в світі від алкоголю помирає 2,5 млн. людей, з яких 320 000 у віці 15-29 років, що складає 9% всіх смертей в цій віковій групі. В середньому алкоголь вживає 24 млн. громадян України. Україна вважається вимираючою нацією, щорічно помирає від алкоголізму та інших ПАР 380 000 людей. На душу населення припадає 9-12 літрів чистого спирту на рік. Україна займає першу позицію по вживанню алкоголю серед підлітків (40 %). 76% осіб віком від 15 до 18 років вживали алкоголь протягом останнього року життя. 40% смертей чоловіків та 22% жінок працездатного віку (від 20 до 64 років), так чи інакше пов'язані з вживанням алкоголю. Більш ніж в Україні п'ють лише в Росії та Литві [148, 188, 253, 254].

Рівень смертності в Україні зріс, у тому числі через причини, пов'язані з вживанням алкоголю. Близько 90% смертей в Україні спричинені неінфекційними захворюваннями, в тому числі, через причини, що обумовлені вживанням психоактивних речовин. Фактори ризику, такі як куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, брак фізичних вправ та забруднення, відповідають основним причинам смертності в



Україні. Показники поширеності тютюнокуріння на даний час становлять: чоловіки: 49%, жінки: 14% (відсоток населення віком 15 років та старше, яке палить будь-який тютюновий продукт, 2011 рік). Загальне споживання алкоголю на душу населення: чоловіки: 22,0, жінки: 7,2 (споживання чистого алкоголю в літрах, на особу віком 15+ протягом одного календарного року) [209, 220, 222, 251, 252].

Нинішня наркологічна ситуація в Україні характеризується домінуванням хімічної та алкогольної аддикції, що обумовлено значним поширенням станів залежності серед населення та недостатньою ефективністю терапії. Це обумовлено впливом комплексу негативних факторів – епідеміологічних, соціокультурних, особистісних та ін. [209, 214, 227, 243, 255, 256].

Особливе місце серед яких займає феномен патоморфозу АЗ, який фіксується сучасними дослідженнями. Цей феномен пояснюється впливом соціально–економічного руху нинішнього суспільства, розрахунок за матеріальний прогрес та ідеологію споживання, відсутністю соціальних та особистісних цінностей та ідеалів, відсутністю єдиних системних норм, високою інформаційною напругою, соціальним розшаруванням. Як наслідок це провокує попит на алкоголь, ПАР та поширення аддиктивної (девіантної) поведінки. Психосоціальний патоморфоз обумовлює помолодження віку осіб із залежністю від алкоголю, збільшення питомої ваги жінок, збільшення непрацюючих, особливо із високим рівнем освіти. Клінічний патоморфоз характеризується збільшенням вживання слабоалкогольних напоїв, зростанням рівня супутньої патології, збільшенням істеричних, дисфоричних, експлозивних та тривожно-депресивних форм сп'яніння, помолодженням віку АЗ та збільшенням соматичних і психотичних проявів АЗ, збільшенням кількості психозів. Терапевтичний патоморфоз включає в себе збільшення психотерапії в комплексному лікуванні АЗ, збільшення питомої ваги антидепресантів, антипсихотичних і антиковульсивних засобів, тощо [29, 16, 17, 28, 29, 88].

Порівняно з попередніми десятиріччями, зросла кількість осіб хворих на алкоголізм у віці 21-30 років та зросла більшість жінок, хворих на алкоголізм віком до 40 років, що свідчить про феномен того ж патоморфозу алкоголізму, з його психосоціальною, клінічною, терапевтичною складовими частинами [144].

Терапії алкоголізму та присвячено багато сучасних досліджень [1, 30, 89, 95].

Суттєвий розвиток наркодопомоги Україна отримала внаслідок співпраці з провідними європейськими та світовими організаціями [86, 87, 180].

Тим не менш, майже епідемічна поширеність станів залежності від ПАР спричиняє погіршення криміногенної ситуації в Україні. Рівень агресивності значно підвищується при перебуванні людини в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, що підвищує ризик скоєння кримінальних злочинів [11, 18, 19, 152, 165].

Результати дослідження кримінологічних та морально-етичних аспектів боротьби з незаконним обігом наркотиків в Україні та її наслідків, яке було проведене Громадською організацією «Євразійський інститут наркополітики» у 2016-2017рр. на замовлення та за фінансової підтримки Міжнародного фонду «Відродження», містять висновки про те, що:

- Чинна кримінально-правова практика не спрямована на застосування справедливої кари щодо дилерів та організаторів нелегального наркобізнесу. Натомість хронічно хворі на наркотичну залежність, які радше потребують лікування та реабілітації, піддаються невинувато надмірній кримінально-правовій репресії.
- Такий підхід до формування кримінально-правової політики не тільки не призводить до покращення криміногенної ситуації в країні, а створює передумови для поглиблення дискримінації хворих на наркотичну залежність та ще більшої соціальної напруги.

- Законодавство у сфері обігу наркотиків є недосконалим і містить корупційні ризики у діяльності правоохоронних органів і судів.
- Гранична величина невеликих розмірів окремих психоактивних речовин є нижчою від терапевтичної середньозваженої добової дози наркотичних лікарських засобів, що створює умови для необґрунтованого кримінального переслідування наркозалежних.
- Удосконалення законодавства вбачається в напрямку досягнення оптимального співвідношення між кримінально-правовими, медичними, профілактичними заходами, декриміналізації зберігання невеликої кількості наркотиків без мети збуту [22].

## 1.2 Проблемні аспекти судово-психіатричної оцінки станів залежності від психоактивних речовин в цивільному та кримінальному процесі

Поширеність алкоголізму та інших залежностей позначається на збільшенні кількості СПЕ відносно осіб, що зловживають ПАР, як в цивільному, так і в кримінальному процесі [14, 152, 167, 176].

Зростає кількість осіб, залежних від ПАР, в структурі контингенту ув'язнених [22].

Алкогольна залежність та інші психічні розлади, пов'язані із вживанням алкоголю, залишаються важливою медичною та соціальною проблемою. Поширеність цієї патології серед населення не може не позначатися на її представленості в практиці СПЕ.

Крім того, останні два десятиріччя позначились істотним збільшенням загального обсягу СПЕ в цивільному процесі. Значно зросла кількість майнових правовідносин, і як наслідок — кількість цивільних позовів про визнання правочину недійсним. Наведені обставини зумовлюють необхідність вивчення кількісних показників та якісних закономірностей судово-психіатричної експертної практики стосовно алкогольних психічних розладів.

Цілком зрозуміло, що форма № 38–здоров охоплює не всі випадки алкогольних психічних розладів, діагностованих при СПЕ. Йдеться про так звані «подвійні діагнози», тобто випадки поєднання алкогольної залежності з іншим психічним розладом (наприклад, із органічним розладом особистості, розумовою відсталістю тощо). Так, за даними В. М. Шевельова та М. І. Проценко, «чиста» алкогольна залежність у СПЕ діагностується лише в 5,7% випадків; відповідно в 94,3% вона поєднується з іншими психічними розладами непсихотичного рівня [203]. У дослідженні Є. В. Корольової синдром залежності від алкоголю був діагностований у 15,83% від загальної кількості експертиз з приводу встановлення правочиноздатності [59]. А. Р. Мохонько та Л. О. Муганцева вказують на 7,8% хворих із алкогольною залежністю серед підекспертних, визнаних неправочиноздатними [92].

Як свідчить наш досвід, у більшості випадків «подвійних діагнозів» алкогольна залежність не вказується як основний діагноз, відтак діагностований в якості «другого діагнозу» синдром залежності від алкоголю залишається поза межами статистичної звітності. Встановити точну кількість таких випадків можна лише шляхом дослідження первинної медичної документації.

Разом із тим, незважаючи на неповну представленість діагностованої алкогольної залежності в галузевій звітності, а також попри невідворотні похибки та неточності при заповненні форми № 38–здоров у експертних установах (підрозділах) України, наявні дані відображають певні тенденції в діагностиці та експертній оцінці алкогольної залежності, дозволяють висвітлити структуру алкогольних розладів та розподіл експертних рішень при СПЕ в цивільних справах [140].

Показники свідчать, що звернення родичів хворих із заявами про позбавлення їх дієздатності не завжди обґрунтовані, що призводить до певної надмірності у призначенні СПЕ. Причому це навряд чи можна вважати недоліком в роботі судів, адже чинне процесуальне законодавство встановлює обов'язковість призначення СПЕ за наявності достатніх даних

про психічний розлад (ч. 1 ст. 239 ЦПК України) [202]. Подання таких заяв нерідко має на меті не встановлення опіки або піклування над пацієнтом, а спробу дисциплінуючого впливу на нього у зв'язку з імовірністю вчинення ним правочину, який може суперечити майновим інтересам його родичів.

У практиці інколи трапляються випадки призначення СПЕ при розгляді справ про обмеження дієздатності з підстав, передбачених ч. 2 ст. 39 ЦК України [201] (зловживання алкоголем або наркотиками, що ставить близьких у скрутний матеріальний стан), хоча ці підстави не передбачають визначення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

При розгляді позовів про визнання правочину недійсним з підстав, передбачених ст. 225 ЦК України [201] (недійсність правочину, вчиненого особою, яка не усвідомлювала значення своїх дій та не могла ними керувати), суди на сьогоднішній день зобов'язані призначити СПЕ за клопотанням хоча б однієї із сторін, тобто незалежно від наявності об'єктивних даних на користь тяжкого психічного розладу (див. п. 16 постанови Пленуму Верховного Суду України від 06.11.2009 № 9 «Про судову практику розгляду цивільних справ про визнання правочинів недійсними» [142]). Така позиція призвела до ширшого, ніж раніше, призначення СПЕ (хоча в попередні роки суди мали законні підстави відмовити у призначенні експертизи з мотивів відсутності достатніх даних, які б свідчили про тяжкий психічний розлад).

Трапляються випадки, коли при алкогольній залежності пред'явлення позову з підстав, передбачених ст. 225 ЦК України, має лише попередній, етапний характер і передуює уточненню позовних вимог з переходом на інші, «непсихіатричні» вади волі, передбачені ЦК України — помилку (ст. 229), обман (ст. 230), фізичний або психічний тиск (ст. 231), вплив тяжкої обставини (ст. 233) [201]. Але й за таких підстав позову суди іноді призначають СПЕ, хоча зазначені норми цивільного законодавства не мають

психіатричного змісту і не передбачають застосування спеціальних знань шляхом проведення судово-психіатричної експертизи.

Усе це зумовлює значну кількість СПЕ, які призначаються без достатніх медичних підстав, а відтак і більшу питому частку експертних рішень про правочиноздатність. Очевидно, соціальний попит на СПЕ психічних порушень алкогольного генезу в позовних цивільних справах випереджає дійсну поширеність тяжких психічних розладів в рамках цієї нозологічної групи.

Дані статистичної звітності свідчать також про необхідність уніфікації експертних оцінок при судово-психіатричній оцінці алкогольних психічних розладів у цивільних справах, важливість дотримання єдиних та чітких критеріїв. Одним із шляхів удосконалення експертної практики в цьому напрямку може бути регулярний аналіз діагностичних та експертних розходжень. Крім того, назріла необхідність перегляду та вдосконалення звітної форми № 38–здоров (з урахуванням категорії обмеженої дієздатності) [170].

Українськими судовими психіатрами проводилось наукове дослідження впливу наркоанальгетиків на здатність осіб з онкологічними захворюваннями на термінальних стадіях усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час оформлення цивільних актів. Метою дослідження була розробка критеріїв судово-психіатричної експертної оцінки психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями, які приймають наркотичні анальгетики, для визначення їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час оформлення цивільних актів [163].

Автори дослідження зазначали, що експертна оцінка психічних розладів при онкопатології не може бути основою тільки на психопатологічних критеріях. Вона потребує психологічного дослідження особистості, її мотиваційної сфери. Потрібно враховувати здатність суб'єкта до адекватного вибору мети та засобів її досягнення на підставі прогнозу й оцінки ситуації, дій та їх наслідків, тому особливе значення представляє

дослідження вольових процесів. Вольова ознака юридичного критерію недієздатності безпосередньо пов'язана з поведінкою та відображає здатність особи керувати своїми діями на час укладання цивільних актів.

Прерогативою посмертної СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями в цивільному процесі є встановлення їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (УЗСД та КН) під час оформлення тих чи інших цивільних актів. Розробка теоретичних, методологічних і практичних аспектів посмертної СПЕ осіб з онкопатологією є однією з найбільш складних і актуальних завдань сучасної судової психіатрії. Дана проблема набуває все більшого значення у зв'язку з неухильним збільшенням онкологічних захворювань в популяції та постійним зростанням кількості справ цивільного судочинства. Доведене перебування особи під впливом наркотичного анальгетика на юридично значимий період виступає медичним критерієм обмеженої дієздатності [160, 161, 166].

Вплив психічних розладів, спричинених залежністю від ПАР, на кримінальну агресію жінок, як один з аспектів свого наукового дослідження, вивчала судовий експерт психолог О.В. Радзевілова (2017, 2018р.), метою якого виступала розробка алгоритму експертної оцінки психологічної складової здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння злочину на основі комплексного аналізу психоемоційних та індивідуально-психологічних властивостей жінок, які скоїли суспільно небезпечні діяння проти особистості.

Автором було виокремлено достовірні ситуаційні чинники, які впливають на кримінальну агресію жінок, які вчинили СНД безпосередньо проти життя та здоров'я особи:

- конфлікт з потерпілим безпосередньо перед нанесенням тілесних ушкоджень (вагомість підвищується у разі наявності фізичного насильства/конфлікту напередодні СНД );
- стан сп'яніння жінки та/або потерпілого під час СНД [152, 154, 155].

Дещо раніше аналогічне дослідження жінок, але з судово-

психіатричних позицій проводила Н.Ю. Васильєва (2014-2016р.).

Метою даної роботи було - розробити алгоритм судово-психіатричної експертної оцінки психічних розладів у жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи для встановлення їх здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Автором було встановлено, що лише 37,7 % підекспертних, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи, були психічно здоровими. Решта жінок – 62,3 %, мали ознаки психічних розладів, структура яких включала: органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки (F00–F09) – 15,6 %; розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F10.0–F10.9) – 11,5 %; шизофренію (F20) – 10,6 %; розумову відсталість (F70) та розлади особистості і поведінки у зрілому віці (F60-69) – по 7,4 % відповідно; афективні розлади настрою (F30–F39) та розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних, інших психоактивних речовин (F11–F19) – по 2,5 % відповідно; гострий та транзиторний психотичний розлад (F23), шизоафективний розлад змішаного типу (F25.2), хронічний маячний розлад (F22), змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2), тяжкий депресивний розлад з психотичними симптомами, пов'язаний з післяпологовим періодом (F53.1) – по 0,8 % відповідно.

За даними цього психіатричного дослідження також було встановлено, що на кримінальну агресію жінок впливають наступні ситуаційні чинники: конфліктні стосунки з жертвою напередодні СНД (62,3 %), вербальна образа з боку потерпілих (42,6 %). Злість, як домінуюча емоція, спонукала жінок до агресивних дій у 51,6 %, алкогольне сп'яніння у підекспертних та/або потерпілих під час СНД у 77,1 %, спрямованість агресії на чоловіків або співмешканців - 35,2 % [11, 12,14].

Експертна оцінка психічних розладів являється лише першим етапом судово-психіатричної експертизи. Другим етапом виступають експертні рекомендації, які ґрунтуються на оцінці факторів ризику повторних правопорушень з рекомендаціями видів медико-правових заходів, якими



можуть виступати примусові заходи медичного характеру. Питання об'єктивізації оцінки ризику насильства з боку осіб з психічними розладами для українських судових психіатрів лишаються проблематичними з огляду на відсутність адаптованих шкал. Хоча на міжнародному просторі колеги судові психіатри здавна використовують інструментальні батареї оцінки ризиків в різних умовах [125, 205].

Маркери прогнозу та реабілітаційні мішені у хворих на шизофренію, які скоїли суспільно небезпечні діяння проти життя особи, в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом, досліджував А.М. Кушнір (2015-2019р.). Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків. Зафіксований такий рейтинговий розподіл маркерів продуктивно-психотичних механізмів реалізації СНД (ознак, що стійко супроводжують цей психопатологічний механізм) за рівнями дисфункції (у порядку зменшення діагностичної цінності та інформативності): ресурс підтримки в суспільстві; функціональна недостатність; ресурсна система особистості; рівень психосоціальної адаптації. Серед маркерів негативно-особистісних механізмів реалізації СНД перші місця в рейтингу також займають рівень ресурсу підтримки в суспільстві і функціональна недостатність, рівень психосоціальної адаптації та ресурсна система особистості. Використання отриманих даних щодо диференційованих за психопатологічним механізмом маркерів-мішеней реабілітаційного втручання та потенційного ризику вчинення повторних деліктів пацієнтами з шизофренією дозволить визначити ефективні напрямки та види реабілітаційних втручань для цього контингенту пацієнтів. Його робота не охоплювала хворих зі станами залежності від ПАР, але є однією з найгрунтовніших спроб розробки маркерів прогнозування суспільної небезпеки психічно хворих осіб, які вчинили СНД [64-67, 90, 164].

Як свідчить вищенаведений аналіз, питанням судово-психіатричної оцінки психічних розладів, спричинених залежністю від ПАР, приділялось небагато уваги українськими вченими. У судово-психіатричних роботах

стани залежності від ПАР розглядались як один з аспектів дослідження. Ґрунтовне дослідження цієї проблеми з 2012 року проводиться вченими, судовими психіатрами відділу комплексної судово-психіатричної експертизи ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України».

### 1.3 Експертна оцінка бойових психічних травм та станів залежності від психоактивних речовин в учасників бойових дій

Війна на Сході України призвела до появи контингенту учасників бойових дій (УБД) з психічними розладами [7, 27, 122, 123].

Особливою проблемою військового часу є зростання хімічних і нехімічних адикцій [3, 5, 49, 69, 74, 75, 135, 136, 184, 189, 199].

ПАР мають властивість нейтралізувати емоційно-негативні стани, що актуально в умовах бойових дій, натомість збільшуючи ризик формування станів залежності [15, 150, 200].

Наявність психічних розладів, нерідко в поєднанні з синдромом залежності від ПАР, особливість психологічного стану та емоційного реагування в конфліктних ситуаціях, сприяють скоєнню СНД УБД, кількість яких з початку збройного конфлікту постійно зростає [18, 20, 140, 194].

Деякі дослідники пов'язують розвиток психічних розладів з конфліктом на Сході та насильством [224, 240, 241, 245].

Війна на Сході України тягне за собою не тільки соціально-економічні наслідки, а й окреслює питання реабілітаційних заходів для учасників бойових дій. Вплив стрес-факторів на психіку особи та методи реабілітації є досить актуальними [23, 68, 71, 76, 138].

Роль стресу на психічне здоров'я проявляється у реакціях особи, що залежать від внутрішніх та зовнішніх ресурсів особи; недостатність ресурсів може додавати стресогенності ситуації [244]. Також сама реакції людини на стресор можуть відбирати ресурси, формуючи додатковий стресор [211]. Дослідження теорії травматичного стресу висувають тезу про зв'язок між

страхом і відтворення травмуючої події, який формується на основі надмірної травматичної реакції, надзвичайного психологічного збудження. Внаслідок такої дії формується поведінка уникнення, відтворення подій у пам'яті та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [221, 239].

Ehlers A., Clark D. (2000) описуючи принципи, на яких мають ґрунтуватись превентивні програми ПТСР, визначали, що в ПТСР ключовим моментом є неспроможність відрізнити загрози, пов'язані з минулою травмою, від теперішньої ситуації [216].

Разом з цим, ймовірні наслідки для осіб-учасників бойових конфліктів вивчають не тільки у напрямку формування посттравматичного стресового розладу, емоційних розладів, а й досліджуються сформовані стратегії поведінки, їх вплив на соціальне функціонування особи поза бойовими діями, на формування агресивної поведінки.

Попелюшко Р. П. (2017) у дослідженні учасників бойових дій, які повернулись із зони проведення антитерористичної операції, більш були розвинені стратегії поведінки у вигляді «когнітивного мислення» та «базових цінностей», що виявлялось у орієнтації на збір оперативної інформації, рішення бойових та не бойових проблем, самоорієнтація, складання списків власних дій в будь-якій екстремальній ситуації, із опорою в життєдіяльності на духовних цінностях, власних переконаннях та почуття місії («захист власної держави»), прагненні до самоздійсненні та самовираженні. В той же час, дослідження показало, що у комбатантів недостатньо розвинені копінг-стратегії у подоланні стресових ситуаціях у вигляді вияву назовні власних емоційних переживань. Також, у зазначених осіб було виявлено обмеженість у соціальному спілкуванні з друзями, сім'єю, взаємній допомозі та підтримці, почутті власної соціальної цінності [139].

Сукіасян С., Тадевосян М. (2013) під час дослідження ролі «особистості» у розвитку ПТСР визначили, що особистісні риси не тільки виступають предикторами у формуванні ПТСР, а також можуть бути його

проявами. Особистісно обумовлені реакції при ПТСР пов'язані з депресивними розладами, що є наслідком бойового травматичного впливу. Автори дослідження виділяють два типи особистісного реагування на пережите: з симптомами нав'язливості або уникання. При тривалому перебігу ПТСР ці симптоми формуються в стійкі особистісні властивості, що проявляються дезадаптаційними, декструктивними реакціями, соціальною ізоляцією, девіантними формами поведінки, асоціальною поведінкою (вживання психоактивних речовин, агресивна поведінка, суїцид, кримінальна поведінка, самоізоляція) [186].

Зелянїна А.Н. (2012) відмічає одним із наслідків впливу бойового стресу – формування акцентуації характеру. При цьому, такі акцентуації обмежуються декількома типами: експлозивно-епілептоїдний, тривожно-експлозивний, тривожно-депресивний [42].

Фатовцов Г. (2016) досліджуючи ризик кримінально-агресивної поведінки у комбатантів виділив особистісну деформацію з порушенням структури керуючих мотивів та цінностей [196].

Вивченню ризику прояву агресивних дій у ветеранів війни та факторів, які впливають на агресивні поведінку комбатантів присвячено чимало досліджень, в тому числі й закордонними авторами.

Дослідження впливу агресивної поведінки та бойових бій в Демократичній Республіці Конго показало наявність «привабливої агресії», тобто сприйняття вчинених, насильницьких дій як привабливих, хвилюючих та захоплюючих, як поширене явище серед населення, яке живе в нестабільних та жорстоких обставинах. Дослідження продемонструвало, що насильницькі злочини більше пов'язані з такою формою агресії, а не обов'язково із симптомами посттравматичного стресу. Такі ж самі результати продемонструвало дослідження у незалежній та більшій вибірці демобілізованих солдатів з Бурунді. Так, випадкова регресія лісу виявила, що кількість насильницьких дій є найважливішим предиктором «привабливої агресії», а кількість пережитих травматичних подій протягом

життя є головним фактом прогнозування посттравматичного стресу.

Вчинені насильницькі дії з виразними способами полювання (переслідування жертви, приціл крові тощо) були найбільш передбачувальними для сприйняття насильницьких дій як «привабливих» після демобілізації [226].

Thomas та ін. (2010) виявили, що серед ветеранів війни, які не звертались за допомогою у лікуванні, приблизно 40% повідомили про те, що «розлютилися на когось і щось щипали, хапали чи вдарили» щонайменше одного разу за останній місяць, при цьому оцінка здійснювалась на 3 та 12 місяців після їх відставки [249].

Визначено, що гнів у ветеранів був пов'язаний з численними порушеннями психосоціальних функціонувань та фізичного самопочуття, включаючи стосунки у сімейній сфері та працевлаштування, а також з ризиком заподіяння шкоди собі та іншим [235].

Загалом, існує теза, що гнів і ПТСР сильно пов'язані [238]. За даними деяких досліджень ветерани, які мають ПТСР внаслідок бойових дій, відчують гнів як частину синдрому дисконтролю, який відзначається посиленням фізіологічним збудженням, ворожою когнітивною оцінкою та антагоністичною поведінкою у відповідь на уявлення про загрозу [213, 234]. Тобто, ветерани з ПТСР у порівнянні з ветеранами без ПТСР, повідомляють про більший гнів у зв'язку зі подіями, що пов'язані з ретравматизацією [242] і розгніваються більш швидко, інтенсивніше і з більш сильними фізіологічними проявами, щоб пережити досвід гніву [208]. Встановлено, що психологічні труднощі у подоланні гніву давали змогу диференціювати ПТСР від тривожних розладів у осіб, що не страждають на ПТСР, а гніву більш проявлявся при ПТСР, який пов'язаний з бойовою травмою [236].

За даними дослідників з Великобританії (2012) визначило, що досвід бойових дій та травм під час бойових дій суттєво пов'язані з насильницькою поведінкою військових після повернення додому. Також, визначено, що проблеми з психічним здоров'ям у військових після бойових дій та

зловживання алкоголем – фактори, які визначають високий ризик агресивною поведінки [230].

Вивчаючи зв'язок між ПТСР та насильством, фізичною агресією у ветеранів війни США з Іраком та Афганістаном, деякі дослідження визначають, що ПТСР часто представляється як головний фактор, що сприяє насильству у ветеранів війни [217, 225, 231, 233, 248].

Проте, теорія та наука саморегуляції концептуалізує насильство та фізичну агресію як такі, що виникають, коли пряма сила, що рухається (те, що підштовхує до дії) перевищує силу, що гальмують її (те, що перешкоджають просуванню до дії) [215, 219]. В рамках цієї моделі якщо ПТСР розглядають як рушійну силу, а зловживання алкоголем вважається силою, що гальмує, то в тандемі вони можуть суттєво підвищити ризик агресії [215, 219, 247]. Серед симптомів ПТСР, що можуть змусити ветерана до насильства – є симптоми гіперзбудження [217, 246, 232, 248]. Гнів і дратівливість пов'язані з посиленням насильства та агресії [217, 231, 248]. На відміну від цього, алкоголь викликає розгальмування, проте не всі люди, які п'ють, не проявляють агресію. Виходячи з цього, ветерани війни, які після повернення додому мають симптоми ПТСР можуть відчувати себе змушеними діяти агресивно внаслідок симптомів гніву, але все ж відмовляються від дії, якщо цьому не заважає вживання алкоголю. Аналогічно, ветерани, що вживають алкоголь, можуть бути внаслідок алкоголю розгальмованими, але менш виявляють агресію, якщо вони не мають симптомів ПТСР, таких як гнів та дратівливість. Цей взаємозв'язок може бути особливо складним для ветеранів, оскільки військові навчають солдатів до агресивного контролю в умовах війни, але труднощі, спричинені ПТСР та відхилення від зловживання алкоголем, можуть дати можливість навченій агресії, призначеній для бою, стати менш контрольованою [218].

Дослідження Elbogen E. B. та співав. (2014) широко вивчало зв'язок ПТСР, агресивних дій та інших факторів у ветеранів війни. За їхніми даними поєднання ПТСР та зловживання алкоголем було пов'язане із

помітним зростанням насильства та агресії у ветеранів. У порівнянні з ветеранами, які не страждають від ПТСР і не зловживання алкоголем, ветерани з ПТСР і без зловживання алкоголем не мали значно більшої ймовірності бути жорстокими і лише мають незначну ймовірність вчинити іншу фізичну агресію. За результатами дослідження визначений кумулятивних вплив численних факторів ризику, не пов'язаних з діагнозом ПТСР - включаючи демографічні показники, досвід вчинення насильства, бойові дії та ветерани, які мають гроші на покриття основних потреб, таких як їжа, притулок, транспортування та медичне обслуговування – це є вирішальним для оптимізації управління ризиками насильства [218].

Загалом, вивчаючи предиктори формування агресивної поведінки деякі дослідники наголошують на тому, що насильство – це не типовою поведінкою особи; скоріше, порівняно невелика група людей у суспільстві вчиняють переважну більшість насильницьких злочинів. Виходячи з цього, можливість перспективного виявлення осіб, схильних до вчинення насильницької злочинної поведінки, матиме велику користь при винесенні рішень щодо застави, винесення вироку в кримінальному провадженні, умовно-дострокового звільнення, лікування, призначеного судом [210].

За даними Державного наукового центру соціальної і судової психіатрії ім. В.П. Сербського, серед скоєних правопорушень комбатантами (після формування у них ПТСР) переважна більшість (93%) пов'язані з агресивними діями проти життя та здоров'я потерпілого. При цьому, такі агресивні дії мали імпульсивний характер, відрізнялися брутальністю, непередбачуваністю, слабкістю зовнішньої вмотивованості, та явною невідповідністю реакції комбатантів на наявну ситуацію [50].

Також у такої категорії осіб відмічається готовність до імпульсивного, агресивного відреагування, навіть на незначні загрозливі стимули. Копотев С.Л. відмічає, що у випадку кваліфікації ПТСР дії потерпілих можуть не мати явного протиправного характеру або ж ситуація не мати явних ознак загрози, що потребує негайної і безпосереднього її вирішення, а існує лише психічний

фон і суб'єктивне сприйняття (переживання) реальності загрози, небезпеки (психічно діюча реальність) або уявної загрози. Такі характеристики як «переоцінка наявної небезпеки» потреба, разом із наявною деформацією особистості відображаються у кримінальному правопорушенню [58].

Аналіз судово-експертної практики деяких судових експертів-психологів дозволило їм визначити гіподіагностику афективних станів у провадження проти життя та здоров'я особи. Особливо це стосується формування та кваліфікації атипів афективних станів. Атипові афективні стани мають зміни в протіканні афекту в залежності від наявності патології у підекспертного, у тому числі й наявність ПТСР. Так, у осіб з наслідками бойового ПТСР можлива складна організація діяльності в момент афективного вибуху зі зміною дій і ефекти мобілізації в постафективній фазі, що визначається сформованими у них автоматизмами [91].

Вивчення протікання клінічної картини коморбідних захворювань у комбатантів визначає характер правопорушень. Так, клінічна картина ПТСР у випадках його поєднання з алкогольною залежністю включає основними («реперезивання», «уникнення» і «підвищена активація») і факультативні складові (невротичними - істеричні, іпохондричні, тривожні, депресивні прояви і патохарактерологічні – афективно-нестійкі і істеричні прояви симптомів). Коморбідність ПТСР з алкоголізмом обумовлює динамічні особливості ПТСР. Приєднання до ПТСР алкогольної залежності призводить до його хронічного перебігу. Тривала сумісність ПТСР і алкоголізму призводить до збільшення питомої ваги факультативних симптомів [137].

Фастовцов Г.А., Зайцева Е.А. (2015) проводили дослідження судово-експертної оцінки осіб із ПТСР у кримінальному процесі. За результатами якого визначались чотири клінічні варіанти атипів ПТСР з урахуванням співвідношення облігатних, факультативних симптомів ПТСР і клінічних проявів коморбідних психічних розладів: тривожний варіант (17%), депресивний варіант (22%), соматоформні варіант (30%), психотичний



варіант (31%). Експертні рішення за результатами оцінки розподілились наступним чином: в 44 спостереженнях (44%) було винесено експертний висновок про здатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними, в 29 спостереженнях (29%) - про неможливість усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними, в 27 спостереженнях (27%) була застосована стаття щодо обмеженої осудності. За даними дослідження, категорія обмеженої осудності застосовувалася не у всіх необхідних випадках. Зазначена закономірність визначалася низкою факторів: гіподіагностика атипового варіанту ПТСР і, відповідно, неврахування вираженості і стійкості психопатологічних розладів; недостатня оцінка характеру впливу психічного розладу на мотивацію протиправного діяння і здатність до цілеспрямованої регуляції поведінки. На думку авторів необхідність використання категорії обмеженої осудності визначалася сукупністю наступних закономірностей. У часовому інтервалі, що передував вчиненню протиправних дій, у всіх спостереженнях зазначалося посилення складної соціальної ситуації: втрата роботи, конфлікти в родині, розірвання шлюбу, погіршення міжособистісних відносин і посилення зловживання алкогольними напоями. На даному етапі зазначалося впливом сукупності стресових факторів, як повсякденного, так і катастрофічного характеру. Структура соціальної діяльності повністю визначалася психопатологічними переживаннями в клінічній картині атипового варіанту ПТСР погіршувалася неможливістю знайти вихід з ситуації, що склалася і нездатністю до конструктивної діяльності для її вирішення. На цьому тлі в період скоєння протиправного діяння, клінічна картина ПТСР стає важким, протягом психічного розладу було прогредієнтним або хвилеподібним, зазначалося ускладнення структури і трансформація синдромів. Незалежно від виду атипового варіанту ПТСР для підекспертних були характерними високий рівень тривоги при відсутності механізмів копіngu, внутрішня напруженість, підозрілість, загострення стійких особистісних рис, в першу чергу підозрілості, конфліктності,

експлозивності, почастищення звичних агресивних форм реагування.

Типовими були афективні порушення з переважанням дистимічного фону настрою, посиленого на тлі алкоголізації емоційної нестійкості зі схильністю до виникнення реакцій роздратування, що супроводжувалися психомоторним збудженням. Агресивні протиправні дії у всіх випадках були ситуаційно обумовлені. Відзначалося зниження вольового контролю вчинків, легкість актуалізації звичних агресивних форм поведінки з неповним усвідомленням того, що відбувалося і автоматизованими діями. Когнітивні порушення виявлялися психогенною дезорганізацією психічної діяльності, спотвореним сприйняттям дійсності, актуалізацією надцінних ідей з перебільшеним сприйняттям поведінки потерпілих, при це нейтральні дії могли сприйматися як негативні та образливі. Зміст юридичної компонента критерію обмеженої осудності складало в першу чергу зниження здатності до цілеспрямованої регуляції поведінки, порушення функції прогнозу своїх дій і їх наслідків. Відзначалося зниження здатності до цілеспрямованої діяльності, відсутність копінг-стратегіями, неможливість знайти вихід із ситуації, яка сприймалася як суб'єктивно нестерпна. При встановленні категорії обмеженої осудності постає необхідність застосування амбулаторних примусових заходів медичного характеру в місцях позбавлення волі із застосуванням психокорекційних методик і реабілітаційних заходів, спрямованих на редукцію проявів особистісної та соціальної дезадаптації, розвиток і інтеграцію особистості в суспільстві [195].

Це потребує розробки сучасних лікувально-профілактичних та соціально-реабілітаційних заходів з урахуванням реалій, в яких перебуває українське суспільство.

#### 1.4. Сучасне розуміння обмеженої осудності

Судово-психіатричні експертизи відносно осіб, які зловживають ПАР, є складними, оскільки наявні у них психічні порушення не завжди

позначаються на інтелектуальній або вольовій складовій юридичного критерію дієздатності / осудності, тобто здатності особи усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними (УЗСД та КН). Залежність від ПАР значним чином впливає на вольові процеси. Про необхідність дослідження мотиваційної сфери особистості, порушення якої можуть виступати обґрунтуванням визнання особи обмежено осудною, в різні періоди зазначали судові психологи та психіатри [34, 151, 173, 174, 175, 182].

Натомість, з моменту введення в кримінальне законодавство поняття «обмеженої осудності» (2001р.), а в цивільне законодавство – «обмеженої дієздатності» (2004р.), ці юридичні категорії майже не отримали практичного застосування в експертній практиці. Хоча у судово-слідчих органів, юристів і адвокатів існує нагальний запит на використання цих категорій з метою дотримання прав осіб з психічними розладами і застосування щодо них диференційованих медико-правових підходів [257].

Проблема неухильно зростаючої поширеності психічних розладів внаслідок зловживання ПАР та висока криміногенність таких осіб обумовили необхідність низки законодавчих змін у сфері юриспруденції (права), медицини та експертизи [179].

Інститут обмеженої осудності був введений в кримінальне законодавство України у 2001 році, як юридична норма, спрямована на захист прав осіб з психічними розладами. Згідно до ст. 20 КК України:

1. Підлягає кримінальній відповідальності особа, визнана судом обмежено осудною, тобто така, яка під час вчинення злочину, через наявний у неї психічний розлад, не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними.

2. Визнання особи обмежено осудною враховується судом при призначенні покарання і може бути підставою для застосування примусових заходів медичного характеру [61].

З юридичних позицій найбільш повно зміст обмеженої осудності висвітив В.Я. Марчак (2010р.), який, будучи юристом, суддею, теж засвідчив,

що з часу введення обмеженої осудності минуло майже два десятиліття, але дискутабельність проблеми розуміння сутності і практичного застосування цієї категорії залишається як серед юристів, так і серед експертів. На його думку з одного боку, конструкція «обмеженої осудності» має бути погоджена з інститутами осудності, вини й відповідальності, з іншого - з неосудністю та примусовими заходами медичного характеру. Обмежена осудність повинна містити не стільки якісну, скільки кількісну різницю між осудністю та «зменшеною осудністю», а також між «зменшеною осудністю» і неосудністю [80, 145].

Обмежена осудність категорія суто юридична. Визнання особи обмежено осудною є прерогативою виключно суду, хоча такому рішенню має перебувати проведення судово-психіатричної або комплексної судової психолого-психіатричної експертизи, результати якої суд приймає до уваги.

З експертної точки зору обмежену осудність визначає ступінь тяжкості психічних розладів і їх вплив на формування та реалізацію злочинної поведінки в конкретній ситуації. З юридичної точки зору, обмежену осудність визначає суспільна небезпечність, обумовлена психічним станом особи, та тяжкість суспільно небезпечного діяння.

Не будучи психіатром, В.Я. Марчак абсолютно справедливо зазначав, що обмежена осудність відноситься до категорії осудності. Обмежену осудність визначають два обов'язкових критерії:

- 1) наявність психічного розладу;
- 2) такий ступінь виразності наявного психічного розладу, який обмежує здатність усвідомлювати свої дії та/або можливість керувати ними, внаслідок впливу на психічні процеси і функції.

При цьому критичні функції психіки зберігаються. Тобто, обмежена осудність є, свого роду «кількісним різновидом» осудності. Хоча в історії становлення інституту обмеженої осудності були погляди, що дана категорія це «щось середнє, яке лежить між осудністю та неосудністю» (В.С.

Трахтеров, У.М. Фейнберг, З.А. Астемиров, Л.З. Сломинський; Н.І. Фелінська) [80, 145, 193, 197].

Роботи інших вчених дослідників (Д.Р. Лунца, 1966; Л.І. Глухарьової, 1983; Сегая М.Я., В.Б. Первомайського, 1997) висвітлювали інший погляд на обмежену осудність, як варіант осудності. Чим власне вона і є [21, 70, 181].

Історія становлення інституту обмеженої осудності охоплює майже два сторіччя. У 1895 році на Гамбурзькому з'їзді обговорювалось питання обмеженої осудності. Поняття зменшеної осудності запропонував Каль у 1904 році на Інсбруцькому з'їзді юристів. На з'їздах Міжнародного союзу криміналістів у Брюсселі (1910) та у Копенгагені (1913) обговорювались питання обмеженої осудності, небезпечності таких осіб і покарання. Основою для формування поняття і узаконення обмеженої осудності в законодавстві різних країн передували роботи Крафта-Ебінга, Платера, Пінеля, Фейнберга Ц.М., Мореля та ін. [26, 60, 80, 84].

Протягом майже всього ХХ сторіччя йшли суперечки між прихильниками та противниками узаконення обмеженої осудності. Одні вказували на розмитість поняття обмеженої осудності, невизначеність критеріїв цієї категорії [46, 48, 83, 183, 190].

Інші вважали, що закріплення інституту обмеженої осудності в кримінальному праві дозволить більш диференційовано та правильно підходити до вирішення питання про застосування покарання до осіб з психічними розладами, які не виключають осудності [8, 31, 80, 192, 193].

Обмежена осудність введена в кримінальне законодавство багатьох країн: Швейцарії з 1937 (1942) року, Данії з 1939 року, Англії з 1957 року, Франції з 1958 року, Італії, деяких штатах США, в Польщі з 1997рок, в Фінляндії майже з 1894 року!, в Угорщині з 1978 року, в Білорусі та Грузії з 2000 року. В кримінальне законодавство Україні обмежена осудність введена з 2001 року. Інститут обмеженої осудності базується на гуманних підходах урахування впливу психічного стану людини на злочинну поведінку, із застосуванням пом'якшення покарання і цільових заходів профілактики

злочинів. При цьому така особа вважається винною і підлягає кримінальній відповідальності й покаранню за вчинений злочин. Суд повинен враховувати будь-які обставини, в тому числі і психічні аномалії, поряд з іншими матеріалами справи. Але практика показує, що суди це майже не враховують, оскільки здебільшого про це не знають. Підставами визнання особи такою, що вчинила злочин у стані обмеженої осудності, суд може почерпнути тільки з комплексної судової психолого-психіатричної експертизи, коли особа загалом визнається такою, що може керувати своїми діями та усвідомлювати їх, але страждає психічними аномаліями, які в момент вчинення нею злочину могли вплинути на її поведінку. Юристи та правознавці визнають, що проблема впливу психічних аномалій на причини та механізми злочинної поведінки недостатньо досліджена, що значно звужує можливості профілактики злочинів. Поняття «психічних аномалій» в сучасному законодавстві замінено на «психічні розлади», що відповідає сучасним міжнародним діагностичним вимогам. Але Антонян М.Ю. [6] свого часу зазначали, що під психічними аномаліями слід розуміти такі розлади психічної діяльності, які не дають підстав вважати особу психічно здоровою повністю, але й не дозволяють віднести її до психічно хворої. Але з точки зору сучасної психіатрії проміжного психічного стану не може бути. Людина на момент вчинення правопорушення є або психічно здоровою, або психічно хворою (тобто з психічними розладами, що чітко відповідають діагностичним критеріям). Суть питання полягає в ступені психічних розладів, які можуть обумовлювати як осудність, так і обмежену осудність або неосудність на момент скоєння правопорушення. Разом з тим деякі правознавці вважають, що визначення «психічного розладу» є дещо завузким для обмеженої осудності. Тому слід було б пов'язати обмежену можливість розуміти значення своєї поведінки не тільки з наявністю психічного розладу, але й з іншими аномаліями та емоційними станами, які володіють властивістю обмежувати можливість суб'єкта розуміти свої

вчинки. Саме в таких випадках доцільне призначення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи [80].

На думку В.Я. Марчака, ст. 20 КК України має на увазі найбільш розповсюджені психічні розлади, що не виключають осудності: олігофренія (легкого ступеню), різні форми неврозів, психози (наприклад алкогольні), психопатії, органічне ураження головного мозку. Серед яких найбільш розповсюджені неврози, які виникають внаслідок різних психічних травм. У більшості нозологій думка автора цілком вірна (з урахуванням сучасного визначення психічних розладів). Але психози будь-якого походження - це стани тяжкого розладу психіки з порушенням критичних функцій, що є підставою визнання особи неосудною. Це підтверджує необхідність тандему експертів і суддів у процесі визнання особи обмежено осудною. На підтвердження вищенаведеного Б.С. Братусь зазначав, що уявлення про патологію здається ясным і очевидним доти, поки думаєш як більшість невтаємничених, які засвоїли, що божевільний - це особа, яка кидається на стінку, викрикує щось неадекватне. Коли ж маєш справу не з описом у підручнику того чи іншого ізольованого синдрому, а з його конкретним носієм - живою людиною, зі своєю долею, інтересами та особливостями, то питання що є норма, а що патологія, втрачає свою ясність і простоту, стає розпливчастим і важко уловимим [10, 80].

В.Я. Марчак, (2011р.) провів комплексне дослідження феномена «обмеженої осудності» з юридичних позицій. Зокрема автор встановив, що головними ознаками обмеженої осудності є такі:

1) це кримінально-правова категорія, що характеризує психічний стан осіб із психічними аномаліями, які вчинили злочини;

2) це не проміжна категорія між осудністю і неосудністю, а складова осудності; не виключає кримінальної відповідальності осіб із психічними аномаліями, які вчинили злочин;

3) може бути визнана обставиною, що пом'якшує кримінальну відповідальність, але не має окремої законодавчої регламентації і

враховується в сукупності з іншими даними й обставинами, що характеризують злочин й особу підсудного;

4) ні за жодних умов не може бути визначена як обставина, що обтяжує відповідальність;

5) є підставою для визначення умов тримання засуджених в місцях позбавлення волі та призначення примусових заходів медичного характеру, що поєднуються з покаранням;

6) має кримінально-правове значення для виявлення розподілу ролей співучасників у разі вчинення злочину групою;

7) стосується лише часу вчинення злочину й жодним чином не стосується інших часових меж;

8) її може констатувати лише суд у вирокі чи постанові на підставі компетентного висновку комплексної судової психолого-психіатричної експертизи.

У своєму дослідженні автор зробив ряд наступних висновків щодо феномена обмеженої осудності. За результатами його дослідження обмежена осудність відрізняється від осудності та неосудності тим, що обмежено осудна особа під час вчинення злочину не повною мірою усвідомлює свої дії та керує ними, оскільки в неї наявний психічний розлад, який обмежує її інтелектуально-вольові можливості. Ця відмінність полягає також у правових наслідках, адже обмежена осудність породжує подвійні наслідки: покарання може поєднуватися з примусовими заходами медичного характеру або бути призначене без їх застосування. Обмежено осудній особі відповідно до ст. 94 КК України може бути призначено примусовий захід медичного характеру у вигляді надання амбулаторної психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку може надаватись обмежено осудному засудженому як у спеціальному медичному закладі, так і в медичних частинах спеціальних установ Державного департаменту з питань виконання покарань України, якщо засуджений відбуває покарання, пов'язане з обмеженням чи позбавленням волі. У цих установах особи



проходять також медико-соціальну реабілітацію, оскільки унаслідок психічних розладів вони потребують створення умов для адаптації до режиму виправних установ. Встановлення обмеженої осудності має надзвичайно важливе значення для визначення винності суб'єкта злочину як на досудовому розслідуванні, так і на судових стадіях. Здатність особи хоча б частково усвідомлювати свої дії та приймати рішення під час їх вчинення є підставою для її визнання суб'єктом злочину, винним в умисному чи необережному суспільно небезпечному діянні. У цьому разі особа діє у стані обмеженої осудності, оскільки під час вчинення злочину не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними. Обмежена осудність як ознака, що характеризує суб'єкта злочину, поряд із винністю є умовою настання кримінальної відповідальності. Необережні злочини, вчинені у стані обмеженої осудності, за формою є простою вольовою дією. Умисні злочини вчиняють у формі складної вольової дії. У психологічному механізмі вчинення злочину у стані обмеженої осудності відсутня чи вкрай обмежена боротьба мотивів, мотиви накладаються на цілі, домінує генералізоване емоційне збудження, між стадіями переважає односторонній зв'язок. Отже, психологічні механізми вчинення звичайного умисного злочину та злочину у стані обмеженої осудності відрізняються за психологічними актами підготовки до злочину і міжстадійним зв'язком. Для встановлення наявного в особи психічного розладу, через який вона під час вчинення злочину не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії чи керувати ними, слід призначити комплексну судову психолого-психіатричну експертизу (КСПЕ). КСПЕ – окремий напрямок наукової й експертної діяльності що поєднує знання психіатрії, психології, судової експертології та ґрунтується на положеннях чинного законодавства. Предметом цієї експертизи є встановлення в особи психічного розладу й визначення його впливу на можливість особи усвідомлювати свої дії та керувати ними під час вчинення злочину. Об'єктами експертизи є підозрювані, обвинувачені та підсудні, стосовно яких в органів дізнання, слідства та суду виникають сумніви щодо

їх осудності, матеріали кримінальної справи, медична документація, аудіовізуальні матеріали та інша інформація про психічний стан особи, стосовно якої проводиться експертиза. За необхідності до експертної комісії залучають фахівців з інших галузей науки, за допомогою яких досліджують наявність психічного розладу в особи. Висновок КСППЕ як окреме джерело доказів є підставою для визнання особи обмежено осудною. Від результатів цієї експертизи залежать характер і зміст відповідного рішення суду, призначення того чи іншого покарання, а також примусових заходів медичного характеру [77, 79, 81].

Ресоціалізація обмежено осудних осіб із психічними розладами повинна здійснюватися з дотриманням наступних умов:

- 1) чітко відрізняти дану категорію засуджених від інших, особливо значно криміналізованих;
- 2) виділяти представників цієї категорії з загального контингенту на основі наявних психічних розладів, корекція яких є основною метою ресоціалізації;
- 3) організовувати психотерапевтичні заходи ресоціалізації, виходячи зі специфіки індивідуальних психологічних особливостей;
- 4) постійно контролювати поведінку засуджених шляхом спостереження за їх повсякденним життям, контактами та побутом, поряд із систематичною психокорекцією [81].

На нашу думку, дослідження В.Я. Марчака є однією з найгрунтовніших робіт, присвячених обмеженій осудності за останній час. Будучи юристом, автор вийшов за межі суто юридичного дослідження і цілком професійно висвітив психіатричні аспекти обмеженої осудності; виклав цивілізовані підходи до ресоціалізації осіб, визнаних обмежено осудними; надав обґрунтовані рекомендації щодо призначення КСППЕ. Саме через це ми приділили багато уваги цій роботі в даному розділі, вважаючи її достойною частиною нашого судово-психіатричного дослідження.

Приділяючи увагу іншим роботам українських вчених, не можна обійти

увагою видатних судових психіатрів, які працювали над проблемою обмеженої осудності після її запровадження в правове поле України.

Про необхідність залучення психолога експерта у кримінальних провадженнях за злочини, спрямовані проти здоров'я та життя, зазначала О.В. Радзевілова. За результатами її дослідження було запропоновано алгоритм експертної оцінки психологічної складової осудності/обмеженої осудності/неосудності, який передбачає різну позицію психологів при судовій експертизі в залежності від категорії агресивних злочинів. Алгоритм передбачає обов'язкове залучення експертів-психологів судових у провадженні проти життя та здоров'я особи, що у випадках відсутності підстав кваліфікації медичного критерію неосудності/обмеженої осудності у підекспертної, дозволяє провести всебічний комплексний аналіз психологічної складової усвідомлювати свої дії та керувати ними для оцінки глибини емоційних реакцій в момент делікту [152, 153, 156].

Проблемою розробки психодіагностичних критеріїв категорії обмеженої дієздатності та обмеженої осудності займалась судовий психолог експерт Завязкіна Н.В. (2015-2019р.). За висновками її роботи було:

Виявлено значущі психодіагностичні критерії, притаманні обмежено осудним та обмежено дієздатним. Для обмежено осудних, це: освіта (переважно навчання в спеціалізованих інтернатах); проходження повторного курсу навчання в зв'язку з неуспішністю (дублювання класів); неповне розуміння мети призначення експертизи; неповне розуміння сенсу власних дій; патології дитинства та відставання у психічному розвитку; наявність другої (непрацюючої) групи інвалідності; помірні зміни критики; помірні зміни порушень психічної діяльності; неможливість повноцінного відтворення анамнезу (як і у неосудних); помірні прояви соціальної дезадаптації. Для обмежено дієздатних, це: неповне розуміння призначення експертизи; формальне розуміння призначення експертизи (як і у недієздатних); неповне розуміння сенсу власних дій; формальне (як і у недієздатних) розуміння сенсу власних дій; помірні зміни критики;

формальність критики (як і у недієздатних); помірно виражені негативні порушення психічної діяльності; помірно виражені зміни соціальної адаптації; обмежена можливість у здатності до самостійного проживання (як і у недієздатних); некритична поведінка (як і у недієздатних); зловживання наркотичними речовинами.

Найбільш часто визнавали обмежено осудними хворих з розладами органічного походження, різними формами шизофренії та розумовою відсталістю. Схожа картина спостерігалась й при аналізі даних стосовно прийняття експертного рішення щодо обмеженої дієздатності. За кількістю встановлених діагнозів на першому місці виявилися хворі з розладами органічного походження, на другому – з різними формами шизофренії, на третьому – з розумової відсталістю. Доведено збіг деяких нестандартизованих ознак у обмежено осудних та неосудних, а також у обмежено дієздатних та недієздатних, на відміну від стандартизованих, що підкреслює необхідність розширення в майбутньому кола стандартизованих показників саме за рахунок психодіагностичного інструментарію та психодіагностичних досліджень. Виявлено, що інтелектуальний та вольовий компоненти юридичного (психологічного) критерію обмеженої осудності, повинні бути представлені більш структуровано, з використанням статистично доведеного в ході нашого дослідження психодіагностичного підходу та включати в себе ланку взаємопов'язаних ознак для аналізу.

Визначено засади психодіагностики щодо осіб з порушеннями психічної діяльності для визнання їх обмежено осудними, а саме: пасивно-підкорюємий, нерівномірний контакт; частково продуктивна бесіда; обмежене (вузьке) коло інтересів (як і у неосудних); частково відповідна ситуації поведінка; недостатня сформованість АРН; ознаки педагогічної занедбаності; незначні та помірні зміни пам'яті; уповільнений темп сенсомоторних реакцій; порушення обсягу та функцій уваги; уповільнена 34 впрацьованість та виснажуваність; помірне зниження рівня процесів узагальнень; порушення динамічних характеристик мислення (як і у неосудних); порушення

прогностичних здатностей (як і у неосудних); тенденція до навіюваності; помірні зміни емоційно-вольових процесів; помірні зміни мотиваційної діяльності; зміни особистості (як і у неосудних); некритичність самооціночних суджень (як і у неосудних).

Розкрито засади психодіагностики щодо осіб з порушеннями психічної діяльності для визнання їх обмежено дієздатними, а саме: формальний контакт (як і у недієздатних); коливання настрою, слабодухість (як і у недієздатних); недоречна (некритична) поведінка (як і у недієздатних); частково продуктивна бесіда; незначні порушення мовлення; збіднення словникового запасу внаслідок хвороби (як й у недієздатних); незначні та помірні зміни мнестичної діяльності; порушення функцій уваги (як і у недієздатних); недостатність обсягу уваги; нестійкість уваги (як і у недієздатних); уповільнений та згасаючий темп СМР (обидві як і у недієздатних); уповільнена впрацьованість (як і у недієздатних); виснажуваність (як і у недієздатних); незначне та помірне зниження процесів мислення; помірна недостатність рівня узагальнень; порушення динамічних характеристик мислення (як і у недієздатних); порушення прогностичних здатностей (як і у недієздатних); риси навіюваності та підкоряємості (як і у недієздатних); помірні порушення вольових процесів; помірні зміни емоційної сфери; помірні зміни мотиваційних процесів; зміни особистості (як і у недієздатних; некритична самооцінка (як і у недієздатних). – у групі обмежено дієздатних не значущими або на рівні тенденції до значущості виявилися такі критерії: загальна обізнаність та тямущість; розвиток АРН, ознаки педагогічної занедбаності.

Побудовано психологічні моделі «обмеженої осудності» та «обмеженої дієздатності». До першої, на відміну від існуючих, вперше було включено три значимих фактори: «Особливості формування та розвитку» (об'єднує клінікопсихологічні та соціальні характеристики, що вказують на аспекти, пов'язані з особливостями формування та розвитку); «Когнітивний фактор» (об'єднує показники когнітивних функцій, які відбивають у сукупності

загальну «когнітивну картину» під експертного); «Особистісний фактор» (об'єднує характеристики щодо змін особистості, емоційно-вольової сфери та мотиваційної діяльності). До моделі «обмеженої дієздатності», також вперше було включено три значимих фактори: «Особливості формування та розвитку» (об'єднує клініко-психологічні та соціальні характеристики, що вказують на аспекти, пов'язані з особливостями формування та розвитку); «Когнітивно-ендогенний фактор» (показники когнітивних функцій, які відбивають у сукупності загальну когнітивно-ендогенну картину під експертного). На відміну від «Когнітивного фактору», який був побудований у моделі «Обмеженої осудності», до «Когнітивно-ендогенного фактору» додатково увійшли три значущих характеристики: «Порушення критичних здатностей», «Наявність продуктивної психотичної симптоматики» та «Порушення форми та змістовних характеристик мислення»; «Особистісний фактор» (характеристики особистості, змін емоційно-вольової сфери та мотиваційної діяльності) [32-37].

В той же час є ряд судових експертів, які достатньо суперечливо ставляться до правового статусу та ролі експерта психолога при проведенні КСППЕ як і доречності такого виду комплексної експертизи [43, 126].

Так, В.Р. Ілейко, А.В. Каніщев (2003) зазначали, що, вітчизняне законодавство в загальних рисах містить відомості щодо комплексної експертизи, без визначення її видів та методичних принципів проведення (окрім згадування про можливість проведення КСППЕ у постановках Пленуму Верховного Суду та у ст. 433 КПК). Комплексна експертиза розглядається як різновид комісійної експертизи, тобто такої, що проводиться не менш як двома експертами, але на відміну від однорідної комісійної експертизи, у якій беруть участь експерти одного напрямку знань, комплексна експертиза проводиться не менш як двома експертами різних галузей знань або різних напрямків у межах однієї галузі знань. Виходячи з того, що у вітчизняному законодавстві немає будь-яких визначень, роз'яснень, рекомендацій щодо проведення КСППЕ та формування її висновків, можна припустити, що до

неї повинні застосовуватися такі ж вимоги, як і до інших видів комплексної експертизи, включаючи судово-психіатричну експертизу з залученням експертів інших галузей знань. Законодавчі та нормативні документи у якості обов'язкових включають наступні принципові вимоги щодо експертного висновку: а) експерт дає висновок від свого імені і несе за нього особисту відповідальність; б) експерт при проведенні експертизи не може виходити за межі своїх спеціальних знань, своїх повноважень, тобто за межі своєї компетенції. Такі вимоги дещо суперечать можливості формулювання експертами різних галузей знань єдиного висновку і підпису такого висновку у разі «згоди» між ними. Питання, що стосуються науково-методичного регулювання КСППЕ потребують аналізу таких понять, як «спільний розгляд», «інтегративна оцінка», «загальна (єдина) відповідь», «спільна (сукупна) компетенція», які використовуються при обґрунтуванні специфічності, наявності начебто окремого предмету дослідження КСППЕ, з подальшим співставленням результатів такого аналізу з чинними в Україні законодавчими і нормативно-правовими вимогами щодо висновку експерта [44].

Співробітники відділу судово-психіатричної експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології приділили багато уваги висвітленню суперечливих аспектів практичного застосування обмеженої осудності в судово-психіатричній практиці [47, 127].

Насамперед вони зазначали, що обмеження здатності усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними при хворобливих розладах психіки без вказівки ступеня не може ідентифікуватися з обмеженою осудністю. Для визнання особи обмежено осудною недостатньо діагнозу межового (непсихотичного) розладу психічної діяльності. Необхідні докази, що хворобливі прояви зумовили певну поведінку особи і відбилися в його діянні. Звідси випливає, що оцінка здатності особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними при визначенні обмеженої осудності не може розглядатися у відриві від конкретного вчиненого цією особою протиправного діяння.

Експерту необхідно встановити, наскільки істотним був вплив наявних у суб'єкта злочину психічних розладів непсихотичного рівня на формування і реалізацію його злочинної мотивації, і яким чином це відбилося в діянні. Тим самим об'єктивізується актуальність розробки нового розділу судової психіатрії - судово-експертної ситуалогії [130].

Окремим напрямком роботи вищезазначених вчених було дослідження критеріїв обмеженої осудності у неповнолітніх. На думку авторів, сукупність експертних критеріїв щодо обмеженої осудності у неповнолітніх та їх ієрархічне розподілення може бути представлено наступним чином.

#### I. Загальні (нормативно правові) критерії.

1. Наявність в особи психічного розладу непсихотичного рівня (такого, що не сягає рівня важкого психічного розладу у відповідності зі ст. 1 Закону України «Про психіатричну допомогу») на період скоєння СНД.

2. Наявність в особи психічного розладу непсихотичного рівня, у зв'язку з чим особа «під час вчинення злочину... не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними» (ст. 20 КК України).

#### II. Спеціальні (клініко-соціальні) критерії.

1. Клінічні — статичні та динамічні характеристики психічного розладу як на період юридично значущої події (період скоєння злочину), так і на період, що передував цьому; тобто оцінка ступеня вираженості психічного розладу на період скоєння злочину, а також дані (відповідна об'єктивна та суб'єктивна інформація) щодо проявів психічного розладу до скоєння злочину, особливо в період часу, що безпосередньо передував цьому. Важливими є: особливості виникнення та плину психічного розладу, частота декомпенсацій (про що свідчать, у тому числі, звернення до медичних закладів, спеціалістів тощо), наявність ускладнень, коморбідних (поєднаних) розладів — психічних, неврологічних, соматичних. Наявність коморбідних психічних розладів означає наявність додаткових психопатологічних порушень у іншій психічній сфері, окрім основного психічного розладу



(наприклад, наявність у неповнолітнього з органічним психічним розладом або розладом особистості, синдромально окреслених емоційних розладів зумовлених тривалою психогенно-травмуючою ситуацією у період часу, що передував періоду злочину).

2. Соціальні — характеризують рівень мікросоціальної та соціальної адаптації (відношення з близькими, знайомими, однолітками, членами групи тощо, учбові та професійні досягнення, особистісні характеристики (інтереси, цінності, спрямованість тощо).

Наявність станів залежності потребує окремої оцінки. Стани хімічної залежності (сформовані і такі, що формуються), які пов'язані з вживання психоактивних речовин (ПАР) можуть ускладнювати, затінювати (виходячи на перший план), впливати на прояви (тобто виступати патопластичним фактором) основного психічного розладу; провокувати, полегшувати, визначати здійснення злочину. Стани нехімічної залежності — ігрової, комп'ютерної тощо — можуть впливати на психічний стан неповнолітнього, обумовлюючи певні вегетативні, емоційні, поведінкові зміни і також впливати на прояви основного психічного розладу, провокувати та визначати мотивування протиправних дій для задоволення своїх потреб. Зазвичай стани хімічної і нехімічної залежності виявляють доміанти і знаходяться у конкуруючих взаєминах. При цьому слід пам'ятати, що згідно з нормами закону, неповнолітній вік правопорушника є обставиною, що пом'якшує покарання, а вчинення злочину особою, що перебуває у стані алкогольного сп'яніння або у стані, викликаному вживанням наркотичних або інших одурманюючих засобів (п. 13 ч. 1 ст. 67 КК України) є обставиною, яка обтяжує покарання (без урахування віку особи). Тобто сам факт вживання ПАР (в межах стану залежності чи епізодично) і вчинення злочину в стані інтоксикації, що пов'язана з вживанням ПАР, не може бути використаний експертом для обґрунтування обмеженої осудності. Лише вплив залежного стану (сформованого чи такого, що формується) на прояви основного психічного розладу з ускладненням, зміною його перебігу може бути

прийнято до уваги при мотивуванні експертних висновків щодо обмеженої осудності.

### III. Індивідуальні (індивідуально-ситуаційні) критерії.

Це критерії, що висвітлюють взаємодію, взаємовплив психічного розладу та СНД, а саме відбитки психічного розладу (сфер психічної діяльності, що змінені, порушені) на етапах мотивування, планування, підготовки, здійснення, прогнозування, використання результатів, оцінювання наслідків тощо СНД. Період здійснення злочину потребує окремого дослідження та оцінки. При цьому основною задачею є пошук, встановлення, виділення, демонстрація (в акті СПЕ) проявів викривлення, «дефектності», спотвореності, зміненості, що знайшли відображення (у вигляді реальних фактів) у діях (вольовий компонент), емоційних проявах (емоційний компонент) та розумінні, усвідомленні (когнітивний компонент) та адекватній оцінці себе і навколишнього (критика) під час скоєння злочину.

Перша група критеріїв експертної оцінки відповідає медичному критерію обмеженої осудності — наявності психічного розладу, що впливає на здатність особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними, у зв'язку з чим вона «не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними».

Друга група критеріїв експертної оцінки відповідає психологічному критерію обмеженої осудності у частині характеристик самого психічного розладу, особливостей та ступеня впливу цього розладу на здатність особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними під час скоєння злочину та взагалі (на етапах виникнення, розвитку, плину наявного психічного розладу), тобто висвітлення клінічних (динамічних та статичних) характеристик психічного розладу, особливостей особистості, рівня її адаптації тощо.

Третя група критеріїв експертної оцінки відповідає психологічному критерію обмеженої осудності у частині висвітлення та обґрунтування істотності (суттєвості) впливу наявного психічного розладу на здатність

особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними в певний проміжок часу — період скоєння СНД.

Таким чином, наявність першої та другої груп критеріїв є обов'язковою умовою для імовірної можливості експертного висновку щодо обмеженої осудності, тобто предиспонуєчим фактором; а наявність третьої групи критеріїв є обов'язковою умовою реалізації цієї можливості в експертну реальність, тобто є розв'язувальним (вирішальним) фактором [128, 129].

В одній із останніх наукових робіт судово-психіатричної спрямованості Н.Ю. Васильєвої (2015, 2016р.) було встановлено, що структура медичного критерію обмеженої осудності представлена психічними розладами, через наявність яких під час вчинення злочину особа не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та керувати ними: легка розумова відсталість зі значними порушеннями поведінки, які вимагають догляду та лікування; інші органічні розлади особистості та поведінки внаслідок захворювань, травм і дисфункції мозку (органічні психічні розлади з легкою інтелектуальною недостатністю та вираженими емоційно-вольовими порушеннями); неуточнені розлади особистості і поведінки внаслідок захворювання, ушкодження та дисфункції головного мозку (органічні психічні розлади з помірно вираженим психоорганічним синдромом); параноїдна шизофренія, епізодичний перебіг зі стабільним дефектом. В структурі психологічного критерію значно переважали порушення вольового компоненту [13, 14].

На завершальному етапі перебуває наукове дослідження О.А. Козерацької, мета якого полягає в судово-психіатричній оцінці психічних розладів в осіб, які скоїли сексуальні правопорушення. Основним акцентом даної роботи є розробка критеріїв обмеженої осудності, як однієї з підстав застосування хімічної кастрації педофілів, що є вкрай актуальним з урахуванням розповсюдженості таких злочинів в Україні [51-57].

Висновки до розділу 1.

Підсумовуючи даний розділ, слід зазначити, що проблема судово-психіатричної оцінки станів залежності від ПАР в кримінальному провадженні набула актуальності після введення в українське законодавство юридичної категорії обмеженої осудності. Це викликало потребу у зміні експертних підходів до оцінки станів залежності в кримінальному провадженні. Тим більше, що стрімкі темпи поширеності психічних розладів, спричинених вживанням ПАР, відображаються на криміногенній ситуації, на збільшенні осіб, які вчинили злочини і проходять СПЕ, що потребує вжиття дієвих заходів профілактики суспільно небезпечних дій осіб із станами залежності від ПАР.

Історія становлення обмеженої осудності в різних країнах світу охоплює значний період. Однак розуміння змісту цієї категорії і її практичне застосування до цих пір викликає труднощі у юристів, психологів і судових психіатрів. Огляд та аналіз наукових джерел виявив, що завдяки роботам Марчака В.Я, Завязкіної Н.В. юридичні та психологічні аспекти обмеженої осудності розглянуті достатньо повно. Хоча завжди залишаються перспективи подальших наукових досліджень. Однак судово-психіатричні аспекти обмеженої осудності розглядались науковцями тільки з позицій теоретико-методичних підходів, без прив'язки до будь-якої психіатричної нозології. Відсутність судово-психіатричних розробок з цієї проблеми призвело до незастосування обмеженої осудності як експертного рішення на практиці, що значно звужує можливості адекватного призначення медико-правових заходів профілактики повторних СНД осіб з залежністю від ПАР, які вчинили кримінальні правопорушення.

У зв'язку з цим експертна оцінка психічних розладів при станах залежності від алкоголю потребує сучасних доробок відповідно до сучасного законодавства, що визначає актуальність дисертаційної роботи та перспективи наукових досліджень в цьому напрямку.

Результати, викладенні в даному розділі, використовувались в різному обсязі в усіх опублікованих працях автора.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Дизайн дослідження та загальна характеристика досліджуваних груп

В основу наукового дослідження протягом 2012-2018рр. були покладені матеріали вивчення психічного стану 661 підекспертного на предмет наявності станів залежності від ПАР та їх впливу на здатність УЗСД (УСД) та КН. З них 206 тематичних випадків склали СПЕ в цивільному процесі та 455 випадків в кримінальному провадженні.

У цивільному процесі підекспертних з алкогольною залежністю (АЗ) було поділено на дві підгрупи. До першої підгрупи (І ПГ) увійшли особи із синдромом залежності від алкоголю, які уклали цивільні правочини. В даній групі аналізувались як посмертні, так і прижиттєві СПЕ. Другу підгрупу (ІІ ПГ) склали особи з АЗ щодо яких у судовому порядку розглядались питання визначення обсягу їх цивільної дієздатності з обов'язковим призначенням СПЕ.

Вибір тематичних хворих не обмежувався віком, статтю. В дослідження не включались хворі з тяжкими психічним захворюваннями, що супроводжувались зловживанням ПАР.

Правові підстави СПЕ осіб із синдромом залежності від алкоголю визначались діючим цивільним законодавством України, а саме ст. 36-42, ст. 225 ЦК України. Особам, які зловживають спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами приділено особливу увагу в деяких частинах цих статей.

При житті підекспертного може вирішуватися питання обмеження його дієздатності, якщо зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо ставить у скрутне матеріальне становище самого залежного, його сім'ю, а також інших осіб, яких він за законом зобов'язаний утримувати (ч. 2 ст. 36 ЦК України). Для обмеження

дієздатності особи згідно цієї частини 36 статті ЦК України обов'язковою умовою є причинно-наслідковий зв'язок між фактом зловживання ПАР і важким матеріальним становищем його сім'ї, оскільки, основною метою визнання особи обмежено дієздатною є захист інтересів сім'ї, яка матеріально залежить від цієї особи. З моменту набрання рішенням суду законної сили над особою встановлюється піклування.

З іншого боку на СПЕ в рамках цивільного процесу можуть вирішуватися питання психічного стану особи, яка зловживає ПАР, на момент вчинення конкретних юридичних угод (ст. 225 ЦК України). У цих випадках експертному дослідженню підлягає оцінка впливу наявних психічних розладів на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на момент вчинення правочину, тобто зіставлення медичного і юридичного критеріїв дієздатності. Питання дієздатності померлої особи, яка вчинила правочин, при посмертних СПЕ розглядаються виключно в рамках 225 статті ЦК України.

З експертної точки зору наявні психічні порушення можуть: 1) істотним чином впливати на здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (ч. 1 ст. 36 ЦК України - обмеження дієздатності); 2) позбавляти здатності усвідомлювати значення своїх дій та (або ) керувати ними (ч. 1 ст. 39 ЦК України - визнання недієздатним); 3) не впливати на здатність особи, яка зловживає ПАР, усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (збереження повної цивільної дієздатності).

Інструментом дослідження виступала спеціально розроблена судово-психіатрична карта обстеження, яка складалась з декількох блоків. Весь спектр показників, які увійшли до карти обстеження, викладено пунктами, у яких відображені паспортні дані, соціально-демографічні показники, анамнестичні дані у вигляді анамнезу життя, наркологічного анамнезу, соматичної, неврологічної патології, сімейного анамнезу, дані стосовно актуального психічного стану хворого під час обстеження, судово-психіатричні аспекти юридично значимої ситуації у цивільному процесі,

психологічні показники та особистісні риси досліджених, мотивація укладання правочинних актів, для подальшої оцінки впливу на здатність УЗСД та КН.

В рамках кримінального провадження судово-психіатричному обстеженню методом суцільної вибірки підлягали 368 осіб із синдромом залежності від ПАР, які проходили експертизу протягом 2013-2016 років в двох експертних установах м. Києва (Українському науково-дослідному інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІССПН) та Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи (КМЦСПЕ). Обстежений контингент був поділений на дві групи: І групу (АЗ) склали 156 осіб з синдромом залежності від алкоголю, до ІІ групи (НЗ) увійшли 212 осіб із синдромом залежності від наркотичних речовин.

Окрему групу дослідження на предмет наявності станів залежності від ПАР становили 87 УБД, які скоїли кримінальні злочини та відносно яких проводились СПЕ протягом 2014–2017 років. У результаті обстеження з цієї групи було виключено 45 УБД без ознак залежності від ПАР.

Дослідження проводилось за спеціально розробленою картою обстеження, яка складалась з декількох блоків: експертних відомостей, соціально-демографічних даних, преморбідно-особистісних особливостей, клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного обстеження, судово-кримінологічних даних, судово-психіатричного дослідження.

Матеріалом дослідження також виступали матеріали справи, історії хвороби, амбулаторні карти, висновки та результати обстеження інших спеціалістів, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Психопатологічні порушення у хворих діагностувалися відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду розділу «Психічні і поведінкові розлади».



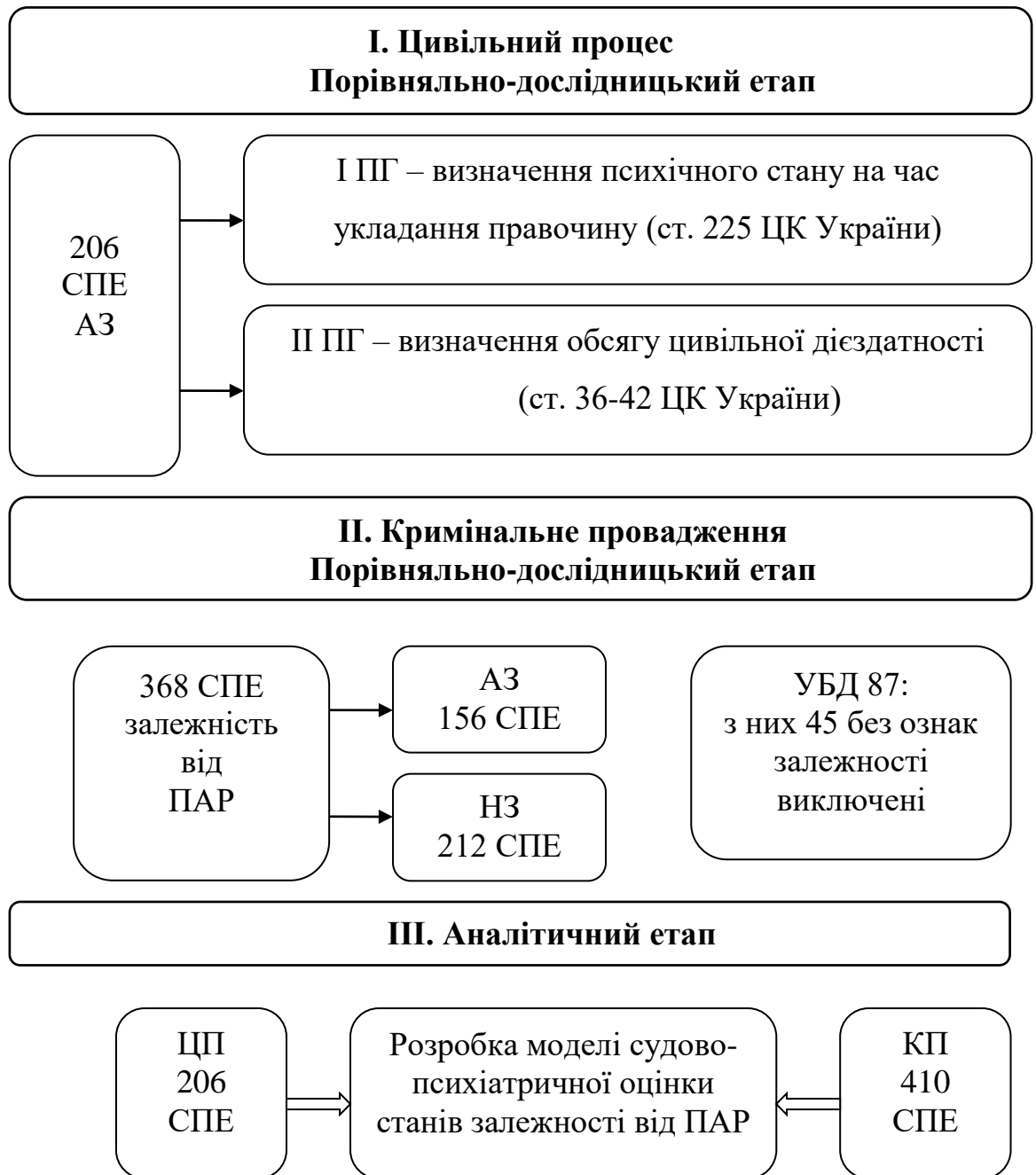


Рис. 2.1 Дизайн дослідження

За гендерним розподілом всі групи були ідентичними: переважну більшість склали чоловіки (табл. 2.1). Гендерний аналіз засвідчив, що чоловіки з синдромом залежності від ПАР у разі частіше ( $\approx 16:1$ ) скоюють кримінальні правопорушення, ніж жінки з такою ж наркологічною патологією. Це свідчить, що не дивлячись на тенденції інтенсивного

зростання показників алко- та наркозалежності серед жінок, з точки зору кримінології, чоловіча стать залишається одним з факторів ризику кримінальної поведінки у даного контингенту осіб.

Таблиця 2.1  
Демографічна характеристика груп дослідження

Показники	Цивільний процес			Кримінальне провадження			
	I ПГ n=120	II ПГ n=86	Σ n=206	A3 n=156	H3 n=212	УБД n=87	Σ n=455
Вік	min=31 max=81	min=29 max=80	min=29 max=81	min=24 max=66	min=16 max=52	min=17 max=51	min=16 max=66
Середній вік	53,1	56,3	54,7	38,6	31,6	29,3	33,2
Чоловіки	102 (85%)	75 (88,4%)	177 (85,9%)	150 (96,2%)	193 (91%)	88 (98,9%)	429 (94,3%)
Жінки	18 (15%)	11 (11,6%)	29 (14,1%)	6 (3,8%)	19 (9%)	1 (1,1%)	26 (5,7%)

За віковим розподілом групи в рамках цивільного і кримінального судочинства різнились. У цивільному процесі переважали особи передпенсійного віку, в кримінальному провадженні - особи найбільш працездатного віку, які становлять соціально-демографічний та економічний потенціал країни.

## 2.2. Методи дослідження

При вирішенні поставлених задач були застосовані: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, метод експертного судово-психіатричного аналізу, статистичний.

Соціально-демографічний метод застосовувався для отримання об'єктивних даних та аналізу сімейної, професійно-трудової, соціальної адаптації. З демографічних показників вивчався віковий та статевий розподіл досліджених підекспертних.

Клініко-анамнестичний метод використовувався для отримання інформації та аналізу даних щодо спадковості, особливостей розвитку, психоневрологічних порушень в дитячому віці, збору даних про соматичний, неврологічний, психічний стан протягом життя, наявності чи відсутності підстав звернення до лікарів-психіатрів, а також наркологічного анамнезу від початку вживання ПАР до часу обстеження. Особливо вивчався кримінальний анамнез та юридично значимий період, щодо якого велось кримінальне провадження.

Клініко-психопатологічний метод застосовувався з метою виявлення психічних порушень, визначення їх тяжкості та глибини, вивчення психопатологічної структури та динаміки у співставленні з існуючими клініко-діагностичними критеріями Міжнародної класифікації психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКХ-10).

Під час психодіагностичного обстеження використовувались стандартні методики дослідження когнітивної, особистісної сфер підекспертних: методика дослідження психологічного анамнезу, комплексна методика дослідження психологічних особливостей уваги та сенсомоторних реакцій (проба Е. Крепелина, таблиці Шульте, коректурна проба Бурдона-Анфімова, проба на переключення, відлічування, розстановка чисел, тощо), комплексна методика дослідження психологічних особливостей пам'яті (тест зорової та слухової пам'яті, короткочасної, оперативної пам'яті, пам'яті на числа, образи, тощо), комплексна методика дослідження рівня та перебігу процесів мислення (класифікація, виключення, виділення суттєвих ознак, утворення простих та складних аналогій, пояснення метафор, прислів'їв, визначення закономірностей, тощо), опитувальник К. Леонгарда-Г. Шмішека. Спеціальні методики у сфері судово-психологічної експертизи: методика судового психологічного аналізу вихідних даних, методика судово-психологічного дослідження у кримінальних справах.

Метод експертного судово-психіатричного аналізу використовувався для експертної оцінки виявлених психічних розладів стосовно здатності

підекспертних УСД та КН у співставленні з особливостями юридично значимого періоду.

Математико-статистична обробка даних в залежності від типу даних та кількості груп порівняння здійснювалась за допомогою методів встановлення взаємозв'язку та вірогідності відмінностей за критеріями: t-критерієм Ст'юдента,  $\phi$ -критерієм Фішера, U-критерієм Mann-Whitney. Відмінності між групами вважались достовірними при  $p < 0,05$ .

Результати, викладенні в даному розділі, використовувались в різному обсязі в усіх опублікованих працях автора.

### РОЗДІЛ 3

## АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ЧИННОГО ЗАКОНОДАВСТВА, СТРУКТУРИ ЕКСПЕРТНИХ РІШЕНЬ ТА ПРАКТИКИ РЕКОМЕНДОВАНИХ ЗАХОДІВ ДЕРЖАВНОГО ПРИМУСУ

За останні роки проблема неухильно зростаючої поширеності психічних розладів внаслідок різних форм залежностей та висока криміногенність таких осіб обумовили необхідність низки законодавчих змін у сфері юриспруденції (права), медицини та експертизи.

Особливої актуальності ця проблема набула після ратифікації договору про асоціацію України з Європейським союзом. Європейські партнери звернули увагу на неефективність заходів профілактики злочинів, які вчиняються особами зі станами залежності. Отримання безвізового режиму між Євросоюзом та Україною поклало зобов'язання на останню вжити дієвих заходів з метою вирішення цієї проблеми. Таким чином Україна отримала додаткові зовнішні ініціативи в розв'язанні давно назріваючої внутрішньої наркоситуації.

Слід зауважити, що міжнародна спільнота надає всіляку допомогу у прагненнях України подолати «епідемію» залежностей. З цією метою в Україні функціонують міжнародні організації та фонди такі як Міжнародний фонд «Відродження», Група Помпиду Ради Європи, Євразійський інститут наркополітики, Міжнародний комітет по контролю за наркотиками ООН, Управління ООН по наркотикам та злочинності, Адміністрація по боротьбі з незаконним обігом наркотиків (DEA) Міністерства юстиції США, Проект ЄС «ДІЯ-ЄС: Заходи ЄС з питань протидії наркотикам та організованій злочинності» та ін.

У 2013 році Розпорядженням Кабінету міністрів України була затверджена Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. Як зазначено у самому документі «Необхідність розроблення

Стратегії зумовлена тим, що поширення наркоманії та наркозлочинності в Україні за останні десять років стало однією з найгостріших суспільних проблем, нерозв'язання якої призводить до заподіяння шкоди здоров'ю людини, негативного впливу на соціальну сферу, а також є загрозою національній безпеці держави. У суспільстві до останнього часу надавали перевагу силовим стереотипам розв'язання проблеми, пов'язаної з вживанням наркотиків, що негативно позначалося на правах хворих людей. Саме цим, зокрема, зумовлена наявність проблем, пов'язаних із забезпеченням доступу пацієнтів до наркотичних лікарських засобів, проявами в суспільстві стигматизації та дискримінації наркоспоживачів, особливо ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також тенденцією підміни протидії наркозлочинності боротьбою із споживачами наркотиків. За таких умов необхідно з нових позицій оцінити рівень загроз, спричинених незаконним обігом наркотиків, визначити адекватні сучасним викликам пріоритети державної політики щодо наркотиків. Сучасний зміст і методологічні засади Стратегії враховують такі цивілізаційні зміни, як глобалізація суспільних процесів, гуманізація багатьох аспектів життя, пріоритет прав і свобод людини. В основу Стратегії покладено антропоцентричний підхід: саме людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю. Новий стратегічний вектор державної політики щодо наркотиків зумовлений потребами її докорінної перебудови як чинника здоров'я, безпеки та майбутнього нації» [179].

Протягом 2018 року робоча група з представників усіх відомств та міністерств, громадських і міжнародних організацій, які виступають суб'єктами наркополітики, провела ряд зустрічей з метою розроблення плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. У результаті декількомісячної роботи був розроблений достатньо конкретний, проєвропейський документ, що

відповідає міжнародним нормам у сфері гуманізації ставлення до осіб залежних від ПАР [147]. Зокрема у плані передбачено:

1) здійснення заходів із запровадження альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом наркотичної залежності, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року (п. 13) [177];

2) здійснення наукових досліджень проблем, пов'язаних з наркотиками, а саме розроблення алгоритму застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) та альтернативного позбавленню волі лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР (п. 16);

3) перегляд невеликих, великих, особливо великих розмірів наркотиків щодо змін їх порогових розмірів, а також доповнення розмірами для нових речовин, що включені до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 р. № 770 (п. 27), що взаємопов'язано з наступними пунктами декриміналізації ст. 309 КК України водночас з посиленням покарання за розповсюдження наркотичних речовин ст. 307 КК України;

4) здійснення перегляду норм законодавства, що передбачають покарання за вчинення деяких діянь, пов'язаних з наркотиками, з метою здійснення гуманізації відповідальності за окремі правопорушення у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (п. 28);

5) опрацювати питання щодо посилення покарання за незаконне розповсюдження наркотичних засобів психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (п. 28).

Внесення цих пунктів до плану Стратегії стало результатом багаторічних досліджень наркоситуації в Україні.

Результати дослідження кримінологічних та морально-етичних аспектів боротьби з незаконним обігом наркотиків в Україні та її наслідків, проведеного Громадською організацією «Євразійський інститут

наркополітики» на замовлення та за фінансової підтримки Міжнародного фонду «Відродження», встановили, що чинна кримінально-правова практика не спрямована на застосування справедливої кари щодо дилерів та організаторів нелегального наркобізнесу. Натомість, хворі на наркотичну залежність, які радше потребують лікування та реабілітації, піддаються невинувато надмірній кримінально-правовій репресії. У структурі наркозлочинності за питомою вагою засуджених за період 2011-2015 рр. 68,6% становила стаття 309 КК України (виробництво, виготовлення, зберігання наркотиків без мети збуту), 17,6% припадало на ст. 307 КК України (виробництво, виготовлення, зберігання наркотиків з метою збуту), 13,8 % інші наркозлочини (ст. 305, 306, 308, 310-320 КК України). Рецидивність наркозлочинності серед засуджених в установах відбування покарань становить 26,6%. Важко не погодитись з думкою авторів дослідження, які вважають, що діяння, передбачені ч. 1 ст. 309 КК України, не несуть в собі значної суспільної небезпеки, оскільки стосуються власне, права людини на самостійне визначення способу свого життя. Тим не менш, результати дослідження демонструють неухильне зростання питомої частки засуджених за ч. 1 ст. 309 серед усіх наркозлочинів, починаючи з 2011 року. У першому півріччі 2017 року цей показник становив 64,4%. В той час як показник притягнення до відповідальності осіб за злочини, пов'язані зі збутом і розповсюдженням наркотиків за ст. 307 КК України, зменшився майже в 2,5 рази і становив у 2016 році 9,95%. З огляду на високі статистичні показники поширеності та захворюваності психічних розладів внаслідок залежності від ПАР, посилення кримінального переслідування за ст. 309, яке було введено у 2010 році, не виправдало своєї мети - зменшення наркозахворюваності. Натомість, призвело до поглиблення дискримінації залежних хворих, створило умови розвитку корупційної складової в діяльності поліції та інших правових структур, сприяло збільшенню кількості ув'язнених за злочини, передбачені ч. 1 ст. 309 КК України. Цьому ж сприяє низький поріг притягнення до кримінальної відповідальності за невеликі



розміри наркотичних речовин, менші за середню разову дозу для наркозалежної людини [22].

Підтвердженням вищенаведеного виступають результати проведеного нами дослідження, згідно яких майже чверть від усіх наркозалежних підекспертних, які пройшли СПЕ, обвинувачувались за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних речовин. З них:

- 40,8% за ч. 1 ст. 309 КК України (незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту);
- 16,3% за ч. 2 ст. 309 КК України (ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб чи особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 307, 308, 310, 317 цього Кодексу, або якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги у великих розмірах);
- 28,6% за ст. 307 КК України (незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів);
- 6,1 % за ст. 307 та 309 КК України;
- 8,2% за ст. 305 КК України (контрабанда наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів).

Спроба декриміналізувати ч. 1 ст. 309 КК України, як і проєкт наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ 188 «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» [146] викликали неоднозначну реакцію в суспільстві. Хоча гуманізація державної політики щодо залежних від ПАР осіб є ключовою складовою вирішення проблеми. Суть такого підходу у наданні переваг заходам медико-профілактичного характеру, повернення хворих у соціум, а не кримінальне переслідування.

Альтернативні покаранню заходи лікування та реабілітації залежних від ПАР осіб були передбачені ще в минулому столітті Конвенціями ООН: «Про наркотичні засоби», 1961р.; «Про психотропні речовини», 1971р.; «Про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин», 1988р. Проте тільки сьогодні Україна спромоглась почати перший етап розгляду внесення змін до законодавства щодо запровадження альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом наркотичної залежності, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року.

Альтернативні покаранню лікувально-реабілітаційні заходи щодо осіб зі станами залежності від ПАР, які вчинили злочини, є розповсюдженою практикою багатьох країн. Вони застосовуються до осудних або обмежено осудних злочинців, (коли суд не вважає за потрібне застосувати ПЗМХ), як добровільний захід з метою впливу на психічні розлади, які виступили детермінантами протиправної поведінки. Добровільність вибору цих заходів переслідує за мету залучити вольовий компонент у вирішення людиною особистісної проблеми залежності. З огляду на це, до обмежено осудних осіб, у яких вольовий компонент виступав юридичним критерієм, що обмежував здатність керувати своїми діями, доцільно застосовувати ПЗМХ, так як вольові функції у таких осіб порушені на рівні психопатології.

Професор Hartmut Berger (Germany), виступаючи на міжнародній науковій конференції «Ukrainian psychiatry in the fast changing world» (25-27.04.2018) з доповіддю «Forensic psychiatry in Germany: organization, functions, competencies» доповідав, що в Німеччині функціонують окремі судово-психіатричні центри для осіб із станами залежності, які скоїли СНД. Ризик повторного скоєння СНД через рік якщо не лікувати таких осіб в судово-психіатричних центрах складає 35-60 %, якщо лікувати – 6,3-12,4%. Запровадження альтернативних покаранню заходів звісно є адекватним ситуації і невідворотним процесом. Однак вибір заходів впливу на

правопорушників розширюється і вимагає більш глибокої аналітико-прогностичної оцінки суспільної небезпеки залежних осіб в кожній кримінальній ситуації. Все це ускладнює й без того неоднозначні питання як для суду, так і для експертів стосовно критеріїв обмеженої осудності та вибору лікувально-реабілітаційних заходів.

Сучасний досвід свідчить, що успішна ресоціалізація судово-психіатричних хворих є запорукою зменшення вірогідності скоєння ними рецидивних СНД. На сьогодні вважати, що основною метою застосування ПЗМХ є ізоляція та лікування хворих являється архаїчними уявленнями про способи усунення суспільної небезпеки психічно хворих.

Маючи досвід роботи в судово-психіатричних відділеннях України та ознайомившись з роботою подібних клінік Німеччини, Литви, Нідерландів, Ізраїлю, можна зазначити, що концептуальні підходи щодо напрямків роботи з судово-психіатричними пацієнтами співпадають. Але вони суттєво різняться в плані практичної реалізації переважно через недосконалість правової та методичної бази, неспіврозмірність фінансування, невідповідність кадрового забезпечення.

Організаційні та правові засади є основою судово-психіатричної діяльності. Тому будь-яке реформування має починатись з розробки організаційних та правових аспектів, які відповідатимуть сучасним законам та міжнародним стандартам.

В усіх судово-психіатричних клініках існує градація режимів спостереження з диференційованим обмеженням прав і свобод пацієнтів з урахуванням їх психічного стану. Режим нагляду призначає суд в залежності від ступеню суспільної небезпеки хворого. Він може бути суворим, посиленим, звичайним та амбулаторним. Скрізь, окрім України, судово-психіатричні клініки є окремими медичними закладами з усіма видами стаціонарних відділень, а подекуди й амбулаторними структурними підрозділами.

Найбільша схожість в законодавчій базі та практичних підходах до роботи з судово-психіатричними пацієнтами існує між Україною та Литвою.

В Литві на 2,8 млн. населення функціонує одна судово-психіатрична лікарня в м. Рокішкісі з усіма режимами стаціонарного спостереження. Клініка була перепрофільована з «законсервованої» соматичної лікарні типової радянської споруди на кошти, виділені Євросоюзом в рамках проекту «Реорганізація судово-психіатричної допомоги в Литві» протягом 2005-2006 р.р. Первісно лікарня була розрахована на 270 ліжок. Однак протягом наступних 2007 – 2014 років роботи кількість пацієнтів збільшилась майже до 400 осіб, що спричинило необхідність розбудови закладу. При цьому кількість правопорушень у Литві не зросла. Литовська республіка стикнулася з проблемою виписки пацієнтів за місцем їх постійного проживання після проходження курсу лікування в м. Рокішкісі. Подекуди дана проблема обумовлена відсутністю житла, подекуди небажання родичів та спільноти приймати таких пацієнтів, подекуди неможливістю забезпечити необхідну реабілітаційну програму в амбулаторних умовах за місцем проживання хворого. З огляду на це виникла потреба побудови амбулаторного центру з соціальними гуртожитками та з можливістю отримання кваліфікованої допомоги судово-психіатричними пацієнтами. Вирішення цього питання перебуває на дискусійному етапі з метою узгодити організаційні, фінансові та суспільні аспекти можливості реалізації даного проекту.

Рокішкіська психіатрична лікарня реорганізовувалась і продовжує розбудовуватись поступово. З моменту планування проекту у 2002 році і до сьогодні в лікарні успішно реалізовано декілька програм по удосконаленню допомоги судово-психіатричним пацієнтам. Більшість програм спрямовані на психореабілітацію та ресоціалізацію хворих. Будь-який проект: чи то побудова нового лікувального корпусу, реабілітаційного центру або центру професійної підготовки, чи то розробка і впровадження програм психологічної та трудової реабілітації, чи то забезпечення технічного

моніторингу безпеки в закладі, спочатку проходять етап ретельного планування, пошуку джерел фінансування, а потім реалізації в чітко обумовлені строки і виділений кошторис. Більшість проектів в Рокішкісі фінансувались Європейськими структурними фондами [206].

В Німеччині судово-психіатричні клініки є майже в кожній федеральній землі (всього земель 16) за потребою територіальних громад. Фінансуються вони з федерального бюджету (бюджету федеративного округу). Кожна федеральна земля має свій закон про застосування виправних заходів щодо злочинців. Єдиного закону немає. Звідси й відмінності Закону про порядок лікування неосудних та обмежено осудних осіб в кожній федеративній одиниці [41, 250].

Судово-психіатричні лікарні в Німеччині різняться від сучасно оснащених і чудово збережених старовинних будівель 18 століття до найновітніших клінік у Рідштадті, що скоріш нагадують п'ятизірковий комплекс, обнесений високим прозорим периметром. З 1970 років дітям психіатрична допомога надається окремо від дорослих. Неповнолітні правопорушники лікуються або в окремому корпусі психіатричної лікарні, або в окремому відділенні багатoproфільної дитячої лікарні.

Європейські судово-психіатричні клініки охоплюють всі види спостереження в одному закладі. Кожен режим спостереження має свої суттєві обмеження щодо «свободи пересування» хворих. Абсолютним протипоказанням до виходу за межі лікувального закладу є суворий та посилений нагляд.

У Литві хворим з відділень із суворим та посиленим наглядом не дозволено відвідувати реабілітаційний центр та заклад професійної підготовки за межами периметру лікарні. Психореабілітацію вони проходять у відповідно оснащених кабінетах в самому відділенні або в приміщеннях інших корпусів, не виходячи за межі лікарні. Найбільш лояльним є режим звичайного спостереження, на якому хворі можуть самостійно виходити у визначених справах за межі закладу. Мета виходу має бути обґрунтованою

(відвідання реабілітаційних центрів, церкви, установ соціальної допомоги, лікарів в соматичній лікарні, тощо). Просто «прогулятися» не вважається підставою виходу з лікарні. Місця для прогулянок на свіжому повітрі є у внутрішніх двориках кожного відділення, куди пацієнти можуть вийти прямо із відділення у будь-який незаборонений для цього час. Також для прогулянок існує й більша територія з місцями відпочинку, куди пацієнти виходять на тривалі прогулянки за розкладом. Вихід за межі лікарні можливий за умови дотримання правил внутрішнього розпорядку, виконання всього обсягу індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми та у час, що їй не заважає. Будь-яке порушення цих умов може призвести до обмеження прав і свобод уже всередині конкретного режиму спостереження, про що пацієнти письмово проінформовані.

У судово-психіатричних клініках Німеччини більш диференційовані режими нагляду. Там виділяють п'ять рівнів нагляду: рівень 0 – суворий нагляд, обмежує пересування хворого в межах палати; рівень 1 – посилений, обмежує пересування хворого в межах відділення; рівень 2 – звичайний, дозволяє вільно переміщатись в межах лікарні, двору, вихід за межі лікарні в супроводі персоналу; рівень 3 – лікарні з вільним виходом; рівень 4 – «нічний стаціонар» для тих, хто не має житла. Спеціалізовані амбулаторні центри існують окремо. У федеральній землі Гессен на 6 млн. населення з 2011 року функціонує та розбудовується надсучасна судово-психіатрична клініка у м. Рідштадті, яка приймає на примусове лікування найнебезпечніших психічно хворих, що були визнані неосудними та обмежено осудними. Окрему увагу приділяють неосудним та обмежено осудним «нарко-алкозалежним». Ступінь нагляду у даній лікарні 0, 1, 2 рівнів. Потреба в судово-психіатричних одиницях землі Гессен складає 550 ліжок для стаціонарного примусового лікування, 500 місць для спеціалізованої амбулаторної допомоги, 230 ліжок для стаціонарного примусового лікування нарко-алкозалежних та 10 стаціжок для підлітків. Лікарня в Рідштадті перекриває потреби в 392 стаціонарних місцях для

психічно хворих (загальної психіатрії? Чи ПЗМХ?). Вона розрахована на одно та двомісне проживання хворих з особистою площею на одного пацієнта 7,7 м<sup>2</sup>. В палатах передбачені душ та туалет. Ліжко, стіл, шафа для кожного пацієнта окремі. Вартість реалізації цього проекту становить 30 млн. євро.

В центрі судової психіатрії в м. Ліппштадт, що розташований в Вестфалії, існують всі рівні режимів стаціонарного нагляду від 0 до 4. Пацієнти, що перебувають на 3 та 4 ступенях нагляду можуть без супроводу покидати межі психіатричного закладу, працювати, самостійно купувати продукти, тощо. Рішення про зміну режиму спостереження в межах лікарні як у бік посилення, так і в бік послаблення приймається внутрішньолікарняною комісією.

В Україні самостійний вихід за межі медичного закладу пацієнта, що перебуває на будь-якому виді стаціонарного режиму спостереження не передбачений.

У Литві, як і в Україні, вид ПЗМХ призначається, змінюється та відміняється тільки за рішенням суду. Строки перебування на примусовому лікуванні обумовлені психічним станом і рівнем суспільної небезпеки пацієнта. Судом вони не встановлюються. Не рідше ніж щопівроку комісія лікарів-психіатрів визначає рівень суспільної небезпеки психічно хворого та подає обґрунтоване клопотання до суду з рекомендаціями щодо перебування хворого на тому чи іншому режимі спостереження. Остаточне рішення за судом. Представлення пацієнта в суді є обов'язковим. Зміна режимів відбувається поетапно від суворого до амбулаторного. Амбулаторний нагляд призначається обов'язково, за винятком лежачих інвалідів I групи. Якщо хворий «не утримується» на режимі спостереження його за рішенням суду повертають на більш суворий режим нагляду. В Україні застосування більш суворого режиму можливе за рішенням суду тільки в разі скоєння хворим нового СНД.

У Литві лікуючий лікар не входить до складу комісії з переогляду термінів перебування на режимі. Це пов'язано з попередженням скарг хворих щодо упередженого ставлення до них лікуючого лікаря та з об'єктивізацією процесу прийняття рішення. До складу комісії входять три лікарі. Зазвичай це завідуючий відділенням, лікар відділення (окрім лікуючого) та представник адміністрації (начмед). Хворий має право оскаржити їх рішення. Скарги хворих далеко не завжди маячні.

Як зазначено вище, в німецьких клініках рішення про зміну режиму спостереження в межах лікарні приймається лікарями самостійно, в залежності від психічного стану пацієнта та дотримання ним визначених правил. Будь-яке порушення попередньо визначених правил внутрішнього розпорядку симетрично відображається на обмеженні прав пацієнтів, як і навпаки. Термін перебування на примусовому лікуванні необмежений. Не рідше одного разу на рік терміни розглядає судова колегія із трьох суддів на підставі звіту, який складається лікарською комісією. Один раз на 5 років хворого обов'язково оглядає незалежний експерт-психіатр. Виписка з психіатричної лікарні Рідштадта відбувається поетапно. Прохання про пом'якшення режиму подає сам пацієнт. Комісія до якої входить лікар-психіатр (керівник відділення), середній медичний персонал (медична сестра, яка курирує хворого) та психолог попередньо розглядають прохання хворого. В подальшому подають його на розгляд головному лікарю. Остаточне рішення приймає консилиум лікарні, затверджує їх рішення директор. Далі застосовується так звана «пробна» виписка на 6 місяців з проживанням у спеціальному гуртожитку або інтернаті. При цьому формально особа є пацієнтом клініки, але живе на пробній виписці. При гарних показниках соціальної інтеграції відбувається остаточна виписка через суд. В подальшому до особи застосовується достатньо суворий режим спостереження не менше 5 років з обов'язковим наданням амбулаторної психіатричної допомоги.



В центрі судової психіатрії в Ліпшадті наявні всі режими стаціонарного нагляду від суворого до нічного стаціонару. Зміна режимів відбувається поетапно. Обов'язковим критерієм припинення стаціонарного лікування є утримання на режимі вільного виходу у «відкритій лікарні». Нічний стаціонар розрахований для пацієнтів, які не мають власного житла. Після стаціонарного примусового лікування до всіх пацієнтів обов'язково застосовується примусова амбулаторна допомога за місцем проживання.

В усіх психіатричних лікарнях, як і в Україні, застосовується фіксація та ізоляція пацієнта в наглядову палату. Підстави та правила застосування фізичного обмеження в Україні визначені наказом МОЗ від 24.03.2016р. №240 «Про затвердження Правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації» [93]. В Литві листок фіксації заповнює медсестра, вона ж описує стан хворого кожні 15-20 хвилин. Лікар оглядає хворого не рідше разу за 2 години. Тривалість фіксації визначається за потребою з огляду на психічний стан пацієнта. У наглядову палату хворі ізолюються за показаннями (через декомпенсацію психічного стану, потребу в нагляді за соматичним станом або через порушення правил внутрішнього розпорядку). Обов'язково ведеться листок активного нагляду, в якому зазначаються підстави застосування цього виду обмеження, його початок та закінчення, з вказівкою кодів обмеження, наприклад, обмеження спілкування з іншими хворими, заборона на побачення, заборона на відвідування спортзалу, на перегляд телебачення, прослуховування музики тощо. Стан пацієнта описується в листку активного нагляду кожен день. Наглядові палати обов'язково є у відділеннях із суворим наглядом, подекуди у посилених, і відсутні у відділеннях із звичайним наглядом. Більшу частину часу наглядові палати європейських клінік перебувають порожніми. Розташовані вони біля сестринського посту з можливістю спостереження за хворим без заходу в палату. В німецьких клініках можуть бути окремі палати релаксації з м'якими стінами, зручним ліжком-матрацом або ліжком-пупфом, з

можливістю прослуховування спокійної музики, з приглушеною підсвіткою релаксуючих кольорів, наприклад, у вигляді зіркового неба. До такої палати хворий може бути поміщений за ініціативою медичного персоналу через напружений психічний стан або на власне прохання пацієнта для розслаблення та усамітнення протягом декількох годин.

В європейських судово-психіатричних клініках пацієнти вільно користуються всіма столовими приборами, в тому числі, ножами та вилками, електричними приладами, плитами для приготування або розігріву їжі, приладдям для шиття (ножицями, голками), особистими речами, пристроями для прослуховування музики, перегляду телебачення, комп'ютерною технікою та мобільними телефонами (вихід в Інтернет, як і час користування мобільним телефоном, зазвичай, обмежені). Користування мобільним телефоном та Інтернетом інколи спричиняє непередбачувані ексцеси, які розв'язуються індивідуально. Такі випадки неминучі, але вони не є підставами обмеження прав усіх хворих користуватися засобами комунікації. Пацієнти також мають невід'ємне право на вільне віросповідання, навчання та отримання доходів від своєї праці. В трудових майстернях клініки Ліппштадта хворі виробляють автомобільні ліхтарі для однієї з провідних автомобільних компаній Німеччини, за що отримують зарплату на власну банківську картку. Заробленими коштами пацієнти можуть розпоряджатися вільно.

Лікувальна та психореабілітаційна програма розпочинається одразу з перших днів поступлення хворого до лікарні не залежно від призначеного режиму спостереження. В Німеччині хворий має право відмовитись від психофармакотерапії. Натомість до нього можуть бути застосовані певні обмеження прав і свобод аж до застосування пожиттєвого перебування в судово-психіатричному закладі. Деякі хворі цілком свідомо приймають ці умови.

Основною метою застосування ПЗМХ є запобігання скоєнню повторних СНД, що досягається шляхом психореабілітації. Свого часу М.М.

Кабанов (1985) найбільш повно визначив поняття психореабілітації як динамічної системи взаємопов'язаних компонентів (медичних, психологічних, соціальних), спрямованих на відновлення або збереження особистісного та соціального статусу пацієнта, яка вміщує в себе певну ступінчастість та послідовність у застосуванні різних форм психосоціальних впливів, у тому числі терапію зайнятістю, розвагами (культ-терапія), психота і трудотерапію [45].

Роль біологічної терапії є важливою ланкою в цьому процесі, але не єдиною і не завжди вирішальною в досягненні основної мети. Як власне і роль лікаря-психіатра. В провідних європейських клініках для біологічної терапії використовують не тільки атипіві нейролептикі. Найчастіше там застосовують галоперидол, зуклопентіксол, депоновані препарати, рідше рисперидон, оланзапін тощо. На вибір препаратів впливає добова сума коштів, що виділяються бюджетом на утримання одного судово-психіатричного пацієнта.

Безперечно психореабілітація важлива для всіх категорій судово-психіатричних пацієнтів. Але для осіб із залежністю від ПАР, учасників бойових дій з психічними розладами та неповнолітніх, які скоїли правопорушення від успіху соціальної інтеграції майже напряду залежить рецидивність скоєння ними СНД.

В Україні, Литві та Німеччині законодавством визначені однакові види ПЗМХ, які поділяються на стаціонарні (суворий, посилений, звичайний) та амбулаторний. В Німеччині в межах кожного виду ПЗМХ виділяють п'ять рівнів нагляду.

Вид ПЗМХ призначає суд з урахуванням рекомендацій судово-психіатричних експертів. Вибір виду ПЗМХ обумовлений ступенем суспільної небезпеки хворого з огляду на його актуальний психічний стан та тяжкість скоєного СНД. В Україні функціонує одна психіатрична лікарня з суворим наглядом в м. Дніпрі. В 12 регіонах при психіатричних лікарнях є спеціалізовані відділення з посиленим наглядом. ПЗМХ із звичайним

наглядом пацієнти проходять або в окремих спеціалізованих відділеннях, або в загально психіатричних відділеннях психіатричних лікарень, де лікуються разом з іншими пацієнтами, що не скоювали СНД.

Лікувальна та психореабілітаційна програма розпочинається одразу з перших днів поступлення хворого до судово-психіатричної лікарні не залежно від призначеного режиму спостереження.

Реабілітація починається з суворого режиму, якщо дозволяє психічний стан і триває безперервно до моменту виписки пацієнта. Принципи психореабілітації в усіх країнах подібні. Але в Україні страждає їх практична реалізація, обмежений обсяг заходів, не вистачає кваліфікованих кадрів, матеріально-технічної бази, організаційно-правових підстав. Проблема нестачі підготовлених фахівців (соціальних працівників, трудотерапевтів, психологів, психотерапевтів, ерготерапевтів) не тільки в судово-психіатричних клініках, а й у загальних психіатричних лікарнях існує з радянських часів і дотепер [72].

Прикладом успішного реформування судової психіатрії на пострадянському просторі можна вважати судово-психіатричну клініку в м. Рокішкісі (Литва). Правила роботи з судово-психіатричними пацієнтами були розроблені індивідуально саме для цієї лікарні.

Рокішкіська судово-психіатрична лікарня єдиний заклад у Литві, куди поступають всі судово-психіатричні пацієнти, визнані неосудними. Лікарня має всі види стаціонарних ПЗМХ від суворого до звичайного. Психореабілітаційна програма гармонійно поєднує провідні європейські підходи з національним досвідом.

Індивідуальна реабілітаційна програма для кожного хворого розробляється протягом місяця з моменту поступлення пацієнта до закладу. За цей час персонал спостерігає за хворим, проводить первинні консультації, індивідуально визначає резерви, мотивацію, мету реабілітації, шляхи досягнення запланованого результату, знайомиться з побажаннями самого пацієнта.

З кожним хворим працює команда реабілітації, яка складається з лікуючого лікаря, медичної сестри – координатора, соціального працівника (працівників), психолога, трудотерапевта. Хворий приймає активну участь в розробці для себе реабілітаційної програми. Сам пише прохання про реабілітацію і згоду на кожний її вид (на заняття спортом у спортзалі, психотерапію, фільмотерапію, всі види трудотерапії, якими він бажає займатись, тощо).

Основним координатором є лікар-психіатр. Він визначає показання та протипоказання до кожного виду реабілітації з урахуванням психічного стану пацієнта, його можливостей, вподобань, а також аналізуючи інформацію, отриману від інших членів реабілітаційної команди. Застосування біологічної терапії (психофармакотерапії) є прерогативою виключно лікаря-психіатра. Спостереження за впливом терапії на поведінку пацієнта, його загальний стан, продуктивність реабілітаційної діяльності, наявність ознак побічної дії чи ускладнень медикаментозної терапії ведуть всі члени реабілітаційної команди і, за необхідністю, сповіщають про це лікуючого лікаря.

За кожним пацієнтом «закріплена» курируюча медична сестра – координатора, яка щоденно спілкується з хворим, спостерігає за його станом, допомагає у вирішенні нагальних потреб. Одна сестра – координатора веде близько 15 хворих. Постові та маніпуляційні сестри мають інші функціональні обов'язки.

Всіма соціальними питаннями пацієнтів займаються соціальні працівники. Вони вирішують питання захисту майна, житла, з'ясовують його стан, налагоджують зв'язки з родичами, за потребою поновлюють документи, займаються фінансовими справами та кредитами хворих, допомагають у веденні судових справ, оформленні пенсії, тощо. Якщо пацієнту не вистачає трудового стажу, то він не отримує пенсію під час ПЗМХ. Після виписки така особа може претендувати на соціальну допомогу у розмірі 1/3 від прожиткового мінімуму. Перед випискою соціальні

працівники лікарні сповіщають регіональний відділ соціальної допомоги про соціальний статус пацієнта та надають рекомендації щодо його подальшого ведення. Соціальні працівники лікарні не займаються працевлаштуванням хворих після виписки.

В Європі посади соціальних працівників можуть обіймати тільки фахівці, які отримали спеціальну вищу освіту. В Україні соціальними питаннями судово-психіатричних пацієнтів займаються лікуючі лікарі-психіатри або інші особи без спеціальної освіти.

В судово-психіатричній клініці в м. Рокішкісі ведеться окрема соціальна історія, яка складається з 10 блоків та додатків. Протягом першого місяця перебування хворого у лікарні заповнюються перші 6 блоків: I – загальні паспортні дані про хворого (ПІБ, стать, наявні документи, місце фактичного проживання та реєстрації, освіта, національність, мова, наявність чи відсутність опікуна); II – діагнози (основний, соматичний, ступінь самообслуговування); III – соціально-трудова анамнез (трудова анамнез, наявні фінанси, їх стан, сімейний статус, соціальні та сімейні зв'язки); IV – відомості про сім'ю (сімейний анамнез починаючи з батьків, мотивація підтримання сімейних зв'язків, рекомендації по відновленню стосунків з родиною); V – перебування під опікою соціальних фондів, отримання соціальної допомоги; VI – попередні соціальні рекомендації (якої саме соціальної допомоги потребує пацієнт на думку соціальних працівників і самого хворого; чи потрібні додаткові дані про соціальний статус хворого з місця його проживання; рекомендації соціальних послуг). Вищенаведену інформацію засвідчують підписи самого пацієнта, соціального працівника та завідувача відділення соціальної реабілітації. Через місяць складається план соціальної реабілітації (VII блок) з огляду на стан адаптації пацієнта у лікарні та його сімейних зв'язків. Окремо зазначається чого хоче сам пацієнт та що рекомендує соціальний працівник. План соціальної реабілітації знову затверджується підписами пацієнта, соціального працівника та завідувача відділення соціальної реабілітації. В подальшому детально відображається

динаміка соціальних проблем при кожній зустрічі (VIII блок), при зміні режиму нагляду (IX блок) та рекомендації (X блок). Кожне рішення завіряється підписами вищезазначених осіб.

Трудотерапія охоплює терапію зайнятістю (щоденна зайнятість) та професійну реабілітацію. Принцип психосоціальної роботи передбачає, що пацієнт має бути зайнятий щоденно (структурування часу), але мати й вільний час. У кожному відділенні є кабінети трудотерапії, де пацієнти можуть займатись малюванням, виготовленням виробів з кераміки, шкіри, плетінням лози, валянням вовни, шиттям, приготуванням їжі, тощо. Окремо є приміщення трудової реабілітації в межах лікарні. За межами лікарні функціонує центр соціальної реабілітації з комп'ютерним залом, майстернею для роботи з керамікою, валяння вовни, плетіння виробів із лози, кухнею для приготовування їжі. Та центр професійної підготовки, де за спеціальними програмами пацієнти отримують професію помічника будівельника, флориста, фахівця з роботи зі шкірою та побутового працівника. Відвідувати центри за межами лікарні мають змогу пацієнти, які перебувають на загальному режимі спостереження. Всі інші займаються у відділеннях або приміщеннях трудової реабілітації в межах лікарні.

На кожного пацієнта ведеться анкета захоплень та навиків, у якій динамічно відображаються: I побутові навички такі як догляд за особистими речами (прання, прасування, чистка, лагодження одягу, тощо); приготування їжі; прибирання (миття посуду, вікон, підлоги, прибирання пилу, тощо); II продуктивні трудові навички такі як проведення вільного часу (настільні ігри, музика, читання, малювання, тощо); ручна робота (робота з вовною, шкірою, в'язання, шиття голкою або машинкою, плетіння з лози, кераміка, тощо); III флористика (догляд за рослинами у відділенні та на вулиці, за газоном, сезонне прибирання та облагороджування території); IV робота на комп'ютері, спорт або інші вагомні захоплення пацієнта. Анкету підписує сам пацієнт та трудотерапевт.

У кабінеті трудотерапії ведеться бланк зайнятості, який додаткововідображає регулярність відвідувань, рід занять пацієнта, його індивідуальні співбесіди з трудотерапевтом, ступінь самостійності у виконання роботи, мотивацію, концентрацію уваги на діяльності, поведінку, комунікацію з оточуючими, продуктивне використання часу. У центрах соціальної та професійної реабілітації за межами лікарні ведеться окрема соціально реабілітаційна історія пацієнта. У разі потреби суд може запросити будь-який документ з лікарні, у тому числі й соціальні історії з додатками.

Пацієнти мають можливість щоденних занять спортом на тренажерах у відділеннях, на вулиці (у внутрішніх двориках відділень та на території для прогулянок наявні стаціонарні тренажери), а також у сучасно оснащеному спортивному залі. На кожного хворого заповнюються листки занять спортом у відділенні, на вулиці та в залі, до яких заноситься інформація про мотивацію, поведінку, настрій, активність в спортивному залі, зазначається на яких тренажерах працював пацієнт, скільки підходів він робив, скільки кг піднімав, тощо. Відвідувати спортивний зал мають змогу всі хворі, навіть з відділення із суворим наглядом за умови дотримання правил, які пацієнт підписує самостійно. Особи з суворого та посиленого режимів приходять в супроводі персоналу відділень з листком соціальної реабілітації. Заняття в спортивному залі проводить кінезітерапевт – спортивний лікар з вищою медичною освітою.

В Україні ставлення до занять спортом у судово-психіатричних відділеннях неоднозначне. Деякі лікарі-психіатри вважають це небезпечним. Хоча провідний досвід свідчить про безпідставність таких засторог. Оскільки спорт здавна вважається прийнятним методом агресивної розрядки. Право на заняття спортом повинні мати всі пацієнти, так як це один з методів зменшення агресії, покращення здоров'я та базове право людини на задоволення своїх потреб.

Невід'ємною частиною психореабілітації є психологічна робота з особистістю. З судово-психіатричними пацієнтами займаються психологи



безпосередньо у відділеннях, а також психологи та психотерапевти центру психологічної реабілітації. Розрахункове навантаження на психолога – 25 хворих. Психодіагностику проводять у разі потреби диференційної діагностики, при оформленні групи інвалідності та соціальної допомоги. Після первинного психологічного та психотерапевтичного консультування складається план психологічної реабілітації. Застосовується екзистенціальна, когнітивна, поведінкова, аналітична психотерапія. Проводяться індивідуальні, групові заняття та сімейна психотерапія (за можливістю 2 години на тиждень, якщо вдається залучити сім'ю). Функціонують сучасно оснащені кабінети арттерапії, аромотерапії, терапії музикою, світлотерапії, фільмотерапії. У кабінеті світлотерапії наявне велике дзеркало для роботи з емоціями. Сидячи у кріслі напроти дзеркала пацієнти мають можливість попрацювати з фахівцем щодо модуляції своїх емоційних проявів для кращої комунікації з оточуючими. Для фільмотерапії обладнаний сучасний кінозал з можливістю 3D технологій, ергономічними шкіряними кріслами, які розкладаються у зручне положення. Після перегляду фільму пацієнти обговорюють з психологом побачене, свої почуття, емоції, які викликав сюжет, проєктують свою поведінку на героїв фільму, тощо.

За результатами роботи реабілітаційної команди перед кожним переосвідченням щодо зміни режиму нагляду заповнюється висновок, у якому зазначають ПІБ пацієнта, номер історії хвороби, діагноз, дату комісії, скарги та їх динаміку, запис про психічний стан лікаря психіатра та курируючої медичної сестри, стан соціальних проблем та шляхи їх вирішення, зайнятість у відділенні, психологічні проблеми, їх вирішення. Лікар-психіатр, психолог, соціальний працівник, трудотерапевт, медична сестра – координатор коротко відображають динаміку змін, завіряючи висновок своїми підписами.

В Рокішкіській лікарні ведеться також педагогічна робота. З неповнолітніми, які не отримали повну середню освіту, в спеціальному

навчальному класі займаються викладачі з місцевої школи. По закінченню шкільної програми вони отримують атестат про середню освіту.

В приміщенні лікарні функціонує церква, де абсолютно всі пацієнти можуть вільно реалізувати своє релігійне право, без необхідності виходити за межі закладу.

В Німеччині реабілітаційна програма концептуально не відрізняється від вищеописаної. При надходженні хворого до судово-психіатричної клініки збирається його індивідуальний анамнез, оцінюється актуальний психічний стан, досліджуються криміногенні чинники, особистісні характеристики, результати психологічних тестувань, за результатами яких приймається прогностичне рішення щодо вибору режиму нагляду та терапевтичної тактики. Психореабілітаційна програма включає в себе біологічну терапію, психореабілітаційну роботу та психотерапію, педагогічну роботу з можливістю отримати вищу освіту та ерготерапію (терапія занятістю, спорт, професійні заняття). Доступ до занять спортом вільний. Терапія зайнятістю передбачає догляд за тваринами, вирощування рослин, городництво, самостійну купівлю продуктів та приготування їжі, влаштування свят, пікніків. Пацієнти мають змогу грати на музичних інструментах, організовувати концерти, театральні вистави, на які запрошують всіх бажаючих (співробітників, друзів, родичів, місцевих жителів, представників влади). В центрі судової психіатрії в м. Ліппштадті (Німеччина) на території закладу функціонує теслярна майстерня, виробництво автомобільних ліхтарів, кафе, де працюють пацієнти лікарні. За свою працю вони отримують заробітну плату, якою можуть вільно розпоряджатись. Пацієнти, які мають право вільного виходу можуть працювати за межами лікарні. Всі ці права обґрунтовані організаційно-правовими засадами роботи з судово-психіатричними пацієнтами.

Слід зазначити, що в Україні, навіть за відсутності сучасної організаційної, методичної, правової бази, в умовах недостатності фінансування, психореабілітаційна програма у судово-психіатричних

відділеннях охоплює основні напрямки, але має ряд суттєвих проблем. Так медикаментозна терапія проводиться згідно сучасних протоколів. Однак не вистачає психологів і психотерапевтів для психореабілітаційної роботи з особистістю. Велике навантаження на них виключає можливість повноцінної роботи з кожним пацієнтом. Психотерапевти у судово-психіатричних відділеннях взагалі рідкість, через що психотерапією, в силу можливостей, займаються лікарі-психіатри або психологи. Підготовлених соціальних працівників немає. Соціальними питаннями теж змушені займатись лікуючі лікарі. Педагогічна робота не проводиться. Терапія зайнятістю значно обмежена матеріально-технічними і кадровими можливостями. Посади ерготерапевтів, кінезітерапевтів, спортивних інструкторів, трудотерапевтів відсутні. Ці обов'язки за власною ініціативою виконують інші співробітники відділення.

Успішна ресоціалізація судово-психіатричних пацієнтів залежить від обсягу і якості психореабілітації, яку вони пройшли. Психореабілітація осіб, які скоїли СНД має свої особливості. Тому проводиться вона повинна в спеціалізованих судово-психіатричних клініках, фахівцями, які пройшли відповідну професійну підготовку.

У лікарні в Рокішкісі на 95 пацієнтів одного з відділень із звичайним наглядом припадає 4 лікарів-психіатра та завідувач відділенням. Окрім того в кожному відділенні є психологи, соціальні працівники. Навантаження на одну медичну сестру не перевищує 15 хворих.

На 56 пацієнтів одного з відділень лікарні в Рідштадті припадає 3,5 ставки лікарів-психіатрів, 3 ставки психологів, 0,75 соціальних працівників, 0,5 – юрист, 3 терапевта, 1,5 ставки секретаря, 60 ставок середнього медичного персоналу, 14 працівників служби охорони та безпеки, 7 ставок прибиральників.

Судово-психіатричні клініки Ізраїлю достатньо закриті установи. Організаційні та правові аспекти надання там судово-психіатричної допомоги набагато прогресивніші ніж в Україні. У Нідерландах роль лікаря-

психіатра максимально мінімізована до рівня консультанта. Майже вся увага приділяється психореабілітації.

Вартість «ліжко дня» судово-психіатричного пацієнта у Литві складає орієнтовно 40 євро, у Німеччині близько 400 євро, у Нідерландах понад 700 євро, в Україні ця сума різна в кожному регіоні і в середньому становить 5 євро.

В усіх європейських судово-психіатричних клініках привертає увагу неймовірний затишок і чистота. Система безпеки представлена таким чином, щоб вести відео спостереження з мінімальною безпосередньою присутністю охоронців серед хворих. Двері відчиняються за системою шлюзів. Металеві решітки припустимі тільки на вікнах, що ведуть на вулицю. Скло використовується виключно броньоване. Працівники мають індивідуальні пристрої (телефон, рації) для екстреного зв'язку з охороною у разі потреби.

Аналіз роботи судово-психіатричних клінік Німеччини, Литви та України показав, що принципи психореабілітації в усіх країнах подібні. Але в Україні страждає їх практична реалізація, обмежений обсяг заходів, не вистачає кваліфікованих кадрів, матеріально-технічної бази, організаційно-правових підстав. Психотерапевтична робота у наших судово-психіатричних відділеннях тримається здебільшого на ініціативі, знаннях і якісному виконанні своїх професійних обов'язків окремими фахівцями. Це вкотре свідчить про необхідність нагального реформування судової психіатрії в Україні.

Досвід європейських країн свідчить, що вибір заходу покарання злочинців із станами залежності обумовлений основною метою - запобігання вчинення повторних правопорушень. Тому стан залежності розцінюється, насамперед, як психічний розлад, що спричинив правопорушення. Залежні особи розглядаються, в першу чергу, як пацієнти, які потребують допомоги, а не як злочинці з обтяжливими обставинами залежності. Не залежно від тяжкості вчиненого злочину та виду покарання, такі особи мають можливість пройти повноцінний курс лікування і психосоціальної реабілітації в

спеціалізованих медичних центрах або відділеннях судово-психіатричних клінік з кваліфікованими фахівцями.

Так в Німеччині особи зі станами залежності, засуджені за нетяжкі правопорушення, замість відбування покарання в місцях позбавлення волі мають можливість пройти дворічний курс лікування і психосоціальної реабілітації в спеціалізованому наркологічному центрі за місцем проживання. Реалізується це право за рішенням суду і обов'язковою згодою пацієнта. Термін лікування зараховується в строк покарання і при дотриманні режиму і правил за рішенням суду може бути зменшений, якщо перевищував дворічний курс реабілітації. При невиконанні приписаних правил і умов перебування в реабілітаційному центрі, суд може постановити повернути людину в місце позбавлення волі з переглядом умов відбування покарання. Така гнучка демократична система, з одного боку, дає можливість вибору вирішення своїх наркологічних проблем, а з іншого, покладає на осіб обов'язок і відповідальність за власне рішення і його реалізацію.

У Європі велика частка осіб зі станами залежності, які вчинили правопорушення, визнаються обмежено осудними або неосудними і проходять лікування з психосоціальною реабілітацією в спеціалізованих відділеннях судово-психіатричних клінік. Україна тільки становиться на європейський шлях гуманізації державної політики щодо осіб зі станами залежності. Зміна судово-психіатричних підходів до експертної оцінки станів залежності має стати одним з перших кроків на цьому шляху.

Рецидивність правопорушень людьми з психічними розладами в Нідерландах становить менше 3%. Це найменший показник в Європі. В Німеччині особи, що пройшли примусове лікування, за свідченнями самих судових психіатрів, дуже рідко скоюють повторні СНД. В Україні цей показник при деяких психіатричних нозологіях може сягати до 80%. За даними проведеного нами дослідження рецидивність кримінальних правопорушень серед алкозалежних осіб становила 62,8% та 76,4% серед наркозалежних (це найвищі показники серед усіх категорій психічно хворих).

Неповнолітнім правопорушникам, неосудним та обмежено осудним особам із залежними станами в європейських країнах приділяється особлива увага. Для них окремо виділяються стаціонарні місця в судово-психіатричних клініках, розробляються спеціальні програми лікування та реабілітації, з обов'язковим амбулаторним наглядом у спеціалізованих центрах за місцем проживання. Особи із залежними станами складають близько 10% від всього контингенту судово-психіатричних клінік Німеччини. Переважно вони скоюють крадіжки. Після курсу реабілітації рецидивність СНД низька. В Україні ця категорія психічно хворих ніяк не виділяється. Статистика скоєння ними повторних правопорушень офіційно не ведеться.

Повертаючись до суперечливих питань обмеженої осудності... Прикладом «неоднозначної» трактовки змісту обмеженої осудності і її правових наслідків для осіб із станами залежності від ПАР є коментар до ст. 20 КК України про обмежену осудність на одному з юридичних сайтів Інтернету. Там наряду із законодавчим визначенням обмеженої осудності в коментарях наводиться наступне: «такі суспільно небезпечні захворювання, як хронічний алкоголізм, наркоманія і токсикоманія, також здатні викликати стан обмеженої осудності, але в цьому разі суд не може визнати особу обмежено осудною. Цей висновок випливає із положень ст. 96, яка передбачає можливість застосування, незалежно від призначеного покарання, примусового лікування до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. Відповідно до закону хронічний алкоголік чи наркоман за певних умов можуть бути визнані судом неосудними (якщо, наприклад, наркологічне хворий у стані абстиненції не здатний керувати своїм суспільно небезпечним діянням), але при цьому за будь-яких умов відсутні правові підстави для визнання таких осіб обмежено осудними» [204].

Неправомірність таких коментарів обумовлена самим змістом ст. 96 КК України у якій зазначено наступне:

1. Примусове лікування може бути застосоване судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб.

2. У разі призначення покарання у виді позбавлення волі або обмеження волі примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. У разі призначення інших видів покарань примусове лікування здійснюється у спеціальних лікувальних закладах [61].

Ключовою підставою застосування примусового лікування згідно ст. 96 КК України стосовно осіб, які вчинили злочин є хвороба, що становить небезпеку для здоров'я інших людей. Не хворий з його особистісним просоціальними або антисоціальними настановами, мікро та макросоціальним оточенням, стереотипами дій та поведінки, певним поєднанням хворобливих синдромів, що становлять суспільну небезпеку, а хвороба, яка не залежно від вищенаведеного становить загрозу для здоров'я інших людей. Наприклад, активна форма туберкульозу, лепра, деякі інфекційні, венеричні захворювання, тощо. Психічні хвороби, самі по собі, не становлять загрози для здоров'я інших людей. Суспільну небезпеку може становити тільки психічно хворий з поєднанням певних клінічних, особистісних і соціальних факторів ризику агресії, про що відомо здавна. Ще В.П. Сербський зазначав, що душевний розлад має значення для судді не як хвороба, а як явище, що позбавляє людину свободи вибору того чи іншого способу дії [198].

Обмежити здатність усвідомлювати свої дії та можливість керувати ними може будь-який психічний розлад, що зазначений в МКХ-10, досягнувши певної глибини. Тому незрозумілою є логіка авторів даного коментарю стосовно виключення цілої рубрики F10-F19 МКХ-10, присвяченої психічним і поведінковим розладам, спричиненим вживанням ПАР.

Роз'яснення з цього питання міститься в Постанові Пленуму Верховного Суду України від 3 червня 2005р. №7 «Про практику

застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування». У пункті 24 даної Постанови чітко визначено, що «примусовому лікуванню на підставі ст. 96 КК підлягають незалежно від виду призначеного покарання лише особи, які вчинили злочини та страждають на хвороби, що становлять небезпеку для здоров'я інших осіб (алкоголізм та наркоманія до цих хвороб не належать, оскільки вони є соціально небезпечними захворюваннями). Підставою для застосування примусового лікування, передбаченого ст. 96 КК є сукупність юридичного і медичного критеріїв - встановлення у діянні винного складу злочину та наявності у нього хвороби, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб, а умовами - висновок судово-медичної експертизи про наявність у суб'єкта злочину такої хвороби, його потребу в лікуванні та засудження такої особи до покарання будь-якого виду» [141].

В той же час ст. 53 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», яка присвячена спеціальним заходам профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань в один ряд ставить «туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепру, хронічний алкоголізм, наркоманію, а також карантинні захворювання» як соціально небезпечні. Порядок здійснення госпіталізації та лікування таких хворих, у тому числі і у примусовому порядку, встановлюється законодавчими актами України» [38].

Подібні коментарі ґрунтуються на законодавчих протиріччях і можуть ввести в оману недосвідчених користувачів, тому мають прийматись критично, піддаватись логічному аналізу, співставлятись з іншими законодавчим актам.

Марчак В.Я., будучи фахівцем у галузі юриспруденції, зазначав, що негативізм сучасного стану проблеми обмеженої осудності полягає, по-перше, в безкінечній полеміці стосовно впливу психічного розладу на прийняття рішення про конкретний варіант поведінки в конкретній ситуації і медичних критеріях обмеженої осудності. По-друге, в конфронтації



психологів і психіатрів стосовно трактування медичного критерію обмеженої осудності. В результаті психологи в ході проведення експертизи класифікують такий стан як відхилення від норми, а психіатри вважають його нормою, що негативно впливає на прийняття судом рішення по кримінальній справі [80].

З юридичних позицій обмежена здатність до усвідомлення чи керування своїми діями стосується тільки вчинення певних суспільно небезпечних діянь. Вона не розглядається як постійна характеристика особи з психічним розладом, тому встановлюється в кожному конкретному випадку. Тобто, судові експерти мають не тільки встановити наявність психічного розладу, який обмежував здатність усвідомлювати свої дії та/ або можливість керувати ними, але й довести вплив цього розладу на формування та реалізацію протиправної поведінки в конкретній ситуації та за певних обставин. У разі відсутності впливу психічного розладу на реалізацію протиправної поведінки при скоєнні конкретного злочину визнання особи обмежено осудною є неправомірним.

Проте, судово-психіатричні експерти необґрунтовано рідко виносять рішення про обмежену здатність залежної особи усвідомлювати свої дії та керувати ними (1,1 % випадків згідно результатів проведеного дослідження). Ще чимдалі рідше рекомендують суду вид ПЗМХ або необхідність певних лікувально-реабілітаційних заходів.

В сучасних реаліях така позиція звуження експертних висновків є виправданою. На відміну від інших гілок забезпечення правосуддя, експерти залишаються найбільш соціально вразливою категорією в матеріально-правовому полі. З урахуванням незахищеності мало хто з судових експертів наважується на викладення обґрунтованої думки стосовно інших питань, які мають відношення до кримінального провадження, але не запитувались судом (п. 4 ч. 3 ст. 69 КПК України [62]). Зазвичай такі питання експерти залишають на розсуд суду. Вищенаведене пояснює й небажання експертів виносити експертні рішення щодо нездатності підекспертного повною мірою

усвідомлювати свої дії та керувати ними та рекомендації стосовно застосування ПЗМХ з урахуванням рівня суспільної небезпеки, що значно звужує вибір медико-правових заходів щодо особи з психічними розладами.

Однак сьогодні експерти, як ніколи, потребують соціальних гарантій своєї професійної незалежності. Почастішали виклики експертів до суду для дачі пояснень по висновку, ініційовані не суддею, а стороною, яку не задовольняють результати експертизи. Здебільшого метою таких викликів не є отримання пояснень експерта по суті справи та експертизи зокрема, а намагання в будь-який спосіб довести недостовірність, необґрунтованість висновку експерта. Викликає занепокоєння фахова непрофесійність адвокатів у питаннях судових експертиз, навмисне перекручування ними фактів з метою ввести в оману суд та експертів, прояви зневаги та емоційних висловлювань на адресу експерта прямо в судовому засіданні. У таких випадках доводиться звертатись до судді як останнього форпосту правосуддя. Нерідко для дачі пояснень до суду викликають всю комісію експертів і навіть консультантів (психологів, невропатологів та ін.) тільки з метою затягування судового розгляду справи. Непоодинокі випадки виклику експертів до суду навіть при винесенні висновків про повне психічне здоров'я підекспертного. В таких випадках дискусія між стороною по справі та експертом зазвичай розгортається майже за анекдотичним сценарієм: «Чому ви не встановили психіатричний діагноз? - Тому що підекспертний був психічно здоровим. - А чому ви вирішили що він був психічно здоровим? - Тому що у матеріалах справи та за результатами обстеження відсутні факти, які б свідчили про наявність у нього будь-яких ознак будь-якого психічного розладу... спираючись на презумпцію психічного здоров'я. - Але ж підекспертний був сумний та пригнічений, а відповідно психічно хворий. - ?!).

За таких тенденцій експерти часто постають між дилемою необхідності виконання службових обов'язків на робочому місці та необхідністю відвідувань судових засідань для дачі пояснень. Нерідко експертам

доводиться відстоювати своє конституційне право на відпочинок під час офіційної відпустки і не з'являтися у цей період на виклик суду, попередньо попередивши про це суд. Щоб протистояти таким тенденціям експерт повинен бути не тільки ґрунтовним професіоналом (що досягається насамперед, досвідом), але й володіти певними особистісними якостями. Потрібно чітко знати свої процесуальні права, обов'язки та межі компетенції, постійно відслідковувати динамічні зміни законодавства, що стосуються судових експертиз, мати професійну самоповагу і високу стресостійкість, вміти коректно відстоювати свою думку і дохідливо надавати пояснення, завжди залишатись незацікавленою стороною по справі.

По суті висока вимогливість до поєднання психіатричних та юридичних знань експерта, у поєднанні з низькою заробітною платою та майже неминучою відповідальністю (з огляду на почастищення випадків ініціювання стороною, яку не задовольняє висновок експертизи, практики безпідставного притягнення експерта до адміністративної відповідальності чи порушення кримінального провадження), і є основними причинами втрати професійних експертних кадрів. Аніж проводити експертизу, експерту простіше написати висновок фахівця чи виступити з особистою думкою у судовому засіданні за запитом сторони по справі, не будучи в процесуальному статусі експерта, а, відповідно, не будучи затиснутим в жорсткі рамки відповідальності.

Вищенаведене пояснює небажання експертів застосовувати на практиці положення п. 4 ч. 3 ст. 69 КПК України; виносити експертні рішення щодо нездатності підекспертного повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними та рекомендації стосовно застосування ПЗМХ з урахуванням рівня суспільної небезпеки особи з психічними розладами.

Дане дослідження виявило тенденцію зростання встановлення діагнозів синдрому залежності від ПАР на експертизі. У 2013 році таких випадків було 100, в 2014 р - 142, в 2015 р - 168, що збігається зі статистичними даними щодо поширеності та захворюваності цих психічних розладів.

Збільшення кількості СПЕ, в свою чергу, підтверджує погіршення криміногенної ситуації, пов'язаної з особами, що мають наркологічні проблеми.

Відповідно до першої задачі даного наукового дослідження, аналіз структури експертних рішень виявив діаметральні розбіжності в оцінці психічних розладів внаслідок залежності від ПАР в кримінальному та цивільному процесах (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

## Структура експертних рішень

Групи дослідження		Міг У(З)СД та КН	Не міг У(З)СД та КН	Не повною мірою	Всього
Цивільний процес	I ПГ	38 (31,7%)	28 (23,3%)	56 (45%)	120
	II ПГ	5 (5,8%)	56 (65,1%)	25 (29,1%)	86
	Разом	43 (20,9%)	84 (40,8%)	79 (38,3%)	206
Кримінальне провадження	AЗ	138 (88,4%)	16 (10,3%)	2 (1,3%)	156
	НЗ	205 (96,8%)	5 (2,3%)	2 (0,9%)	212
	Разом	343 (93,2%)	21 (5,7%)	4 (1,1%)	368
	УБД	78 (89,7%)	5 (5,7%)	4 (4,6%)	87
	Всього	421 (92,5%)	26 (5,7%)	8 (1,8%)	455

Встановлено, що при експертизі станів залежності в цивільному процесі домінували рішення про нездатність або обмежену здатність УСД та КН (відповідно 40,8% та 38,3%). Натомість в кримінальному провадженні такі рішення становили відповідно 5,7% та 1,8%, а в переважній більшості виносились рішення про збереження здатності УСД та КН (92,5%). Особливо наочною була різниця між групами ретроспективного аналізу психічного стану на конкретно визначений юридично значимий момент: у групах АЗ та НЗ нездатними в повній мірі УСД та КН визнано 1,1% підекспертних, такими, що могли УСД та КН – 93,2%, не могли УСД та КН – 5,7%; у цивільному процесі (I ПГ) експертне рішення про істотний вплив ПР

виносилось у 45% випадків, про збереження здатності УЗСД та КН – у 31,7%, про нездатність УЗСД та КН – 23,3%.

Це свідчить про незастосування експертної практики щодо винесення рішень про «обмежену осудність» в кримінальному провадженні при широкому використанні категорії «обмеженої дієздатності» в цивільному процесі, що призводить до необґрунтованого обмеження вибору медико-правових заходів профілактики повторних злочинів особам із станами залежності від ПАР.

Також спостерігається тенденція делегування обов'язків щодо визначення ступеню суспільної небезпеки, прогнозу та вибору виду ПЗМХ з перекладанням цих завдань на суд.

Це відбувається через відсутність чітких критеріїв вибору видів ПЗМХ, неадаптованість міжнародних шкал оцінки ступеню ризику суспільно небезпечних дій осіб з психічними розладами, які б доказово обґрунтовували вибір рекомендованих заходів.

Саме внаслідок вищенаведених причин у структурі призначених видів ПЗМХ відмічається вагома частка визнання осіб неосудними без рекомендації будь-яких ПЗМХ (табл. 3.2).

Шляхом анкетування експертів, з послідуочим аналізом, були досліджені причини непоширеності експертної практики в частині винесення рішень про нездатність повною мірою УСД та КН стосовно осіб зі станами залежності від ПАР. Серед них були виділені наступні:

1) методологічні (85%) – відсутність методичних розробок та рекомендацій з чіткими науково обґрунтованими медичними критеріями визнання особи обмежено осудною;

2) ідеологічні (8%) – пов'язані з різними експертними поглядами щодо прийняття обмеженої осудності, як окремого від осудності експертного рішення;

Таблиця 3.2

Структура рекомендованих видів примусових заходів медичного характеру щодо осудних та обмежено осудних підекспертних

Рекомендовані види ПЗМХ		АЗ (n=156)		НЗ (n=212)		УБД (n=87)		Всього (n=455)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Неосудні	СН	6	3,8	2	0,9	2	2,3	10	2,2
	ПН	2	1,3	1	0,5	-	-	3	0,7
	ЗН	4	2,6	-	-	3	3,4	7	1,5
	АПЗМХ	-	-	1	0,5	-	-	1	0,2
	Без ПЗМХ	4	2,6	1	0,5	-	-	5	1,1
Разом		16	10,3	5	2,4	5	5,4	26	5,7
Обмежено осудні	АПЗМХ	2	1,3	2	0,9	3	3,4	7	1,5
	Без ПЗМХ	-	-	-	-	1	1,1	1	0,2
Разом		2		2		4		8	1,8

Примітка: СН – суворий нагляд; ПН – посилений нагляд; ЗН – звичайний нагляд; АПЗМХ – амбулаторні примусові заходи медичного характеру.

3) професійні (5%) – пов’язані з недостатністю професійних знань стосовно змісту, критеріїв, підстав та наслідків визнання особи обмежено осудною;

4) реально-практичні (2%) – пов’язані з відсутністю спеціалізованих центрів психореабілітаційної допомоги для осіб зі станами залежності, які вчинили кримінальні правопорушення і визнані судом осудними чи обмежено осудними, недостатність спеціально підготовлених кадрів для роботи з таким контингентом, матеріально-технічна незабезпеченість. Тобто, відсутній механізм практичної реалізації закріпленої законодавчої норми

стосовно осіб з психічними розладами.

**Висновки до розділу 3.** Вищенаведений аналіз свідчить, що судова психіатрія України потребує нагального реформування, щоб відповідати міжнародним стандартам надання психіатричної допомоги. Стандарти забезпечення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів подекуди не відповідають пріоритетам прав і гідності людини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини та деяким положенням інших нормативно-правових актів.

Розширення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів має сприяти досягненню основної мети примусових заходів медичного характеру – запобіганню скоєння ними повторних СНД. Але жодним чином не провокувати у пацієнтів відчуття всездозволеності та безкарності, а у медичного персоналу відчуття безпорадності.

Розробка сучасних організаційних та правових засад судової психіатрії має стати стартовим етапом в реформуванні цього напрямку.

Закономірності фінансування європейської судової психіатрії виявляють прямо пропорційний зв'язок між рівнем фінансування та рецидивністю повторних СНД осіб з психічними розладами. Це наочно свідчить, що впровадити найпрогресивніші організаційні та правові засади ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів неможливо без адекватного фінансування, яке в свою чергу є запорукою розробки та успішної реалізації сучасних лікувально-реабілітаційних програм та забезпечення необхідного кадрового потенціалу, який професійно здатний виконати це завдання.

Європейський досвід доводить, що неповнолітні правопорушники та особи із залежністю від ПАР мають бути окремим контингентом судової психіатрії, як пацієнти, що в найбільшому ступені виявляють терапевтичну чутливість до психореабілітаційних програм. Програми терапії в судово-

психіатричних клініках обов'язково проходять як неосудні, так і обмежено осудні особи з психічними розладами.

Успішна ресоціалізація судово-психіатричних пацієнтів залежить від обсягу і якості психореабілітації, яку вони пройшли. Психореабілітація осіб, які скоїли СНД має свої особливості. Тому проводиться вона повинна в спеціалізованих судово-психіатричних клініках, фахівцями, які пройшли відповідну професійну підготовку.

Аналіз роботи судово-психіатричних клінік Німеччини, Литви та України показав, що принципи психореабілітації в усіх країнах подібні. Але в Україні страждає їх практична реалізація, обмежений обсяг заходів, не вистачає кваліфікованих кадрів, матеріально-технічної бази, організаційно-правових підстав. Психотерапевтична робота у наших судово-психіатричних відділеннях тримається здебільшого на ініціативі, знаннях і якісному виконанні своїх професійних обов'язків окремими фахівцями. Це вкотре свідчить про необхідність нагального реформування судової психіатрії в Україні.

Досвід європейських країн свідчить, що вибір заходу покарання злочинців із станами залежності обумовлений основною метою - запобігання вчинення повторних правопорушень. Тому стан залежності розцінюється, насамперед, як психічний розлад, що спричинив правопорушення. Залежні особи розглядаються, в першу чергу, як пацієнти, які потребують допомоги, а не як злочинці з обтяжливими обставинами залежності. Не залежно від тяжкості вчиненого злочину та виду покарання, такі особи мають можливість пройти повноцінний курс лікування і психосоціальної реабілітації в спеціалізованих медичних центрах або відділеннях судово-психіатричних клінік з кваліфікованими фахівцями.

Результати різних наукових досліджень свідчать про високі показники наркозахворюваності та рецидивності злочинів, велику частку наркозалежних осіб в установах відбування покарань внаслідок низького порогу притягнення їх до кримінальної відповідальності. Це демонструє



неефективність жорстких кримінальних підходів стосовно осіб, залежних від ПАР і свідчить про необхідність гуманізації державної політики щодо них. З огляду на це, законодавство України потребує нагальних змін у питаннях запровадження альтернативних покаранню заходів лікування осіб із станами залежності, формування мережі спеціалізованих медико-реабілітаційних центрів, впровадження диференційованих експертних підходів при виборі медичних заходів примусового чи альтернативного характеру.

Судово-психіатрична експертиза виступає першим етапом практичної реалізації задекларованих законодавчих змін. Однак, з урахуванням сьогоденних реалій, самі експерти потребують соціальних гарантій своєї професійної незалежності.

Аналіз структури експертних рішень виявив суттєві розбіжності в оцінці психічних розладів внаслідок залежності від ПАР в кримінальному та цивільному процесах. Встановлено, що при експертизі станів залежності в цивільному процесі домінували рішення про нездатність або обмежену здатність УСД та КН (відповідно 40,8% та 38,3%). Натомість в кримінальному провадженні такі рішення становили відповідно 5,7% та 1,8%, а в переважній більшості виносились рішення про збереження здатності УСД та КН (92,5%). Особливо наочною була різниця між групами ретроспективного аналізу психічного стану на конкретно визначений юридично значимий момент: у групах АЗ та НЗ нездатними в повній мірі УСД та КН визнано 1,1% підекспертних, такими, що могли УСД та КН – 93,2%, не могли УСД та КН – 5,7%; у цивільному процесі (І ПГ) експертне рішення про істотний вплив ПР виносилось у 45% випадків, про збереження здатності УСД та КН – у 31,7%, про нездатність УСД та КН – 23,3%. Це свідчить про незастосування експертної практики щодо винесення рішень про «обмежену осудність» в кримінальному провадженні при широкому використанні категорії «обмеженої дієздатності» в цивільному процесі, що призводить до необґрунтованого обмеження вибору медико-правових заходів

профілактики повторних злочинів особами із станами залежності від ПАР. Також спостерігається тенденція делегування обов'язків щодо визначення ступеню суспільної небезпеки, прогнозу та вибору виду ПЗМХ з перекладанням цих завдань на суд. Така експертна практика обумовлена професійними, ідеологічними, методологічними та реально-практичними причинами.

Основні результати та матеріали, викладенні в даному розділі, опубліковані автором у наступних працях [101, 103, 104, 108, 110, 116, 117, 118, 150, 162, 168, 169, 170, 171, 172, 187].

## РОЗДІЛ 4

### СУДОВО-КРИМІНОЛОГІЧНІ ТА СУДОВО-ЕКСПЕРТНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕНОГО КОНТИНГЕНТУ

4.1 Структура та особливості скоєння суспільно небезпечних дій особами із станами залежності від психоактивних речовин

Висока криміногенність осіб із станами залежності від ПАР обумовлює численні наукові дослідження з пошуку ефективних шляхів запобігання повторності злочинів та їх соціально-економічних наслідків. Для України дана проблема особливо актуальна у зв'язку із збільшенням контингенту учасників бойових дій, які скоїли СНД.

Мета даного розділу роботи – дослідити сучасну структуру та кримінологічні особливості скоєння злочинів особами із синдромом залежності від ПАР для встановлення криміногенних факторів з метою їх подальшого врахування при розробці підходів до судово-психіатричної оцінки зазначених психічних розладів та заходів психосоціальної реабілітації такого контингенту.

Аналіз структури СНД виявив достовірне переважання агресивних злочинів, спрямованих проти життя та здоров'я у групі осіб з АЗ та переважання «майнових» правопорушень, а також злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних речовин в осіб з НЗ (табл. 4.1).

Примітки до наступних таблиць:

\* -  $p < 0,05$

\*\* -  $p < 0,01$

\*\*\* -  $p < 0,001$

Таблиця 4.1

Структура кримінальних злочинів, скоєних особами з синдромом залежності від ПАР

Вид злочину (стаття Кримінального кодексу (КК) України)	Група АЗ (абс., %)	Група НЗ (абс., %)
<i>Злочини проти життя та здоров'я особи</i>		
Вбивство (ст. 115 КК України)	38 (24,2%)	38 (17,9%)*
Тяжкі тілесні ушкодження (ст. 121 КК України) з них, що спричинили смерть потерпілого	64 (41%) 16 (10,3%)	14 (6,7%)** -
Легкі тілесні ушкодження (ст. 125 КК України)	2 (1,3%)	-
<i>Злочини проти статевої свободи та недоторканості</i>		
Зґвалтування (ст. 152 КК України)	3 (1,9%)	2 (0,9%)
<i>Злочини проти власності, злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майна</i>		
Крадіжка, грабіж, розбійний напад, незаконне заволодіння транспортним засобом (ст. 185, 186, 187, 289 КК України): з них з агресією, що призвела до спричинення тілесних ушкоджень потерпілому	38 (24,4%)** 2 (1,3%)	109 (51,4%) 8 (3,8%)
Хуліганство (ст. 296 КК України): з них з агресією, що призвела до спричинення тілесних ушкоджень потерпілому	6 (3,8%) 4 (2,6%)	- -
Злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів (ст. 305-311 КК України)	1 (0,6%)*	48 (22,6%)
Незаконне поводження зі зброєю, бойовими припасами та вибуховими речовинами (ст. 263 КК України)	1 (0,6%)	1 (0,5%)
Порушення правил дорожнього руху, що спричинило смерть потерпілого (ч. 2 ст. 286 КК України)	2 (1,3%)	-
Підроблення документів... (ст. 258 КК України)	1 (0,6%)	-
Разом	156 (100%)	212 (100%)

Частка агресивних злочинів у структурі СНД осіб з АЗ складалась із злочинів безпосередньо спрямованих проти життя та здоров'я особи (104 вип. – 66,7%) та злочинів із заподіянням тілесних ушкоджень або смерті жертв внаслідок розбоїв, хуліганських дій, аварій, спричинених у нетверезому стані (8 вип. – 5,1%). Загалом агресивні злочини у цій групі становили 112 вип. – 71,8%, з них ті, що спричинили смерть потерпілих 56 вип. – 35,9%.

У групі з НЗ злочини з агресивним компонентом склали вбивства (38 вип. – 17,9%), тяжкі тілесні ушкодження (14 вип. – 6,6%), зґвалтування із задушенням (1 вип. – 0,5%) та 9 вип. (4,2%) «майнових» злочинів, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень. Загалом 62 вип. – 29,2%, з них із смертельним кінцем 39 вип. – 18,4%, що достовірно ( $p < 0,001$ ) нижче ніж у групі осіб з АЗ.

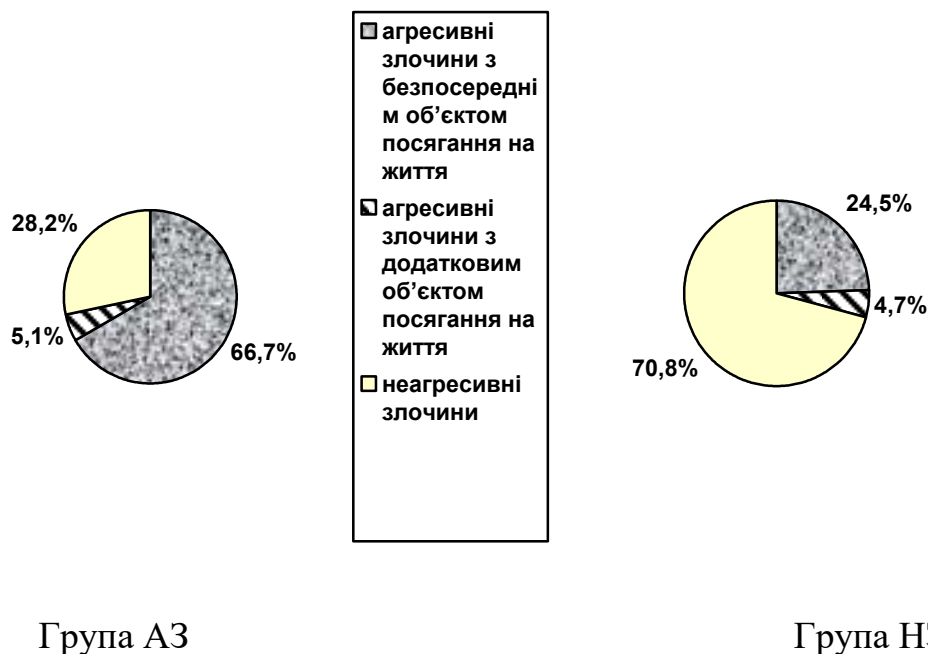


Рис. 4.1 Структура правопорушень в групі осіб з алкогольною та наркотичною залежністю

Стан алкогольного чи наркотичного сп'яніння під час СНД спостерігався майже в усіх осіб з групи АЗ (151 вип. – 96,8%) та більш ніж у половини осіб з НЗ (108 вип. – 50,9%). Це вкотре доводить, що стан сп'яніння сприяє реалізації СНД, навіть без впливу додаткових криміногенних чинників, які за наявності суттєво збільшують вірогідність вчинення протиправних діянь особами із станами залежності.

Серед особливостей скоєння СНД привертає увагу те, що особи з АЗ вчиняють злочини переважно пізнім вечором або вночі (135 вип. – 86,5%), не маючи попереднього наміру (89 вип. – 57,1%), діючи раптово під впливом ситуаційних чинників (87 вип. – 55,8%). При цьому вони майже не вживають заходів щодо приховування слідів злочину (120 вип. – 76,9%), не намагаються надати допомогу потерпілим (при їх наявності). Після злочину, як нічого не сталося, продовжують своє буденне життя (наприклад, після вбивства «товариша по чарці» у двірницькому приміщенні підекспертний спокійно пішов прибирати територію; після вбивства матері виспався, а вранці, переступивши через труп, вийшов за горілкою, бо думав, що остання спить). Під час експертизи висловлювали формальне каяття.

Натомість наркозалежні здійснюють протиправні діяння здебільшого вранці або вдень (182 вип. – 85,8%), маючи попередній намір на вчинення злочину з корисливих мотивів (159 вип. – 75%). Майже завжди намагались приховати навіть очевидну причетність до правопорушення та зловживання ПАР (199 вип. – 93,9%). Не виказували відчуття провини чи каяття, намагались виправдати себе, показати у вигіднішому світлі.

Поодинокі «випадкові» злочини були скоєні внаслідок аварій, необережного поводження зі зброєю, поштовху без наміру на заподіяння ушкоджень. Ознаки загрозливої поведінки до скоєння СНД, такі як неадекватна поведінка, висловлювання, погрози, прояви агресії або психозу, спостерігались майже з однаковою частотою в обох групах переважно в осіб у стані психозу чи при наявності супутньої психіатричної патології (табл. 4.2). Проте, передвісники загрозливої поведінки, в цілому, не характерні для

даного контингенту, на відміну від психічно хворих з іншими психіатричними нозологіями, для яких характерний тривалий період наявності чітких ознак загрозової поведінки і можливості вжити заходів запобігання СНД [106].

Таблиця 4.2

Особливості скоєння суспільно небезпечних дій особами  
із залежністю від ПАР

Особливості скоєння злочину	Група АЗ (156 вип.)	Група НЗ (212 вип.)
<i>Стан алкогольного / наркотичного сп'яніння під час СНД</i>		
Був наявний, з них:	151 (96,8%)*	108 (50,9%)
тільки у підекспертного	69 (44,2%)	74 (34,9%)
у підекспертного та потерпілого	82 (52,6%)**	34 (16%)
<i>Ситуація конфлікту під час скоєння СНД</i>		
Достовірно відомо, що була наявна	32 (20,5%)*	18 (8,5%)
<i>Період доби, в який найчастіше скоювались злочини</i>		
Вранці, вдень	21 (13,5%)	182 (85,8%)**
Ввечері, вночі	135 (86,5%)**	30 (14,2%)
<i>Попередній намір на злочин</i>		
Мали	51 (32,7%)	159 (75%)**
Не мали, з них:	89 (57,1%)**	39 (18,4%)
злочин як «непередбачувана випадковість»	2 (1,3%)	6 (2,8%)
злочин скоєний раптово	87 (55,8%)**	33 (15,6%)
ознаки загрозової поведінки до скоєння СНД	16 (10,3%)	14 (6,6%)
<i>Приховування слідів та поведінка після злочину</i>		
Наявні ознаки приховування слідів злочину та причетності до нього	36 (23,1%)	199 (93,9%)**
Відсутність ознак приховування слідів злочину	120 (76,9%)**	13 (6,1%)

Серед особливостей агресивних СНД (112 вип. у групі АЗ та 62 вип. у групі НЗ) слід зазначити те, що скоювались вони здебільшого колюче-ріжучим знаряддям, із спричиненням численних тілесних ушкоджень потерпілим. Жертвами агресії в обох групах найчастіше ставали особи, з якими підекспертні вживали ПАР. Наркозалежні мали схильність виявляти агресію також до сторонніх осіб; на противагу їм підекспертні з АЗ завдавали шкоду членам родини. Загалом жертвами агресивних дій ставали від 1 до 4-х осіб. Численність потерпілих більш характерна для осіб з групи АЗ.

Кількість жертв від спричинених агресивних злочинів перевищувала кількість підекспертних, які вчинили такі СНД. На 174 підекспертних припало 209 осіб, які стали жертвами їх агресивних злочинів, 103 з яких загинули (табл. 4.3). Людські втрати є лише однією складовою з комплексу факторів економічно-демографічних втрат країни внаслідок СНД даного контингенту осіб.

Таблиця 4.3

Особливості скоєння агресивних суспільно небезпечних дій особами і з залежністю від ПАР

Особливості скоєння агресивних злочинів	Група АЗ (112 вип.)	Група НЗ (62 вип.)
<i>Знаряддя спричинення тілесних ушкоджень або вбивства</i>		
Колюче-ріжучі предмети (ніж, сокира, швайка)	72 (64,3%)	30 (48,4%)
Побиття руками, ногами	23 (20,5%)	22 (35,5%)
Підручні тупі предмети (палка, бита, табуретка, молоток)	11 (9,8%)	5 (8,1%)
Зашморг для удушення	2 (1,8%)	3 (4,8%)
Зброя (окрім холодної)	2 (1,8%)	2 (3,2%)
Транспортний засіб	2 (1,8%)	-



Продовження табл. 4.3

Особливості скоєння агресивних злочинів	Група АЗ (112 вип.)	Група НЗ (62 вип.)
<i>Численність тілесних пошкоджень</i>		
Поодинокі (1 -2 пошкодження)	50 (44,6%)	29 (46,8%)
Багаточисленні (3 та більше)	62 (55,4%)	33 (53,2%)
<i>Кількість жертв агресивних злочинів</i>		
Один потерпілий	101	58
Два	12 вип. = 24	6 вип. = 12
Три	2 вип. = 6	-
Чотири	2 вип. = 8	-
Загалом потерпілих	139	70
з них загиблих	64	39
<i>Спрямованість агресії</i>		
Сторонні, випадкові, незнайомі особи	12 (10,7%)	21 (33,9%)**
Особи, з якими вживали ПАР	48 (42,9%)	25 (40,3%)
Члени родини (батьки, дружини, співмешканці)	36 (32,1%)**	10 (16,1%)
Знайомі, друзі, сусіди	16 (14,2%)	6 (9,7%)

Кримінальний досвід в минулому мали 98 (62,8%) осіб з АЗ та 162 (76,4%) наркозалежних. Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово. Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду від менш тяжких до вчинення тяжких злочинів.

СПЕ під час минулих епізодів притягнення до кримінальної відповідальності проходили лише третина підекспертних. Здебільшого їм встановлювались експертні діагнози психічних та поведінкових розладів внаслідок залежності від ПАР, але такого ступеню, що не позбавляв їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Кримінальний анамнез та його динаміка в осіб із залежністю від ПАР

Особливості кримінального досвіду	Група АЗ (156 вип.)	Група НЗ (212 вип.)
<i>Кримінальний анамнез в минулому</i>		
Відсутній	58 (37,2%)	50 (23,6%)
Наявний:	98 (62,8%)	162 (76,4%)
спричинення тілесних ушкоджень різного ступеню тяжкості (ст. 121, 125 КК України)	6 (3,8%)	7 (3,3%)
вбивство (ст. 115 КК України)	4 (2,6%)	3 (1,4%)
злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майна (ст. 186, 186, 187, 289 КК України)	33 (21,2%)	56 (26,4%)
злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів (ст. 305-311 КК України)	4 (2,6%)	29 (13,7)*
згвалтування (ст. 152 КК України)	2 (1,3%)	-
«різномірні» злочини	49 (31,4%)	67 (31,6%)
<i>Частота притягнення до кримінальної відповідальності в минулому</i>		
Одноразово	30 (30,6%)	35 (21,6%)
Двічі	14 (14,3%)	36 (22,2%)
Тричі	8 (8,2%)	23 (14,2%)
Багаторазово	46 (46,9%)	68 (42%)
<i>Негативна динаміка кримінального досвіду</i>	34 (34,7%)	42 (26%)
<i>СПЕ під час минулих епізодів притягнення до кримінальної відповідальності</i>		
Не проходили	104 (66,7%)	147 (69,3%)
Проходили:	52 (33,3%)	65 (30,7%)
були визнані без психічних розладів / «осудними»	17 (10,9%)	7 (3,3%)
був встановлений психіатричний діагноз, але визнані «осудними»	35 (22,4%)	57 (26,9%)
був встановлений психіатричний діагноз, визнаний «неосудними»	-	1 (0,5%)

Різномірні правопорушення у групі АЗ склали переважно злочини проти життя та здоров'я, а також злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майна. У групі НЗ спостерігалась тенденція до чередування «майнових» та злочинів, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів.

Аналіз кримінального досвіду свідчить про високі показники повторності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР та негативну динаміку їх кримінального досвіду. Це підтверджує неефективність існуючих профілактично-виправних заходів і необхідність розробки нових підходів до реабілітації таких осіб з метою попередження рецидивності злочинів.

Як свідчать вищенаведені дані, особи із станами залежності від ПАР є досить криміногенним контингентом, злочини яких є важко передбачуваними через раптовість їх скоєння під впливом ситуаційних чинників в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння.

Особи з алкогольною залежністю достовірно частіше ніж наркозалежні, скоюють агресивні злочини. Алкогольне сп'яніння є суттєвим тригером агресії.

Високі показники рецидивності (62,8% та 76,4% відповідно) свідчать про неефективність існуючих профілактично-виправних заходів. Через що країна несе суттєві соціально-демографічні та економічні збитки, обумовлені втратою цілого пласту працездатних чоловіків як повноцінних членів суспільства і платників податків; витратами на кримінальні розслідування та утримання в пенітенціарній системі; компенсацією матеріальних збитків та невідновних людських втрат (жертв) внаслідок злочинів такого контингенту. Це обґрунтовує необхідність розробки нових підходів до реабілітації таких осіб з метою попередження рецидивності злочинів та уникнення соціально-економічних втрат.

## 4.2 Кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій

Під час збройних конфліктів та війн учасники бойових дій піддаються безлічі факторів, що сприяють розвитку посттравматичних психічних порушень, як психогенного, так і фізіогенного характеру (ЧМТ).

Як відомо ПАР мають властивість не тільки викликати емоційно-позитивні реакції, але й нейтралізувати емоційно-негативні стани, що актуально в умовах бойових дій.

Наявність психічних розладів, нерідко в поєднанні з синдромом залежності від ПАР, особливість психологічного стану та емоційного реагування в конфліктних ситуаціях, сприяють скоєнню СНД учасниками бойових дій. Це потребує розробки для них сучасних лікувально-профілактичних та соціально-реабілітаційних заходів з урахуванням реалій, в яких перебуває українське суспільство.

Мета даного розділу роботи було дослідити кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій з метою подальшої розробки сучасних підходів до судово-психіатричної оцінки психічних розладів та заходів психосоціальної реабілітації таких осіб.

Обстежений контингент був представлений особами виключно працездатного, переважно молодого, віку (табл. 4.5). Неповнолітній підекспертний, якому на час інкримінуємого діяння виповнилось 17 років, нетривало приймав участь в бойових діях на Сході України в складі одного з добровольчих батальйонів.

У дослідженій вибірці переважну більшість складала чоловіки (86 осіб – 98,9 %). Єдина жінка була представницею добровольчого батальйону, на час правопорушення їх виповнилось 19 років, кримінальний злочин вона вчинила з групою осіб із застосуванням вогнепальної зброї, спричинивши тілесні ушкодження та загибель декількох осіб.

Таблиця 4.5

## Розподіл підекспертних УБД за віком

Віковий період	Абс. кількість	%
до 20 років	3	3,5
20–29 років	46	52,9
30–39 років	26	29,9
40–49 років	11	12,6
більше 50 років	1	1,1
Усього	87	100

Один учасник бойових дій проходив судово-психіатричну експертизу в якості потерпілого внаслідок спричинення йому легких тілесних ушкоджень. Решта підекспертних в кримінальних провадженнях були в статусі підозрюваних або обвинувачуваних (підсудних).

У структурі правопорушень, які були скоєні учасниками бойових дій, переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (вбивства та спричинення тілесних ушкоджень різного ступеню тяжкості) (табл. 4.6).

Ці злочини мали суттєві кримінологічні особливості та психопатологічні чинники, на відміну від решти неагресивних правопорушень.

Кількість жертв від спричинених злочинів проти життя та здоров'я особи в півтора рази перевищувала кількість підекспертних, які вчинили такі суспільно небезпечні дії. На 51 учасника бойових дій (за виключенням одного в статусі потерпілого) припало 76 осіб, які стали жертвами їх агресивних злочинів. В якості знаряддя вбивств та спричинення тілесних ушкоджень в 11 вип. - 21,6% використовувалась вогнепальна зброя, в 15 вип. - 29, 4% ніж, в 25 вип. - 49% підручні засоби (сокири, коси, пляшки, табуретки, м'ясорубки, тощо).

Таблиця 4.6

## Структура правопорушень учасників бойових дій

Злочини проти життя та здоров'я особи: (52 вип. - 59,8%)	Злочини, не пов'язані з посяганням на життя та здоров'я інших осіб: (35 вип. - 40,2%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• вбивство (ст. 115 КК України) 30 вип. - 34,5%;</li> <li>• тяжкі тілесні ушкодження (ст. 121 КК України) 17 вип. - 19,5%: з них, що спричинили смерть потерпілого 2 вип. - 2,3%;</li> <li>• легкі тілесні ушкодження (ст. 125 КК України) 5 вип. - 5,7%: з них ЛТУ із згвалтуванням (ст. 125, ст. 152 КК України) 1 вип. - 1,1%.</li> </ul> <p>* В одному випадку ЛТУ були спричинені підекспертному, який проходив СПЕ в статусі потерпілого</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• незаконні операції зі зброєю (ст. 263 КК України) 12 вип. - 13,8%;</li> <li>• злочини, пов'язані з порушенням уставу військової служби (ст. 407, 408 КК України) 10 вип. - 11,5%;</li> <li>• злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майна (ст. 185, 186, 289 КК України) 10 вип. - 11,5%;</li> <li>• хуліганство (ст. 296 КК України) 2 вип. - 2,3%;</li> <li>• злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів (ст. 307 КК України) 1 вип. - 1,1%.</li> </ul>

Характерною особливістю скоєння агресивних злочинів було нанесення численних тілесних пошкоджень (травм, ударів) жертвам. Жорстокість та тяжкість таких злочинів, зазвичай, виступали підставами призначення судово-психіатричної експертизи. Підставами призначення судово-психіатричної експертизи учасникам бойових дій, які вчинили злочини не пов'язані з посяганням на життя та здоров'я інших осіб,

переважно були відомості про звернення за психіатричною допомогою в минулому.

Учасники бойових дій переважно виявляли агресію до сторонніх чи малознайомих людей (на відміну від осіб з тяжкими хронічними психічними захворюваннями, жертвами яких найчастіше стають члени сім'ї та найближче оточення). Злочини проти членів сім'ї були зафіксовані в 4 вип. - 7,8%, коли постраждали дружина, співмешканка, мачуха, мати з батьком одночасно.

Особливістю скоєння тяжких агресивних злочинів учасниками бойових дій була їх раптовість, імпульсивність, легкість прийняття рішення про вчинення злочину відсутність суттєвого психологічного переживання після скоєного, невжиття заходів приховування злочину.

В присутності свідків було скоєно 34 - 65,% агресивних злочинів проти життя та здоров'я. Групою осіб було вчинено 13 - 25,5% правопорушень (виключно вбивства та спричинення тяжких тілесних ушкоджень).

В ситуації конфлікту та в стані алкогольного сп'яніння достовірно частіше скоювались злочини з посяганням на життя та здоров'я інших осіб. При неагресивних правопорушеннях такі ситуаційні чинники поодинокі зустрічались при хуліганстві. Так, в ситуації конфлікту (28 вип. - 53,8%) або бійки (7 вип. - 13,5%) було скоєно 35 (67,3%) агресивних злочинів. В стані алкогольного сп'яніння 42 (80,8%) злочинів. Серед них в стані достовірного алкогольного сп'яніння перебували тільки підозрювані в 26 вип. - 50%. У 16 вип. - 30,8% в нетверезому стані були й підозрювані, й потерпілі, переважно під час сумісного розпиття спиртних напоїв.

Загалом свою причетність до злочину заперечували лише 2 підекспертних (один з них обвинувачувався в зґвалтуванні та спричиненні легких тілесних ушкоджень, інший в незаконних операціях зі зброєю). Решта підекспертних, з різними мотивами, визнавали свою причетність до правопорушення, але не завжди визнавали свою вину.

За достовірними даними кримінальний досвід в минулому мали менше ніж третина підекспертних (25 вип. - 28,7%). Цей показник свідчить про

невисоку рецидивність та криміногенність підекспертних до участі в бойових діях.

Безпосередньо в зоні бойових дій було скоєно 13 – 14,9% злочинів (переважно самовільне полишення місця служби, дезертирство, вбивство із застосуванням вогнепальної зброї). Решта (75 вип. - 85,1%) правопорушень вчинились під час відряджень, відпусток або невдовзі після демобілізації.

#### 4.3 Аналіз практики проведення судово-наркологічної експертизи в кримінальному провадженні

Відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» та діючої Міжнародної класифікації хвороб (МКХ -10) психічні порушення внаслідок вживання ПАР являються розладами психіки та поведінки, які відносяться до професійної компетенції лікарів-психіатрів та лікарів-наркологів [39, 85]. Водночас в судовій експертизі психічні розлади є предметом дослідження тільки судово-психіатричної експертизи (СПЕ). Психічний стан особи на юридично значимий період може досліджуватись в рамках однорідної СПЕ або комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (КСППЕ) [40, 94].

Інших видів судових експертиз, предметом яких є психічний стан особи, законодавством України не передбачено. Тим не менш, практика свідчить про поширеність призначення судово-наркологічних експертиз (СНЕ) (однорідних або комплексних), як особливого виду судових експертиз, стосовно осіб зі станами залежності від ПАР.

З метою вивчення цього феномену нами було досліджено уявлення щодо об'єкта, предмета, меж компетенції та кола вирішуваних питань різних організаційних форм СНЕ; встановлено сучасні потреби судово-слідчих органів та учасників кримінального процесу щодо застосування спеціальних психіатричних знань в розрізі практичної реалізації стратегії гуманізації державної політики щодо осіб зі станами залежності від ПАР.



В рамках проекту «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин в кримінальному процесі: методологічні та організаційні засади» методом суцільної вибірки була відібрана і проаналізована група з 368 підекспертних із залежністю від ПАР. Вибірка була представлена групою з АЗ та НЗ (відповідно 156 і 212 випадків). Для аналізу та обробки даних застосовувались клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, статистичний методи і метод судово-психіатричного аналізу.

Аналізу підлягли судові експертизи, які проводились щодо осіб з синдромом залежності від ПАР (F1x.2 відповідно до МКХ-10). На час експертизи підекспертні перебували в процесуальному статусі підозрюваних за правопорушення, передбачені особливою частиною КК України.

Структуру вчинених правопорушень складали «неагресивні» злочини (крадіжки, незаконні операції з наркотичними засобами, незаконне поводження зі зброєю, підробка документів, тощо), а також агресивні злочини з *безпосереднім об'єктом* посягання на життя та здоров'я особи (навмисне вбивство ст. 115 КК України, спричинення тілесних ушкоджень різного ступню тяжкості: тяжкі тілесні ушкодження ст. 121 КК України, легкі тілесні ушкодження ст. 125 КК України); агресивні злочини з *додатковим об'єктом* посягання на життя та здоров'я внаслідок хуліганських дій, дорожньо-транспортних аварій, розбійних нападів, незаконного заволодіння транспортними засобами, згвалтування, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень і смерті потерпілим.

Порівняльний аналіз структури правопорушень дослідженого контингенту підекспертних свідчить, що особи з АЗ достовірно частіше ніж з НЗ скоюють агресивні злочини (71,8% проти 29,2%,  $p < 0,05$ ); особливо ті, які безпосередньо спрямовані проти життя та здоров'я інших осіб (66,7% проти 24,5%,  $p < 0,05$ ). Ці дані підтверджують, що у порівнянні з наркозалежними, особи з АЗ є більш суспільно небезпечними за тяжкістю вчинених правопорушень та їх наслідками, що має враховуватись при виборі заходів,

спрямованих на запобігання повторних злочинів.

Підставами призначення судової експертизи виступали об'єктивні дані щодо наявності психіатричного/наркологічного анамнезу (в групі АЗ 55,8%, в групі НЗ 93,4%,  $p < 0,05$ ) або опосередковані відомості, які викликали підозру стосовно психічного стану підозрюваних (неадекватна поведінка під час вчинення правопорушення або після нього; тяжкість та особлива жорстокість скоєного злочину; не характерність для особистості, «безмотивність» правопорушення) (в групі АЗ 44,2%, в групі НЗ 6,6%,  $p < 0,05$ ).

У загальній структурі проведених судових експертиз особам зі станами залежності (див. рис. 4.2) КСППЕ та СПЕ склали 81,5%. Решту становили такі юридично нелегітимні види експертиз як: комплексних судових психолого-психіатричних та наркологічних експертиз (КСППНЕ) – 9,0%, СПЕ+СНЕ – 8,7% та СНЕ – 0,8%. При цьому в останніх наркологічні питання прямо ставились перед експертами. В КСППЕ та СПЕ питання стосовно наркологічного стану підекспертних виокремлювались в 50% випадків.

Таким чином, в 68,5% постанов про призначення судових експертиз щодо осіб зі станами залежності від ПАР містили деталізовані наркологічні питання. Детальний розподіл експертиз за вмістом наркологічних питань наведено на рис. 4.3.

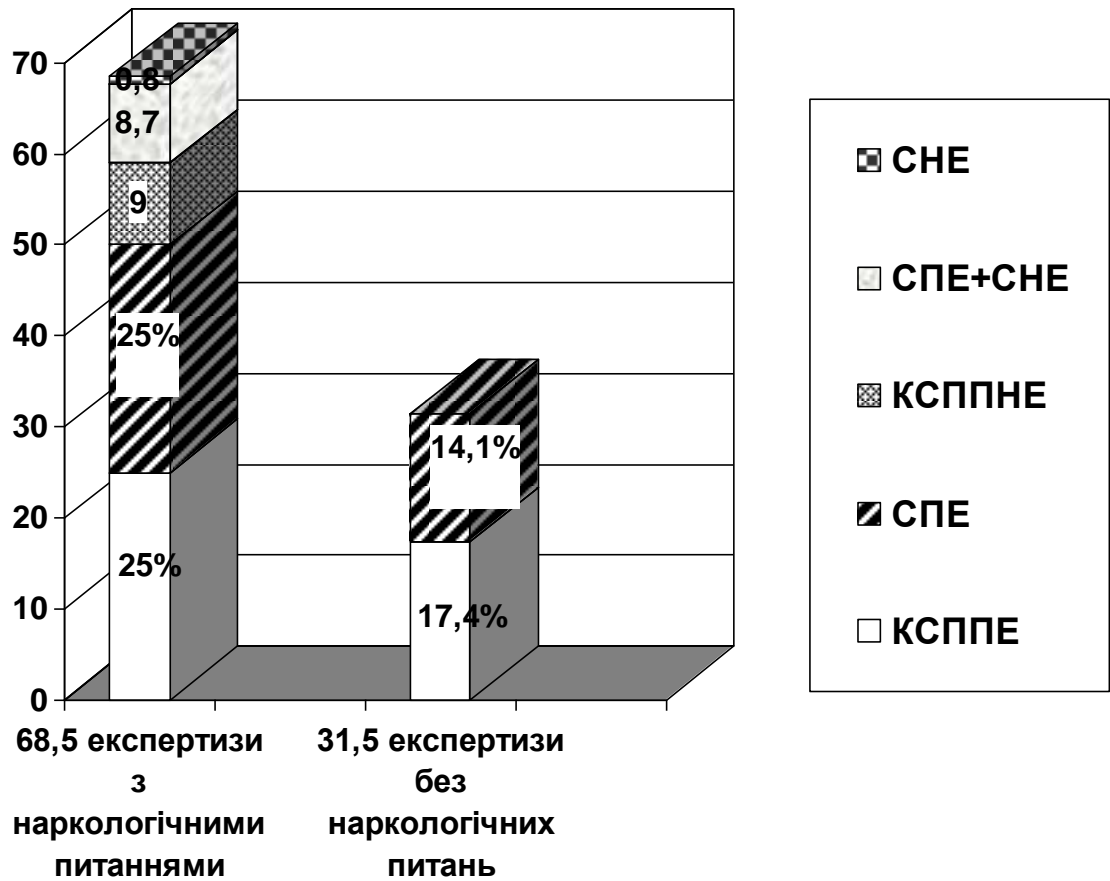


Рис. 4.2 Загальна структура проведених експертиз особам зі станами залежності від ПАР

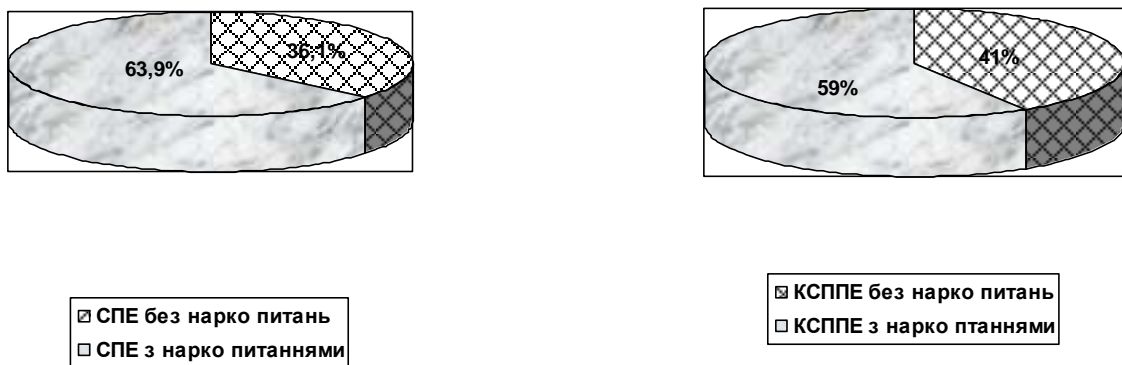


Рис. 4.3 Розподіл експертиз за вмістом наркологічних питань

Як слідує з даних, які приведені в таблиці 4.7, стаціонарні КСППЕ достовірно частіше призначались в групі АЗ.

Таблиця 4.7

## Структура проведених експертиз особам зі станами залежності від ПАР

Форма та процесуальні ознаки експертизи	Група АЗ		Група НЗ		Всього	
	абс. (n = 156) (* з парко питаннями)	% (*)	абс. (n = 212) (*)	% (*)	абс. (n = 368) (*)	% (*)
<b>КСППЕ:</b>	<b>87 (59)</b>	<b>55,8 (37,8)</b>	<b>69 (33)</b>	<b>32,5 (15,6)</b>	<b>156 (92)</b>	<b>42,4 (25,0)</b>
Амбулаторна	26 (21)	16,7 (13,5)	26 (14)	12,3 (6,6)	52 (35)	14,1 (9,5)
Стаціонарна:	61 (38)	39,1 (24,3)	43 (19)	20,3 (9,0)	104 (57)	28,3 (15,5)
після АКСППЕ	47	30,1	36	17	83	22,6
<b>СПЕ:</b>	<b>47 (24)</b>	<b>30,1 (15,4)</b>	<b>97 (68)</b>	<b>45,8 (32,1)</b>	<b>144 (92)</b>	<b>39,1 (25,0)</b>
Амбулаторна	21 (14)	13,5 (9,0)	74 (58)	34,9 (27,4)	95 (72)	25,8 (19,6)
Стаціонарна:	26 (10)	16,7 (6,4)	23 (10)	10,8 (4,7)	49 (20)	13,3 (5,4)
після АСПЕ	24	15,4	18	8,5	42	11,4
<b>КСППНЕ:</b>	<b>14</b>	<b>9,0</b>	<b>19</b>	<b>9,0</b>	<b>33</b>	<b>9,0</b>
Амбулаторна	10	6,4	16	7,5	26	7,1
Стаціонарна:	4	2,6	3	1,4	7	1,9
після АКСППНЕ	3	1,9	1	0,5	4	1,1
<b>СПЕ та СНЕ</b>	<b>7</b>	<b>4,5</b>	<b>25</b>	<b>11,8</b>	<b>32</b>	<b>8,7</b>
Амбулаторна	7	4,5	24	11,3	31	8,4
Стаціонарна:	-	-	1	0,5	1	0,3
після АСПЕ, СНЕ	-	-	1	0,5	1	0,3
<b>СНЕ</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>
Амбулаторна	1	0,6	2	0,9	3	0,8
Стаціонарна:	-	-	-	-	-	-
після АСНЕ	-	-	-	-	-	-
<b>Разом</b>	<b>159 (105)</b>	<b>100,0 (67,3)</b>	<b>212 (147)</b>	<b>100,0 (69,4)</b>	<b>368 (252)</b>	<b>100,0 (68,5)</b>

Примітка до табл. 4.7: АКСППЕ – амбулаторна комплексна судова психолого-психіатрична експертиза; АСПЕ – амбулаторна судово-психіатрична експертиза; АКСППНЕ – амбулаторна комплексна судова психолого-психіатрично-наркологічна експертиза; АСНЕ – амбулаторна судово-наркологічна експертиза.

Це пояснюється складністю клінічної картини АЗ, більш тяжкими правопорушеннями та широким обсягом вирішуваних питань. Більш ніж в половині випадків стаціонарні КСППЕ призначались після того, як експерти не змогли розв'язати поставлені питання на амбулаторній КСППЕ.

Особам з НЗ достовірно частіше призначаються амбулаторні СПЕ. Натомість в групі АЗ стаціонарні СПЕ призначались майже завжди після амбулаторних.

Привертає увагу достатньо вагома частка в обох групах обстежених КСППНЕ (9,0%) та СПЕ+СНЕ (8,7%).

Питання, які ставляться судово-слідчими органами перед експертами стосовно осіб зі станами залежності від ПАР при проведенні різних видів експертиз можна умовно поділити на декілька груп:

1) класичні: - чи страждав *ПІБ* під час вчинення інкримінованого йому кримінального правопорушення будь-яким психічним розладом? Якщо так, то чи міг він на той час усвідомлювати свої дії та керувати ними?

- чи страждає *ПІБ* у даний час будь-яким психічним розладом? Якщо так, то чи може він усвідомлювати свої дії та керувати ними?

- чи потребує *ПІБ* застосування щодо нього примусових заходів медичного характеру?

2) наркологічні: - чи страждав *ПІБ* під час вчинення інкримінованого йому кримінального правопорушення алкоголізмом або наркоманією, чи перебував він у стані тимчасового розладу психічної діяльності? Якщо так, то чи міг він на той час усвідомлювати (повною мірою) свої дії та керувати ними?

- чи виявляє *ПІБ* у даний час ознаки залежності від психоактивних речовин? Якщо так, то чи може він усвідомлювати (повною мірою) свої дії та керувати ними?

- чи потребує *ПІБ* протиалкогольного/протинаркотичного лікування? Якщо так, то яких заходів він потребує (лікування на загальних підставах,

примусове лікування в психіатричній лікарні за місцем проживання чи примусових заходів медичного характеру в лікарні спеціалізованого типу? Чи не має протипоказань для такого лікування?

3) психологічні: - чи могли індивідуально-психологічні особливості *ПІБ* суттєво вплинути та чи вплинули на його поведінку під час вчинення ним інкримінованого правопорушення?

- чи спроможний *ПІБ* з урахуванням його вікових особливостей, емоційного стану, індивідуально-психологічних властивостей, рівня розумового розвитку та умов мікросоціального оточення усвідомлювати реальний зміст власних дій та у повній мірі свідомо керувати ними і передбачати їх наслідки?

- яка загальна психологічна характеристика *ПІБ*? (вирішення даного питання не має жодного експертного наслідку);

- чи перебував *ПІБ* у стані фізіологічного чи патологічного афекту? (дане питання є зайвим при наявності відомостей, що підекспертний під час вчинення кримінального правопорушення був у стані сп'яніння середнього або глибокого ступеню; співіснування фізіологічного афекту при легкому ступені сп'яніння є дискутабельним в залежності від школи експертних поглядів; при відсутності даних про сп'яніння глибше ніж середнього ступеню спочатку експерти психіатри вирішують питання наявності патологічного афекту, тільки при його відсутності експерти психологи з'ясовують наявність фізіологічного афекту).

4) особливі питання: - чи страждає підозрюваний *ПІБ* емоційно-вольовими розладами з недостатнім контролем за своєю поведінкою? (питання одночасно до експертів психіатрів і психологів, спрямоване на визначення синдромальних підстав обмеженої осудності).

Як свідчить аналіз поставлених питань, судово-психіатричні експерти та судові експерти психологи могли б цілком вирішити поставлені задачі експертизи, відповідаючи на класичні психіатричні та психологічні питання. Але судово-слідчі органи, будучи далекими від усвідомлення наркології як

психіатрії залежних станів, бажають отримати більш конкретизовані та, водночас, індивідуалізовані відповіді щодо кожного з підозрюваних. Ставлячи перед експертами наркологічні питання, вони тим самим вказують на наявність в кримінальних провадженнях фактів про вживання ПАР. Прямі чи опосередковані питання щодо обмеженої осудності свідчать про глибоке розуміння можливого впливу станів залежності від ПАР на здатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними, а також необхідність застосування лікувально-реабілітаційних програм для такого контингенту, з метою попередження повторних злочинів. Слід відзначити, що запит судово-слідчих органів до експертів набагато ширший, ніж можливий діапазон експертних рішень. На підтвердження того – структура експертних рішень стосовно досліджених осіб з синдромом залежності від ПАР (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Структура експертних рішень стосовно осіб з синдромом залежності від ПАР

Експертні рішення	Група АЗ		Група НЗ		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Міг УСД та КН («осудний»)	138	88,4	205	96,8	343	93,2
Не міг повною мірою УСД та КН («обмежено осудний»)	2	1,3	2	0,9	4	1,1
Не міг УСД та КН («неосудний»)	16	10,3	5	2,3	21	5,7
Разом	156	100,0	212	100,0	368	100,0

Примітка: УСД та КН – усвідомлювати свої дії та керувати ними

Як слідує з наведених даних в таблиці 4.8, переважна більшість підекспертних з синдромом залежності визнавались такими, що могли усвідомлювати свої дії та керувати ними на час вчинення злочину.

Підставами нездатності усвідомлювати свої дії та керувати ними виступали психози (19 вип. – 5,2%), переважно інтоксикаційного характеру (15 вип. – 4,1%) та алкогольна деменція (F10.73) (2 вип. – 0,5%). Рішення про нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними виносились в поодиноких випадках при наявності емоційно-вольових та/або когнітивних розладів, які істотно впливали на вольовий або інтелектуальний компонент юридичного критерію обмеженої осудності.

Експертні рішення про обмежену здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними дозволятимуть судам більш широко застосовувати медико-правові заходи профілактики повторних СНД. Це сприятиме загальній тенденції гуманізації державної політики щодо осіб зі станами залежності від ПАР.

Як свідчить аналіз поставлених питань, судово-психіатричні експерти та судові експерти психологи могли б цілком вирішити поставлені задачі експертизи, відповідаючи на класичні психіатричні та психологічні питання. Але судово-слідчі органи, будучи далекими від усвідомлення наркології як психіатрії залежних станів, бажають отримати більш конкретизовані та, водночас, індивідуалізовані відповіді щодо кожного з підозрюваних. Ставлячи перед експертами наркологічні питання, вони тим самим вказують на наявність в кримінальних провадженнях фактів про вживання ПАР. Прямі чи опосередковані питання щодо обмеженої осудності свідчать про глибоке розуміння можливого впливу станів залежності від ПАР на здатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними, а також необхідність застосування лікувально-реабілітаційних програм для такого контингенту, з метою попередження повторних злочинів. Слід відзначити, що запит судово-слідчих органів до експертів набагато ширший, ніж можливий діапазон експертних рішень.

Від органів правосуддя існує запит на диференційовані підходи до осіб зі станами залежності, які сформульовані в питаннях до експертів. Натомість експертні та медико-правові підходи лишаються застарілими.



#### 4.4 Судово-психіатричні аспекти експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння

З початком збройного конфлікту на Сході України зріс запит на проведення СПЕ представникам військового контингенту. Тривале перебування в стресових умовах сприяє виникненню стресогенних психічних розладів, загостренню наявних неспсихогенних психічних порушень та зростанню хімічних і нехімічних адикцій, як фактору зменшення емоційної напруги.

Окрім того особи, що були учасниками бойових, схильні до своєрідних проявів емоційного реагування, яке не досягає рівня психічних порушень, але здатні суттєво вплинути на реалізацію суспільно небезпечних дій.

Питання в тому, чи готова судова психіатрія задовольнити сучасний запит як на етапі експертизи, так і на етапах подальшого надання судово-психіатричної допомоги такому контингенту осіб?

З метою з'ясування основних проблем експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій було проаналізовано 87 випадків судово-психіатричних, в тому числі, комплексних судових психолого-психіатричних експертиз (КСПШЕ), в кримінальному провадженні.

На час експертизи обстежені підекспертні в переважній більшості перебували в процесуальному статусі підозрюваних (82 вип. – 94,3%), рідше обвинувачуваних (4 вип. – 4,6%), один підекспертний проходив СПЕ як потерпілий внаслідок спричинення йому тілесних ушкоджень.

Підставами призначення СПЕ виступали переважно немотивована, нехарактерна для особистості тяжкість правопорушень, а також обставини та факти, які викликали підозру у психічному здоров'ї підозрюваних.

Як видно з таблиці 4.9 більшість експертиз проводились амбулаторно що пояснюється тим, що амбулаторні експертизи загалом мають більшу питому частку; тим більше, у деяких регіонах України, відсутні стаціонарні судово-психіатричні відділення. Стаціонарні експертизи призначались

переважно особам, які вчинили тяжкі агресивні злочини проти життя та здоров'я або ж у випадках, коли на амбулаторній експертизі не вдалось вирішити поставлені питання, тоді експерти рекомендували провести більш ґрунтовне стаціонарне обстеження.

Таблиця 4.9

## Види проведених експертиз УБД

Вид експертизи	Абс.	%
Амбулаторна	65	74,7
Стаціонарна	22	25,3
Первинна	70	80,5
Повторна	17	19,5
Комісійна	84	96,6
Одноосібна	3	3,4
Судово-психіатрична	54	62,1
Комплексна судова психолого-психіатрична	33	37,9

Переважну більшість проаналізованих експертних випадків склали первинні експертизи (80,5,1 %, - 70 спостережень). Додаткових експертиз у вибірці не було взагалі. Разом із тим у двох випадках експертизи, номінально позначені як первинні, де факто були додатковими (наприклад, після амбулаторної експертизи, в ході якої були вирішені всі експертні питання, призначалася стаціонарна з тим же самим колом завдань). У цих двох випадках підставою для призначення додаткової експертизи була фактична відсутність згадки про психотравмуючі обставини участі в бойових діях у

висновку первинної експертизи. Слід зазначити, що одна лише ця обставина не видавалася як необхідна та достатня для призначення саме стаціонарної експертизи. У той же час це свідчить про те, наскільки важливим є відображення та аналіз впливу ситуації участі у бойових діях та врахування можливості психогенних психічних порушень у таких підекспертних: повна відсутність такого аналізу звертала на себе увагу учасників кримінального процесу, що згодом і ставало підставою для призначення додаткових експертиз.

Повторні експертизи призначались в складних випадках або при недостатності достовірних відомостей про психічний стан підекспертного. Як правило, повторними були стаціонарні експертизи. По суті «повторними» були стаціонарні експертизи після амбулаторних, КСППЕ після СПЕ або навпаки. Хоча з юридичної точки зору різнорідні експертизи не можна вважати повторними.

Одноосібні експертизи рідко зустрічаються в судово-психіатричній практиці. Зазвичай вони обумовлені нестачею експертів в експертному закладі взагалі або в певний період (відпусток, відряджень, тощо). Проведення одноосібних експертиз є легітимним тільки у разі, якщо в ухвалі чи постанові не вказано провести комісійну експертизу. Зрідка одноосібні експертизи призначає суд персонально конкретному експертові. Хоча така практика в Україні не розповсюджена, через неоднозначність таких рішень суддів.

КСППЕ становили більше третини всіх випадків експертиз (37,9%). З одного боку це достатньо високий показник, з огляду 5% частку такого виду експертиз в середньому від загальної кількості експертиз. З іншого, враховуючи питання актуальності впливу емоційних станів на генез СНД, цей показник не такий й високий. При проведенні СПЕ психологи в якості консультантів залучались до обстеження підекспертних (психодіагностика, тощо) лише у 11,5% випадків. Це низький показник, враховуючи складність випадків експертної оцінки бойових психічних травм. Психологічне

обстеження дає можливість більш ґрунтовно обстежити підекспертного, додає доказовості судово-психіатричному висновку, доповнює відомості щодо діагнозу, полегшує диференційну діагностику, диференціює особистісні зміни від розладів особистості, дозволяє більш широко дослідити особливості емоційного реагування, притаманного для людини в тій чи іншій ситуації. Враховуючи, що експертизи такому контингенту осіб проводяться прижиттєво, доцільно залучати психологів в якості консультантів (не в якості експертів!) до обстеження учасників бойових дій в рамках СПЕ. Інколи, побоюючись психіатрів, підекспертні більше розкривають обставини та факти свого життя, а також свої хворобливі переживання саме перед психологом. Тому при засіданні експертної комісії доцільно обговорити отримані дані також з психологом, заслухавши його думку, а не обмежуватись отриманням письмового висновку психологічного обстеження.

Підставами призначення експертизи учасникам бойових дій в 35 вип. – 40,2% були відомості про наявність психіатричного анамнезу, про що слідчі чітко зазначали в постанові: «враховуючи звернення за психіатричною допомогою призначити СПЕ (КСППЕ) для визначення психічного стану...». В решті випадків (52 – 59,8%) експертиза призначалась через жорстокість та тяжкість злочинів, неадекватність або нехарактерність поведінки для особи на час злочину чи на період слідства. Інколи просто зазначалось: «враховуючи участь в бойових діях, призначити СПЕ (КСППЕ) для визначення психічного стану...». В таких випадках на експертизі наполягали адвокати підозрюваного.

Коло питань, які ставились перед експертами охоплювало як класичні питання: «Чи виявляв ХХХ будь-які психічні розлади на момент вчинення інкримінованого діяння? Чи виявляє їх на тепер? Чи міг він на той період усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними? Чи може давати свідчення в процесі слідства? Чи потребує застосування примусових заходів медичного характеру?». Так і більш конкретизовані, подекуди занадто,

питання, які виходять за межі компетенції експертів: «Чи страждає ХХХ на хронічний алкоголізм / наркоманію? Чи потребує протиалкогольного / наркотичного лікування? Чи не протипоказане таке лікування ХХХ? Чи схильний ХХХ до брехні та фантазування? Чи пов'язане психічне захворювання з проходженням військової служби? З якого часу ХХХ мав фактичну можливість виконувати, покладені на нього обов'язки військової служби? Встановити поведінку ХХХ до та після СНД? Чи можна вважати осудним ХХХ на момент вчинення інкримінованого діяння?». Психологам ставились питання щодо психологічних особливостей особистості, впливу емоційних станів та їх глибини, встановлення наявності чи відсутності фізіологічного афекту.

Підсумовуючи вищенаведене.

Аналіз структури та особливостей скоєння протиправних діянь підтвердив, що особи з АЗ переважно здійснюють агресивні СНД проти життя і здоров'я інших осіб (вбивства, тілесні ушкодження різного ступеня тяжкості, тортури). Особи із залежністю від наркотичних речовин (НЗ) притягуються до кримінальної відповідальності здебільшого за майнові злочини, незаконні операції з наркотиками, хуліганство.

Частка агресивних злочинів у структурі СНД осіб з АЗ складалась із злочинів безпосередньо спрямованих проти життя та здоров'я особи (66,7%) та злочинів із заподіянням тілесних ушкоджень або смерті жертв внаслідок розбоїв, хуліганських дій, аварій, спричинених у нетверезому стані (5,1%). Загалом агресивні злочини у цій групі становили 71,8%, з них ті, що спричинили смерть потерпілих 35,9%.

У групі з НЗ злочини з агресивним компонентом, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень становили 29,2%, з них із смертельним кінцем 18,4%, що достовірно ( $p < 0,001$ ) нижче ніж у групі осіб з АЗ.

Стан алкогольного чи наркотичного сп'яніння під час СНД спостерігався майже в усіх осіб з групи АЗ (96,8%) та більш ніж у половини

осіб з НЗ (50,9%). Це вкотре доводить, що стан сп'яніння сприяє реалізації СНД, навіть без впливу додаткових криміногенних чинників, які за наявності суттєво збільшують вірогідність вчинення протиправних діянь особами із станами залежності.

Кількість жертв від спричинених агресивних злочинів перевищувала кількість підекспертних, які вчинили такі СНД. На 174 підекспертних, які скоїли насильницькі злочини припало 209 осіб, які стали жертвами їх агресивних злочинів, 103 з яких загинули. Людські втрати є лише однією складовою з комплексу факторів економічно-демографічних втрат країни внаслідок СНД даного контингенту осіб. Жертвами агресивних дій ставали від 1 до 4-х потерпілих від одного підекспертного. Численність потерпілих більш характерна для осіб з групи АЗ.

Серед достовірно значимих особливостей скоєння СНД було виявлено, що особи з АЗ вчиняють злочини переважно пізнім вечором або вночі (86,5%,  $p < 0,001$ ), не маючи попереднього наміру на злочин (57,1%,  $p < 0,01$ ), діючи раптово під впливом ситуаційних чинників (55,8%,  $p < 0,01$ ). При цьому вони майже не вживають заходів щодо приховування слідів злочину (76,9%,  $p < 0,01$ ), не намагаються надати допомогу потерпілим. Під час експертизи визнавали свою вину, висловлювали каяття (64,3%,  $p < 0,01$ ). Під час скоєння злочину алкогольне сп'яніння у підекспертного і потерпілого спостерігалось у 52,6% ( $p < 0,01$ ).

Натомість наркозалежні здійснюють протиправні діяння здебільшого вранці або вдень (85,8%,  $p < 0,01$ ), маючи попередній намір на вчинення злочину з корисливих мотивів (75%,  $p < 0,01$ ). Майже завжди намагались приховати навіть очевидну причетність до правопорушення та зловживання ПАР (93,9%,  $p < 0,01$ ). Не виказували відчуття провини чи каяття, намагались виправдати себе, показати у вигіднішому світлі.

У структурі правопорушень УБД теж переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (52 вип. – 59,8%,  $p < 0,05$ ), а саме: вбивства (30 вип. – 34,5%), тяжкі тілесні ушкодження (17 вип. – 19,5%), легкі тілесні

ушкодження (5 вип. – 5,7%). Решту правопорушень (35 вип. – 40,2%) становили: незаконні операції зі зброєю (12 вип. – 13,8%), порушення уставу військової служби (10 вип. – 11,5%), «майнові» злочини (10 вип. – 11,5%), хуліганські дії із спричиненням тілесних ушкоджень (2 вип. – 2,3%), незаконні операції з наркотиками (1 вип. – 1,1%), (рис. 4.4).

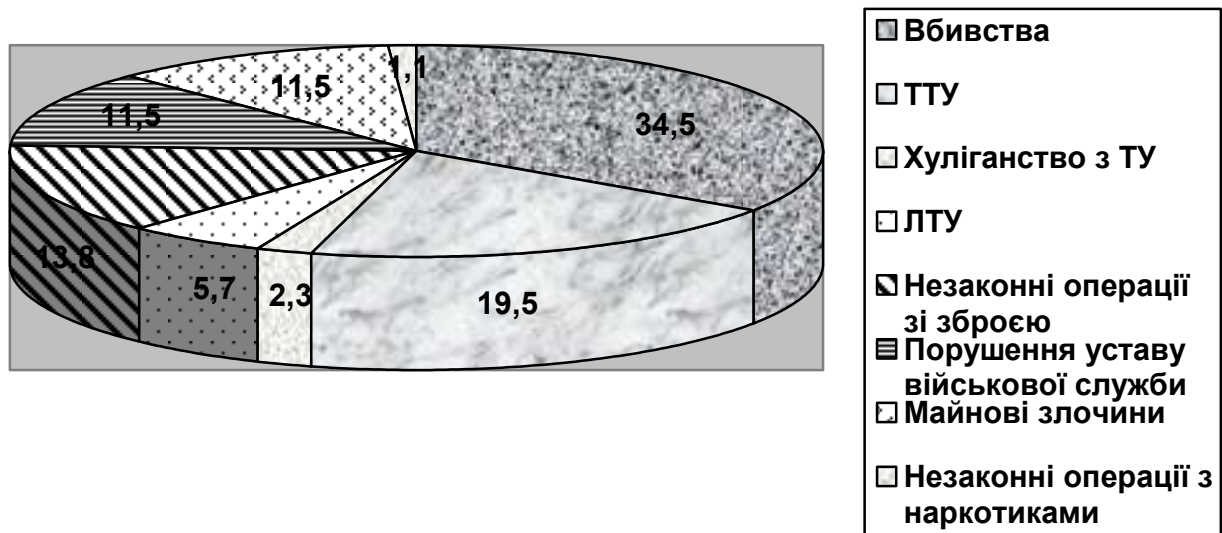


Рис. 4.4 Структура правопорушень підекспертних, які приймали участь в АТО

На 51 учасника бойових дій припало 76 осіб, які стали жертвами їх агресивних злочинів. Характерною особливістю скоєння агресивних злочинів було нанесення численних тілесних пошкоджень (травм, ударів) жертвам. Жорстокість та тяжкість таких злочинів виступали підставами призначення судово-психіатричної експертизи. Підставами призначення судово-психіатричної експертизи учасникам бойових дій, які вчинили злочини не пов'язані з посяганням на життя та здоров'я інших осіб, були відомості про звернення за психіатричною допомогою в минулому. При аналізі взаємозв'язків між характером правопорушень та іншими показниками було встановлено, що підекспертні в офіцерських званнях рідко скоювали злочини

проти життя та здоров'я особи. Вони обвинувачувались в порушенні уставу військової служби та незаконних операціях зі зброєю.

Серед особливостей вчинення агресивних правопорушень звертають на себе увагу такі обставини, як високий відсоток перебування під впливом психоактивних речовин (переважно алкоголю) (80,8%); скоєння злочину в ситуації конфлікту з потерпілим (67,3%); застосування вогнепальної зброї (–12,6%) (рис. 4.5).

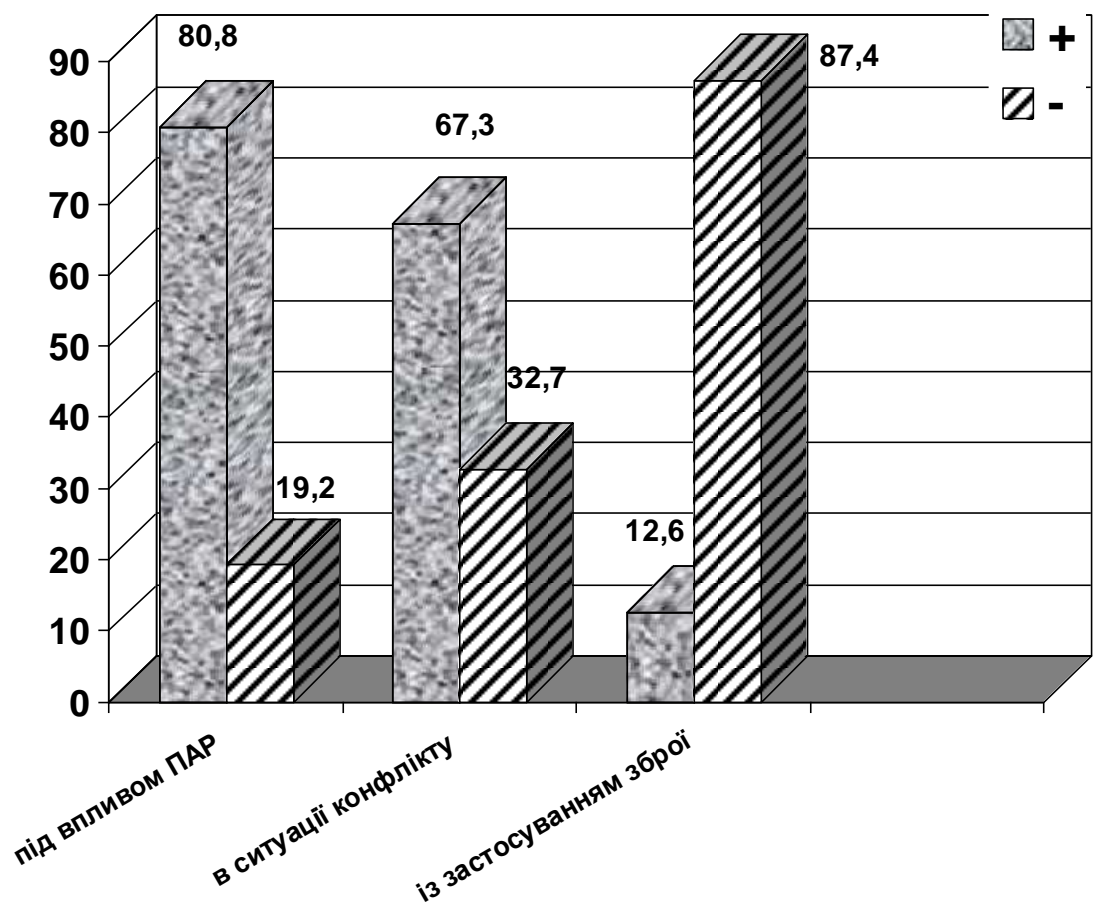


Рис. 4.5 Особливості вчинення правопорушень підекспертними, які приймали участь в АТО

Безпосередньо в зоні АТО було скоєно 14,9% злочинів; у військових частинах поза межами бойових дій 5,7% вип. Більшість злочинів (79,4% вип.) були скоєні військовослужбовцями на мирній території України під час



відпусток, відряджень або майже одразу після демобілізації. Така тенденція, напевно, вимагає окремого дослідження, але однозначно можна сказати, що основну роль у скоєнні правопорушень особами, які брали участь у бойових діях, відіграють особливості їх психологічного стану та емоційного реагування, безпосередньо ситуаційні та соціальні чинники.

Учасники бойових дій переважно виявляли агресію до випадкових чи малознайомих людей (92,2%). Злочини проти членів сім'ї були зафіксовані в 7,8%. Особливістю скоєння тяжких агресивних злочинів учасниками бойових дій була їх раптовість, імпульсивність, легкість прийняття рішення про вчинення злочину відсутність суттєвого психологічного переживання після скоєного, невжиття заходів приховування злочину. Групою осіб було вчинено 25,5% правопорушень (виключно вбивства та спричинення тяжких тілесних ушкоджень). В ситуації конфлікту (53,8%) або бійки (13,5%) було скоєно 67,3% агресивних злочинів. В стані алкогольного сп'яніння 80,8% злочинів. У перші місяці після повернення із зони бойових дій (ЗБД) було скоєно 85,1% правопорушень.

Рецидивність протиправних діянь осіб з психічними розладами є маркером ефективності медико-профілактичних заходів. Аналіз кримінального досвіду свідчить про високі показники повторності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР та негативну динаміку їх кримінального досвіду.

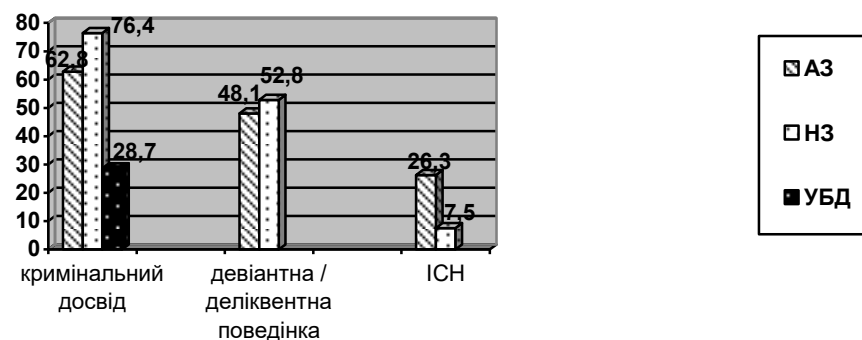


Рис. 4.6 Кримінальний анамнез осіб із залежністю від ПАР

Кримінальний досвід в минулому мали 62,8% осіб з АЗ та 76,4% наркозалежних (це найвищі показники серед усіх категорій психічно хворих). Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово (відповідно 69,4% і 78,4%). Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду, від менш тяжких, до вчинення тяжких злочинів (відповідно 34,7% і 26%).

Ці дані підтверджують неефективність існуючих профілактично-виправних заходів, необхідність розробки і впровадження нових підходів до СПЕ, подальшої реабілітації таких осіб з метою попередження повторних злочинів, що відповідає вимогам Стратегії державної політики щодо наркотиків та європейському досвіду.

Серед УБД кримінальний досвід в минулому мали менше ніж третина підекспертних (28,7%), що свідчить про порівняно невисоку рецидивність та криміногенність цього контингенту.

На підставі аналізу структури та особливостей скоєння СНД були встановлені клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки обстеженого контингенту (рис. 4.7).

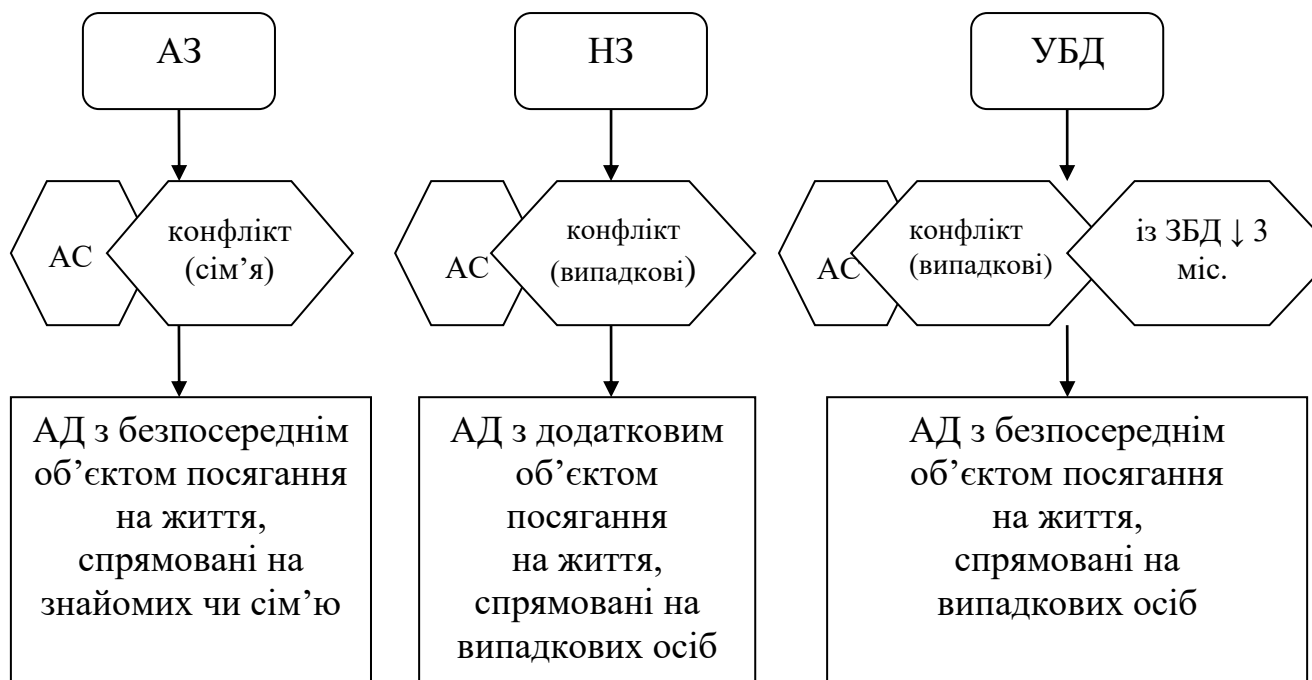


Рис. 4.7 Клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки

#### 4.5 Судово-психіатрична експертиза осіб, які брали участь в антитерористичній операції (аналіз галузевої статистичної звітності)

Військові дії на Сході України позначилися на збільшенні психогенних психічних розладів серед цивільного населення, тимчасово переселених осіб та військовослужбовців. Водночас відмічається зростання кількості військових злочинів та фактів вчинення правопорушень особами, що приймали участь у бойових діях. У частини цих осіб спостерігаються психічні розлади, у тому числі стресогенного характеру, що обумовлює проведення судово-психіатричної або комплексної судової психолого-психіатричної експертизи з метою встановлення впливу цих психічних розладів на здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. По суті, СПЕ визначає медико-правові наслідки, які впливають на застосування або незастосування покарання та його виду, а також на можливість отримання, за потребою, адекватної психореабілітаційної допомоги. Реалії сьогодення внаслідок яких сформувався та продовжує формуватись особливий контингент осіб – учасників бойових дій, вимагають динамічних підходів до удосконалення діагностики та судово-психіатричної експертної оцінки психогенних психічних розладів в учасників бойових дій, забезпечення дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи, підвищенню обґрунтованості судових рішень (вироків, ухвал), попередженню порушень прав людини. Вищенаведені обставини обумовлюють необхідність моніторингу стану проблеми та отримання об'єктивної інформації щодо СПЕ осіб, які приймали участь в бойових діях. З цією метою, в рамках виконання проекту «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)», було проаналізовано дані офіційної статистичної

звітності МОЗ України щодо судово-психіатричних експертиз осіб, що брали участь в антитерористичній операції.

На початку 2016 року до Міністерства охорони здоров'я України були вперше подані звіти з регіонів щодо проведення судово-психіатричних експертиз осіб, які приймали участь в зоні антитерористичної операції (АТО). З цією метою, відповідно до порядку формування зведених державних та галузевих статистичних звітів [140], окремо на учасників АТО надавалась інформація відповідно до таблиць 2200, 2300, 2400, 2500 форми № 38 - здоров. До МОЗ інформацію надали 24 регіональні експертні установи, також враховувались дані з Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, статистичний.

Як свідчать отримані дані (табл. 4.10), всього за 2015 рік було проведено 82 СПЕ учасникам АТО, з них 59 (72%) амбулаторних і 23 (28%) стаціонарних. Всі особи, які підлягали СПЕ, перебували в статусі підсудних або підслідних кримінальних провадженнях. Як свідкам, потерпілим, сторонам по цивільним справам, експертизи такому контингенту осіб не проводилися.

Частка комплексних експертиз із залученням психолога в якості експерта становила від загальної кількості СПЕ 36,6%; серед амбулаторних СПЕ цей відсоток становив 37,3%, серед стаціонарних – 39,1%. В цілому, цей показник для учасників АТО виявився вищим у порівнянні із загальною кількістю аналогічних експертиз за рік.

З поданих статистичних звітів вбачається, що в 10 областях України взагалі не проводились СПЕ особам, що брали участь в АТО. Фактично такі показники могли бути обумовлені юридичною неврегульованістю статусу учасника АТО, серед осіб, які проходили СПЕ на той час. Деякі регіони повідомляли, що вони не проводили СПЕ діючим учасникам АТО. Проте, відповідно до порядку формування державних та галузевих статистичних звітів, мова йде про осіб, які брали участь в АТО. Це значно ширший

контингент, який потрібно охопити для аналізу з метою подальшого надання адекватної допомоги.

Таблиця 4.10

## Обсяг судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік

Особи, які підлягали СПЕ	Пройшли експертизу		в тому числі:					
	всього	з них комплексну	всього	амбулаторну		стаціонарну		у судовому засіданні
				у тому числі: комплексну	посмертну	всього	з них комплексну	
Підслідні та підсудні	82	30	59	22	-	23	9	-
Свідки та потерпілі	-	-	-	-	-	-	-	-
Особи, які проходили СПЕ за цивільними справами	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього	82	30	59	22	-	23	9	-

Таблиця 4.11 свідчить про відсутність будь-якої закономірності в розподілі судово-психіатричних експертиз учасників АТО по регіонах України. Хоча доречним було б припускати, що в регіонах, які межують із зоною АТО їх кількість мала бути більшою. Зважаючи, що експертизи зазвичай проводяться за місцем розгляду кримінальних справ, така тенденція може свідчити, що частина правопорушень учасниками АТО скоюються на території поза межами бойових дій (під час відпусток, відряджень, після демобілізації тощо) або за злочини скоєні в зоні АТО експертне обстеження особа проходить вже за місцем проживання.

Таблиця 4.11

Розподіл судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік по регіонах

Регіони України, у яких функціонують СПЕК (області)	Пройшли експертизу		в тому числі:					
	всього го	з них комплексну	всього го	амбулаторну		стаціонарну		у судовому засіданні
				у тому числі: комплексну	посмертну	всього го	з них комплексну	
Вінницька	-	-	-	-	-	-	-	-
Волинська	-	-	-	-	-	-	-	-
Дніпропетровська	-	-	-	-	-	-	-	-
Донецька	12	5	4	2	-	8	3	-
Житомирська	4	4	4	4	-	-	-	-
Закарпатська	-	-	-	-	-	-	-	-
Запорізька	3	3	3	3	-	-	-	-
Івано-Франківська	1	-	1	-	-	-	-	-
Київська	2	-	2	-	-	-	-	-
Кіровоградська	6	1	6	1	-	-	-	-
Луганська	6	1	6	1	-	-	-	-
Львівська	12	5	4	2	-	8	3	-
Миколаївська	8	2	8	2	-	-	-	-
Одеська	-	-	-	-	-	-	-	-
Полтавська	-	-	-	-	-	-	-	-
Рівненська	2	1	2	1	-	-	-	-
Сумська	-	-	-	-	-	-	-	-
Тернопільська	-	-	-	-	-	-	-	-
Харківська	-	-	-	-	-	-	-	-
Херсонська	8	4	6	3	-	2	1	-
Хмельницька	6	3	1	1	-	5	2	-
Черкаська	5	-	5	-	-	-	-	-
Чернівецька	5	-	5	-	-	-	-	-
Чернігівська	-	-	-	-	-	-	-	-
УНДІССПН	2	1	2	1	-	-	-	-
Всього	82	30	59	21	-	23	9	-

Аналіз експертних діагнозів показав, що на амбулаторних СПЕ 62,7% підекспертних визнавались психічно здоровими; 37,3% учасників АТО на час скоєння правопорушення виявляли ті чи інші психічні порушення, нозологічна структура яких підпадала під наступні рубрики:

18,6% - невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48);

8,5% - непсихотичні психічні розлади органічного походження (F06.3-9; F07);

6,8% - розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F10-F10.9), за виключенням гострої інтоксикації та психотичних розладів (F10.00-F10.07; F10.01; F10.4; F10.5);

1,7% - психічні розлади внаслідок вживання наркотичних, інших психоактивних речовин (ПАР) (F11-F16; F18-F19);

1,7% - розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F60-F69).

Виходячи з експертних рішень, згідно яких 98,3% підекспертних були визнані осудними, виявлені психічні розлади носили невиражений характер і не позбавляли їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними на час скоєння правопорушень. Лише в одному випадку (1,7%) експерти прийняли рішення про обмежену здатність усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними в особи з органічними психічними розладами непсихотичного рівня (табл. 4.12).

Таблиця 4.12

Нозологічний розподіл амбулаторних судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік

Назва рубрики	Шифр за МКХ-10	Пройшли СПЕ	з них визнані:			Рекомендовані заходи медичного характеру					Піклування родичів з обов'язковим лікарським наглядом
			осудними	обмежено осудними	неосудними	ПЗМХ			амбулаторні		
						стаціонарний нагляд			всього	з них обмежено	
						суворий	поширений	звичайний			
Органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки:	F00-F09	5	4	1	-	-	-	1	1	-	





Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	F60-F69	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Розумова відсталість	F70-F79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку	F80-F89; F90-F98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	F10-F10.9	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-
з них: гостра інтоксикація	F10.00-F10.07; F10.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
психотичні розлади	F10.4; F10.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психіки внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР	F11-F16; F18-F19	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Діагноз не уточнено, експертне рішення не винесено		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Визнано психічно здоровими		37	37	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього пройшли СПЕ		59	58	1	-	-	-	-	1	1	-

Структура експертних діагнозів та рішень на стаціонарних СПЕ була дещо іншою. Однозначно без психічних розладів були визнані 43,5% підекспертних; 34,7% виявляли ознаки психічних розладів, які входили до рубрики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F48); 17,4% осіб з невротичними розладами експерти визнали такими, що не





	F10.01											
психотичні розлади	F10.4; F10.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психіки внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР	F11-F16; F18-F19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Діагноз уточнено, експертне рішення винесено	не не	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Визнано психічно здоровими		10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Неповні дані		5	1	?	?	-	-	-	-	-	-	-
Всього пройшли СПЕ		23	15	4	-	-	-	-	4	4	-	-

Загальна структура експертних діагнозів учасників АТО, які пройшли СПЕ у 2015 році була такою:

57,3% підекспертних були визнані психічно здоровими;

23,2% - з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-F48);

6,1% - з непсихотичними психічними розладами органічного походження (F06.3-9; F07);

4,9% - з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F10-F10.9), за виключенням гострої інтоксикації та психотичних розладів (F10.00-F10.07; F10.01; F10.4; F10.5);

1,2% - психічні розлади внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР (F11-F16; F18-F19);

1,2% - розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F60-F69).

З них такими, що були здатні усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння злочину були 89%; 6,1% перебували в стані обмеженої осудності; 4,9% становили нез'ясовані випадки. Згідно поданих даних психопатологічним підґрунтям визнання особи обмежено осудною





інтоксикація	F10.07; F10.01										
психотичні розлади	F10.4; F10.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психіки внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР	F11- F16; F18-F19	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Діагноз не уточнено, експертне рішення не винесено		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Визнано психічно здоровими		47	47	-	-	-	-	-	-	-	-
Неповні дані		5	1	?	?	-	-	-	-	-	-
Всього пройшли СПЕ		82	73	5	-	-	-	-	5	5	-

Таким чином, офіційні статистичні звітні форми МОЗ України не передбачають окремого обліку ПТСР при судово-психіатричній експертизі. Враховується лише загальна кількість розладів із розділу F4 (невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади), без конкретизації по вузьким діагностичним рубрикам. Слід зазначити, що експертним установам необхідно більш ретельно підходити до заповнення форми 38-здоров для осіб, які брали участь в АТО, для можливості подальшого аналізу та розробки адекватних програм надання допомоги такому контингенту. Превалювання в нозологічній структурі експертних діагнозів з рубрики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів, свідчить про значну етіопатогенетичну роль стресогенних впливів набутих під час бойових дій в зоні АТО. Враховуючи вплив психологічного чинника як фактора етіопатогенезу, вольового критерію обмеженої осудності та основи психореабілітаційних програм, доречним вбачається участь психолога експерта при проведенні експертизи особам, що брали участь в АТО.

#### Висновки до розділу 4.

Структуру правопорушень в усіх групах кримінального провадження складала «неагресивні» злочини (крадіжки, незаконні операції з наркотичними засобами, незаконне поводження зі зброєю, підробка документів, тощо), а також агресивні злочини з безпосереднім об'єктом посягання на життя та здоров'я особи (навмисне вбивство ст. 115 КК України, спричинення тілесних ушкоджень різного ступню тяжкості: тяжкі тілесні ушкодження ст. 121 КК України, легкі тілесні ушкодження ст. 125 КК України); агресивні злочини з додатковим об'єктом посягання на життя та здоров'я внаслідок хуліганських дій, дорожньо-транспортних аварій, розбійних нападів, незаконного заволодіння транспортними засобами, зґвалтування, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень і смерті потерпілим.

Особи з АЗ достовірно частіше ніж з НЗ скоюють агресивні злочини (71,8%, з них ті, що спричинили смерть потерпілих - 35,9%, проти 29,2%, з них із смертельним кінцем 18,4%,  $p < 0,01$ ): безпосередньо спрямовані проти життя та здоров'я інших осіб (66,7% проти 24,5%,  $p < 0,01$ ); з додатковим об'єктом посягання на життя (5,1% проти 4,7%,  $p > 0,05$ ). Частка «неагресивних» злочинів становила, відповідно, 28,2% проти 70,8%, ( $p < 0,01$ ). Ці дані підтверджують, що у порівнянні з НЗ, особи з АЗ є більш суспільно небезпечними за тяжкістю вчинених правопорушень та їх наслідками, що має враховуватись при виборі заходів, спрямованих на запобігання повторних злочинів.

Серед достовірно значимих особливостей скоєння СНД було виявлено, що особи з АЗ вчиняють злочини переважно пізнім вечором або вночі (86,5%,  $p < 0,01$ ), не маючи попереднього наміру на злочин (57,1%,  $p < 0,01$ ), діючи раптово під впливом ситуаційних чинників (55,8%,  $p < 0,01$ ). При цьому вони майже не вживають заходів щодо приховування слідів злочину (76,9%,  $p < 0,01$ ), не намагаються надати допомогу потерпілим. Під час експертизи визнавали свою вину, висловлювали каяття (64,3%,  $p < 0,01$ ). Під час скоєння



злочину алкогольне сп'яніння у підекспертного і потерпілого спостерігалось у 52,6% ( $p < 0,01$ ). Наркозалежні здійснюють протиправні діяння здебільшого вранці або вдень (85,8%,  $p < 0,01$ ), маючи попередній намір на вчинення злочину з корисливих мотивів (75%,  $p < 0,01$ ). Майже завжди намагались приховати навіть очевидну причетність до правопорушення та зловживання ПАР (93,9%,  $p < 0,01$ ). Не виказували відчуття провини чи каяття, намагались виправдати себе, показати у вигіднішому світлі. Стан сп'яніння під час злочину спостерігався майже в усіх осіб з групи АЗ (96,8%) та більш ніж у половини осіб з НЗ (50,9%), ( $p < 0,05$ ).

У структурі правопорушень учасників бойових дій теж переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (59,8%,  $p < 0,05$ ). Кількість жертв в півтора рази перевищувала кількість підекспертних. УБД переважно виявляли агресію до випадкових чи малознайомих людей (92,2%). Особливістю скоєння тяжких агресивних злочинів УБД була їх раптовість, імпульсивність, легкість прийняття рішення про вчинення злочину відсутність суттєвого психологічного переживання після скоєного, невжиття заходів приховування злочину. В ситуації конфлікту (53,8%) або бійки (13,5%) було скоєно 67,3% агресивних злочинів. В стані алкогольного сп'яніння 80,8% злочинів. У перші місяці після повернення із зони бойових дій (ЗБД) було скоєно 85,1% правопорушень.

На підставі аналізу структури та особливостей скоєння СНД були визначені клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки обстеженого контингенту.

Основні результати та матеріали, викладенні в даному розділі, опубліковані автором у наступних працях [100, 102, 107, 108, 111, 113, 114, 116, 119, 120, 121, 157, 159].

## РОЗДІЛ 5

### КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАР, ЯКІ СКОЇЛИ КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ

5.1 Соціальні характеристики осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення

Основною метою правосуддя є не покарання за вчинений злочин, а застосування до правопорушника диференційованих заходів, які, з одного боку, максимально унеможливають вчинення повторних злочинів, а з іншого, мінімально обмежать його права. Позбавлення/обмеження волі чи застосування будь-яких інших заходів державного примусу, в ідеалі, має зберегти (відновити) потенціал особи, як соціально прийняттого члена суспільства. Особливо актуальним це являється для правопорушників з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, психосоціальна реабілітація яких ґрунтується, передусім, на психологічній/психотерапевтичній роботі з особистістю та відновленні їх соціально-правового статусу. Біологічна терапія є важливою складовою психосоціальної реабілітації, але не визначальною для більшості з цього контингенту. Актуальність наведеного підтверджується розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2020 року», де задекларовано необхідність розробки науковою обґрунтованих профілактичних, соціально-медичних, правоохоронних заходів протидії наркозлочинності [179]. Особи зі станами залежності від ПАР, які вчинили кримінальні правопорушення, є лише частиною з окреслених суб'єктів стратегії, але саме вони є основним контингентом, на яких спрямована гуманізація державної політики, яка потребує нагальних впроваджень.

Дослідження клініко-соціальних особливостей осіб зі станами

залежності від ПАР, які вчинили кримінальні правопорушення, дозволить оптимізувати експертні підходи до визначення здатності таких осіб усвідомлювати свої дії та керувати ними та диференційовано рекомендувати застосування медико-правових заходів для профілактики повторних злочинів.

З цією метою в рамках проекту «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин в кримінальному процесі: методологічні та організаційні засади» було досліджено клініко-соціальні характеристики 368 підекспертних із залежністю від ПАР, які вчинили кримінальні правопорушення. Вибірка була представлена групою з АЗ та НЗ (відповідно 156 і 212 випадків). Для аналізу і обробки даних застосовувались клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, статистичний методи і метод судово-психіатричного аналізу.

Як свідчить гендерний аналіз дослідженої суцільної вибірки, чоловіки з синдромом залежності від ПАР у разі частіше скоювали кримінальні правопорушення, ніж жінки з такою ж наркологічною патологією. У групі з АЗ та НЗ кількість підекспертних жіночої статі становила, відповідно, 6 вип. (3,8%) та 19 вип. (9%).

За віковим розподілом групи були подібними. Переважну більшість складала особи найбільш працездатного віку. Середній вік підекспертних у групі АЗ становив 38,6 років (в діапазоні від  $\min=24$  до  $\max=66$  років); у групі з НЗ – 31,6 років (в діапазоні від  $\min=16$  до  $\max=52$  років).

Порівняльний аналіз соціальних показників між групами встановив найбільш значущі особливості соціального статусу даного контингенту (див. табл. 5.1 – 5.4).

В осіб з алкогольною залежністю переважали показники найнижчих рівнів освіти (її відсутність, навчання в школі для дітей із затримкою психічного розвитку або в школі-інтернаті для «проблемних дітей») (12,9% проти 3,7%,  $p \leq 0,01$ ), що було пов'язано з несприятливими родинними факторами в дитинстві (відсутністю батьків, позбавлення їх батьківських

прав, бездоглядністю, зловживанням батьками алкоголем) (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Показники освіти осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення

Освіта	Група АЗ		Група НЗ	
	абс.	%	абс.	%
Не навчався	2	1,3	-	-
Школа для дітей із затримкою психічного розвитку	12	7,7	6	2,8
Школа-інтернат	3	1,9	2	0,9
Початкова школа (4, 5 класів)	-	-	6	2,8
Неповна середня (8, 9 класів)	41	26,3	40	18,9
Середня (10, 11 класів)	12	7,7	40	18,9
Середня спеціальна	58	37,2	72	34
Незакінчена вища	12	7,7	30	14,2
Вища	16	10,3	16	7,5
Разом	156	100,0	212	100,0

Натомість, особи з наркотичною залежністю відзначались тим, що лише одиниці (5,7% проти 35,2%,  $p \leq 0,01$ ) мали досвід військової служби. Решта не служили в армії внаслідок раннього початку вживання наркотичних речовин у молодому віці, судимостей, свідомого ухиляння від армії (табл. 5.2).

З раннім початком формування наркотичної залежності у цій групі пов'язані також показники сімейної та трудової дезадаптації (див. табл. 5.3, 5.4).

Таблиця 5.2

Показники військового досвіду осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення

Служба в армії	Група АЗ		Група НЗ	
	абс.	%	абс.	%
Служив повний строк	47	30,1	8	3,8
Комісований по хворобі	8	5,1	4	1,9
Не служив:	104	66,7	200	94,3
навчався (з військовою кафедрою)	8	5,1	12	5,7
за сімейними обставинами	12	7,7	4	1,9
через хворобу (в т. ч. психічну)	16 (12)	10,3 (7,7)	20 (16)	9,4 (7,5)
через судимість ( та наркоманію)	36	23,1	92	43,4
ухилявся	23	14,7	53	25
інше (жінка)	6	3,8	19	9
Разом	156	100,0	212	100,0

В групі НЗ переважали неодружені особи (53,3% проти 28,2,  $p \leq 0,01$ ), які мешкали з батьками (59% проти 20,5%,  $p \leq 0,01$ ), не мали постійної роботи (13,7% проти 35,9%,  $p \leq 0,01$ ), основними засобами існування мали епізодичні підробітки, кримінальні надходження або кошти інших членів родини (78,3% проти 35,9%,  $p \leq 0,01$ ), які переважно витрачали на придбання наркотичної речовини.

Особи з АЗ відзначались тим, що в минулому мали сім'ї (41% проти 13,7%,  $p < 0,05$ ), та дітей (43,6% проти 28,3%,  $p \leq 0,01$ ). Сімейні зв'язки втратили внаслідок алкоголізації, тому проживали у співмешканні з іншими особами (неродичами, з якими нерідко разом алкоголізувались) або були безпритульними (41% проти 9,4%,  $p \leq 0,01$ ). Більше третини (35,9%) мали постійне місце працевлаштування, переважно на низькокваліфікованих

роботах (двірник, вантажник, будівельник, різноробочий, тощо), основним засобами існування називали заробітну плату та підробітки (58,3% проти 16,5%,  $p \leq 0,01$ ).

Таблиця 5.3

Показники сімейної адаптації осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення

Сімейний стан	Група АЗ (n=156)		Група НЗ (n=212)	
	абс.	%	абс.	%
Одружений	24	15,4	31	14,6
Неодружений	44	28,2	113	53,3
«Цивільний» шлюб (нетривале співмешкання)	24	15,4	36	17
Розлучений	64	41	29	13,7
Вдовий	-	-	3	1,4
<i>Наявність дітей</i>	<i>68</i>	<i>43,6</i>	<i>60</i>	<i>28,3</i>
З ким проживав перед скоєнням правопорушення				
Самостійно	16	10,3	25	11,8
З власною сім'єю	24	15,4	31	14,6
З батьками	32	20,5	125	59
З родичами	20	12,8	11	5,2
У співмешканні з іншими особами (неродичами)	40	25,6	13	6,1
Безпритульний без родинних зв'язків	24	15,4	7	3,3

Таблиця 5.4

Показники трудової адаптації осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення

Трудова діяльність	Група АЗ (n=156)		Група НЗ (n=212)	
	абс.	%	абс.	%
Працював:	56	35,9	29	13,7
висококваліфіковані роботи	-	-	5	2,4
кваліфіковані роботи	8	5,1	17	8
низькокваліфіковані роботи	48	30,8	7	3,3
Епізодичні підробітки	44	28,2	109	51,4
Не працював:	56	35,9	74	34,9
через інвалідність	8	5,1	11	5,2
пенсіонер за віком	2	1,3	-	-
інше (через залежність від ПАР)	46	29,5	63	29,7
Джерело засобів існування				
Заробітна плата (підробітки)	84	53,8	35	16,5
Пенсія	10	6,4	11	5,2
Кошти від збору вторинної сировини	6	3,8	-	-
Утриманець іншими членами родини	40	25,6	63	29,7
Кримінальні надходження (крадіжки, тощо)	16	10,3	103	48,6

Підекспертні обох груп відрізнялись високими показниками спадкової обтяженості, переважно за рахунок наркологічних захворювань у батьків (АЗ 47,4%, НЗ 36,3%), та наявністю девіантної/деліквентної поведінки в дитячому та підлітковому віці (неконтрольованість поведінки, конфлікти з дорослими та вчителями, бійки, пропуски занять у школі, втечі з дому, бродяжництво, крадіжки, приводи в міліцію, тощо) (АЗ 48,1%, НЗ 52,8%,  $p > 0,05$ ). На обліку в інспекції у справах неповнолітніх перебували 26,3% осіб

з групи АЗ та 7,5% з групи НЗ,  $p < 0,05$ . В осіб з алкогольною залежністю достовірно частіше виявлялось обтяжуюче органічне підґрунтя у вигляді нервово-психічних відхилень (енурез, логоневроз, сноходіння, надмірна збудливість, судоми в дитинстві) та черепно-мозкових травм, отриманих в різні вікові періоди (див. табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Клініко-анамнестичні дані осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення

Клініко-анамнестичні показники	Група АЗ (n=156)		Група НЗ (n=212)	
	абс.	%	абс.	%
<b>Спадковість</b>				
Необтяжена	82	52,6	135	63,7
Обтяжена:	74	47,4	77	36,3
психічними розладами	3	1,9	9	4,2
алкоголізмом/наркоманією	69	44,2	57	26,9
психічними розладами та залежністю від ПАР	2	1,3	11	5,2
<b>Нервово-психічні відхилення</b>				
Відсутні	93	59,6	179	84,4
Енурез, логоневроз, сноходіння, надмірна збудливість в дитинстві	63	40,4	33	15,6
<i>Черепно-мозкові травми</i>	97	62,2	81	38,2
<b>Наявність девіантної/деліквентної поведінки</b>				
Не спостерігалась	81	51,9	100	47,2
Спостерігалась	75	48,1	112	52,8
<i>Облік в інспекції у справах неповнолітніх</i>	41	26,3	16	7,5



Високі показники сімейної, трудової, соціальної дезадаптації відмічались в обох групах дослідження. Наркозалежні відрізнялись тим, що мали перспективний потенціал для розвитку соціального статусу, який виступатиме сприятливим підґрунтям соціальних можливостей в програмі психосоціальної реабілітації. Натомість, підекспертні з алкогольною залежністю потребуватимуть підтримання існуючого або відновлення втраченого соціального статусу (відновлення сімейних зв'язків, рівня працездатності і працевлаштування, вирішення житлових проблем).

## 5.2 Соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли кримінальні правопорушення

За багато років мирного життя в Україні вирости покоління психіатрів, які з бойовими психічними травмами на практиці не стикались. Бойові дії на Сході України водночас породили проблему діагностики, лікування та реабілітації комбатантів з психічними розладами.

В останні 3 роки, за допомогою міжнародного та власного досвіду, були розроблені та впроваджені клінічні протоколи надання психіатричної допомоги при посттравматичних стресових розладах, засновані або перепрофільовані клінічні відділення та реабілітаційні центри для учасників бойових дій (УБД), проведено ряд наукових досліджень.

На жаль, судова психіатрія, як одна з дороговартісних напрямів медицини, через фінансові, правові та організаційні перепони, не може похвалитись оперативністю необхідних змін. Але реформування судової психіатрії розпочато. Учасникам бойових дій, які скоїли СНД, приділяється особлива увага. Встановлення особливостей цього контингенту дозволить диференційовано застосовувати заходи психосоціальної реабілітації для профілактики повторних СНД. З цією метою було досліджено клініко-соціальні характеристики 87 УБД, які скоїли СНД та пройшли СПЕ або комплексні судові психолого-психіатричні експертизи (КСППЕ) протягом

2015-2017 р. Підекспертних було розділено на дві групи. До першої групи (Г1) увійшли 52 особи, які скоїли агресивні злочини проти життя та здоров'я (вбивства, нанесення тілесних ушкоджень). До другої групи (Г2) були включені 35 осіб, які вчинили злочини, не пов'язані з посяганням на життя та фізичну недоторканість інших осіб (майнові злочини, хуліганство, незаконні операції з наркотиками, зі зброєю, злочини, пов'язані з порушенням уставу військової служби).

Для аналізу та обробки даних застосовувались анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-психіатричного аналізу.

Як свідчить порівняльний аналіз, за соціальними показниками представники обох груп суттєво не відрізнялись і були достатньо соціально-адаптованим контингентом до скоєння СНД: переважна більшість з них мали спеціальну освіту, сім'ю, дітей, були професійно зайнятими, отримували заробітну плату, сплачували податки (табл. 5.7).

УБД, які притягувались до кримінальної відповідальності за неагресивні злочини, превалювали за показниками вищої освіти, наявності сім'ї та дітей. Однак, в цій групі відмічалось зростання кількості утриманців на час СНД у порівнянні з показниками трудової зайнятості до служби. Це було пов'язано з втратою роботи після служби (у період пошуку нової роботи такі особи жили за підтримки сім'ї або перебували на обліку біржі праці), у частини з них безробітність була обумовлена психічними розладами та лікуванням (частіше ПТСР).

Про зниження матеріальної забезпеченості після служби повідомляли 14 - 26,9% осіб Г 1 та 15 - 42,9% Г 2 (матеріальний стан значно покращився тільки в одного підекспертного Г1 за рахунок пограбувань банкоматів). Рівень трудової адаптації знизився, відповідно, в 20 вип. – 38,5% Г1 та 15 вип. – 42,9% Г2; сімейної в 11 вип. – 21,2% Г1 та 7 вип. – 20% Г2. Про зміну соціальної адаптації повідомляли 46 осіб – 88,5% Г1 та 20 осіб – 57,2% Г2.

Таблиця 5.6

Соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння

Показники соціального статусу	Група 1 (n=52)		Група 2 (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
<b>Освіта</b>				
Неповна середня	6	11,5	4	11,4
Середня	7	13,5	1	2,9
Середня спеціальна	30	57,7	21	60,0
Незакінчена вища	2	3,8	1	2,9
Вища	7	13,5	8	22,8
<b>Сімейний стан</b>				
Одружені	14	26,9	20	57,1
Неодружені	22	42,4	9	25,7
«Цивільний» шлюб	4	7,7	1	2,9
Розлучені	12	23,1	5	14,3
Наявність дітей	20	38,5	20	57,1
<b>Трудова діяльність до служби</b>				
Працював:	47	90,4	32	91,4
висококваліфіковані роботи	6	11,5	3	8,6
кваліфіковані роботи	9	17,3	8	22,8
низько кваліфіковані роботи	32	61,5	21	60,0
Не працював	5	9,6	3	8,6
<b>Джерело засобів існування на час скоєння СНД</b>				
Заробітна плата	31	59,6	16	45,7
Пенсія, стипендія	1	1,9	1	2,9
Натуральне господарство	1	1,9	-	-
Підробітки	14	26,9	12	34,3
Утриманець	5	9,6	6	17,1

У групі УБД, які скоїли агресивні злочини, зміна соціальної адаптації відмічалась за показниками зростання асоціальності: алкоголізації, насильства, кримінальності (26 вип. – 50%), а також непристосованості до мирного життя, коли підекспетні повідомляли, що «на війні їм простіше» та бажали повернутись назад до зони бойових дій (ЗБД) (5 вип. – 9,6%). Натомість у Г2 зростання показників асоціальності відмічалось рідше (в 7 вип. – 20%). Таких осіб, які б говорили, що вони «знайшли своє місце на війні» в цій групі взагалі не було.

Проте, переважали особи з патологічною замкненістю, відлюдкуватістю, усамітненістю, що раніше (до участі в бойових діях) не було притаманним для них (8 вип. – 22,9% в Г2 проти 5 вип. – 9,6% в Г1). Про емоційну нестійкість, вибуховість, які порушували адекватне мікросоціальне функціонування, повідомляли 10 осіб – 19,2% в Г1 та 5 вип. – 14,3% в Г2.

Як видно з таблиці 5.7, суттєвих відмінностей між групами за показниками військової служби не виявлено. Серед підекспертних Г2 переважала частка осіб з офіцерськими та сержантським званнями. Серед інших даних в обох групах привертають увагу високі показники притягнення до кримінальної відповідальності як однієї з причин демобілізації (48,1% в Г1, 62,8% в Г2), отримання поранень з ЧМТ (41,3% в Г1, 31,5% в Г2), соматичної патології не характерної для молодого віку, що розвинулись на стресогенному ґрунті (гіпертонічна хвороба, інфаркти, інсульты, виразкова хвороба, артрити, тощо).

Частка представників добровольчих батальйонів серед підекспертних становила 24,1% (21 вип.). Це пов'язано з тим, що на початку бойових дій на Сході України у 2013-2014 роках на захист суверенітету країни стали й добровольчі батальйони, які в екстрених умовах приймали до свого складу всіх бажаючих боронити країну. Неочікуваність військового конфлікту й неготовність до нього відобразилася на якості відбору комбатантів. Проте, цей показник динамічний. З плином часу та досвіду, добровольчі батальйони

офіційно увійшли до складу ЗСУ. На сьогодні дисципліна та критерії відбору в добровольчі батальйони, подекуди, більш вимогливі ніж в інших військових угрупованнях. Це відповідно відбивається на показниках криміногенності. Впродовж 2015-2016 років частка підекспертних з добровольчих батальйонів знизилась, натомість зростає частка військовослужбовців регулярних частин ЗСУ.

Задокументовані поранення під час бойових дій отримали 48 вип. – 55,2% підекспертних. З них черепно-мозкові травми (переважно контузії) отримали 17 – 19,5% підекспертних; фізичні поранення – 7 вип. – 8,0%; комбіновані травми – 15 – 17,2% осіб.

Таблиця 5.7

Дані про військову службу учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння

Показники військової служби	Група I (n=52)		Група II (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
<b>Служба в армії до АТО</b>				
Служив	29	55,8	22	62,8
Не служив:	23	44,2	13	37,2
потрапив одразу в АТО	7	13,5	2	5,7
навчався	2	3,8	5	14,3
хвороба	5	9,6	4	11,4
судимість	5	9,6	2	5,7
ухилявся	2	3,8	-	-
неповнолітній	1	1,9	-	-
жінка	1	1,9	-	-

Продовження табл. 5.7

1	2	3	4	5
Вид служби в АТО (2014-2016р.)				
Добровольчі батальйони	13	25,0	8	22,9
Мобілізація до ЗСУ	33	63,5	20	57,1
За контрактом	6	11,5	7	20,0
Військове звання				
Рядовий	48	92,3	27	77,1
Сержант	-	-	3	8,6
Офіцер	3	5,7	5	14,3
Волонтер	1	1,9	-	-
Тривалість служби до СНД				
До 1 місяця	2	3,8	1	2,9
До 6 місяців	2	3,8	11	31,4
До 1 року	22	42,4	13	37,1
Більше 1 року	26	50,0	10	28,6
Тривалість перебування в ЗБД				
До 1 місяця	1	1,9	3	8,6
1-3 місяці	13	25,0	13	37,1
3-6 місяців	17	32,7	2	5,7
Більше 6 місяців	9	17,3	10	28,6
Точний термін не встановлено	12	23,1	7	20
Причини демобілізації				
Закінчення строку служби	17	32,7	7	20,0
Поранення	-	-	2	5,7
Хвороби	7	13,5	1	2,9
Притягнення до кримінальної відповідальності	25	48,1	22	62,8
Службова невідповідність	3	5,7	3	8,6

Продовження табл. 5.7

1	2	3	4	5
Поранення				
Не було	27	51,9	21	60,0
Фізичні ушкодження	4	7,7	3	8,6
Черепно-мозкові травми	16	30,7	1	2,9
Комбіновані поранення (ЧМТ+фізичні ушкодження)	5	9,6	10	28,6
Соматичні захворювання під час служби				
Відсутні	40	76,9	33	94,3
Серцево-судинні захворювання (гіпертонічна хвороба, інфаркт)	3	5,7	2	5,7
Захворювання опорно-рухового апарату (артрити, захворювання хребта)	2	3,8	-	-
Шлунково-кишкова патологія (виразкова хвороба, кровотечі)	4	7,7	-	-
Неврологічна патологія (інсульт)	1	1,9	-	-
Поєднана патологія	2	3,8	-	-

Слід зазначити, що в обстежених підекспертних було виявлено високі показники зниження рівня соціальної адаптації на період скоєння СНД (88,5% в Г1, 57,2% в Г2). УБД, які притягались до кримінальної відповідальності за агресивні злочини, були більш соціально дезадаптованими за рахунок асоціальних схильностей (алкоголізм, насильство, кримінальність) та нездатності пристосуватись до мирного життя. Стан алкогольного сп'яніння був вагомим тригером агресивної поведінки.

В осіб Г2 соціальна адаптація страждала за рахунок психопатологічної замкнутості, відлюдкуватості, схильності до усамітнення, небажання підтримувати соціальні контакти та зв'язки. Зниження рівня трудової

адаптації і, відповідно, матеріальної забезпеченості в цій групі було пов'язано з психічними розладами в структурі яких переважали ПТСР.

Загалом до участі в АТО обстежені підекспертні були достатньо соціально адаптованим контингентом. Тому основною задачею психосоціальної реабілітації УБД є збереження їх соціального потенціалу.

Підсумовуючи два вищенаведені підрозділи щодо соціальних характеристик досліджуваного контингенту можна стверджувати наступне. Порівняльний аналіз соціальних показників між групами встановив найбільш значущі особливості соціального статусу обстежених, які слід враховувати при виборі медико-профілактичних заходів, а також в розробці соціального блоку програми реабілітації. Особи з АЗ вирізнялись високими показниками найнижчих рівнів освіти (відсутністю освіти, навчанням у школах-інтернатах) (12,9%,  $p < 0,01$ ), що корелювало з несприятливими родинними факторами в дитинстві (відсутністю батьків, позбавлення їх батьківських прав, бездоглядністю, зловживанням батьками алкоголем). Особи з АЗ в минулому мали сім'ї (були розлучені 41%,  $p < 0,05$ ) та дітей (43,6%,  $p < 0,01$ ). Сімейні зв'язки втратили внаслідок алкоголізації, тому проживали у співмешканні з іншими особами (не родичами, з якими нерідко разом алкоголізувались) або були безпритульними (41%,  $p < 0,01$ ). Більше третини (35,9%) мали постійне місце працевлаштування, переважно на низькокваліфікованих роботах (двірник, вантажник, будівельник, різноробочий, тощо), основним засобами існування називали заробітну плату та підробітки (58,3%,  $p < 0,01$ ). В осіб з АЗ достовірно частіше виявлялось обтяжуюче органічне підґрунтя у вигляді нервово-психічних відхилень (енурез, логоневроз, сноходіння, надмірна збудливість, судоми в дитинстві) та черепно-мозкових травм, отриманих в різні вікові періоди (84,4%,  $p < 0,01$ ).

Натомість, у групі НЗ переважали неодружені особи (53,3%,  $p < 0,01$ ), які мешкали з батьками (59%,  $p < 0,01$ ), не мали постійної роботи (86,3%,  $p < 0,01$ ), основними засобами існування були епізодичні підробітки,



кримінальні надходження або кошти інших членів родини (78,3%,  $p < 0,01$ ), які здебільшого витрачали на придбання наркотичної речовини.

Підекспертні обох груп відрізнялись високими показниками спадкової обтяженості, переважно за рахунок наркологічних захворювань у батьків (АЗ 47,4%, НЗ 36,3%), та наявністю девіантної/деліквентної поведінки в дитячому та підлітковому віці (неконтрольованість поведінки, конфлікти з дорослими та вчителями, бійки, пропуски занять у школі, втечі з дому, бродяжництво, крадіжки, приводи в міліцію, тощо) (АЗ 48,1%, НЗ 52,8%,  $p > 0,05$ ). На обліку в інспекції у справах неповнолітніх перебували 26,3% осіб з групи АЗ та 7,5% з групи НЗ,  $p < 0,05$ .

З аналізу соціальних показників обох груп слідує, що вектор соціальної реабілітації осіб з АЗ має спрямовуватись на відновлення втраченого соціального статусу, а в осіб з НЗ - на розвиток наявного соціального потенціалу.

Обстежені УБД вирізнялись високим освітнім рівнем (79,3%), наявністю дітей та сім'ї (46,5%), наявністю спеціалізованої роботи та засобів існування (91%). В той же час, після служби у них відмічались ознаки зниження соціальної адаптації за наступними показниками: втрата роботи (12,6%), зниження матеріальної забезпеченості (33,3%), зростання асоціальності (алкоголізація, насильство, кримінальність) (35,6%). Ці дані свідчать, що до участі в АТО обстежені підекспертні були достатньо соціально адаптованим контингентом. Тому основною задачею психосоціальної реабілітації УБД є збереження їх «довоєнного» соціального статусу.

### 5.3 Клінічна структура психічної патології в осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення

Клінічну структуру психічної патології в обстежених підекспертних на час скоєння протиправних діянь складала як виключно наркологічна патологія (73,7% в групі АЗ, 83% в групі НЗ), так і поєднана з синдромом залежності психічна патологія ненаркологічного походження, частка якої в обох групах була достатньо вагомою (23,6% в групі АЗ, 17% в групі НЗ) (табл. 5.6).

Було встановлено, що в рамках виключно наркологічної патології синдром залежності ускладнювався психотичними розладами (делірієм 4,5% в групі АЗ, поліморфним психотичним розладом 0,9% в групі НЗ), а також непсихотичними порушеннями: розладами особистості (5,8% в групі АЗ, 1,4% в групі НЗ); стійкими когнітивними розладами (2,6% в групі АЗ); алкогольною деменцією (1,3% в групі АЗ). Психотичні та непсихотичні розлади достовірно частіше спостерігались в групі АЗ (14,2% проти 2,3%,  $p < 0,05$ ), що корелювало з наявністю органічного підґрунтя у 84,4% цієї групи.

Таблиця 5.8

Клінічна структура психічної патології на час скоєння протиправних діянь

Діагностичні рубрики МКХ-10	Група АЗ (n=156)		Група НЗ (n=212)	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
F10.2 – синдром залежності від алкоголю	93	59,6	-	-
F10.2 + F10.4 – зі станом відміни з делірієм	7	4,5	-	-

Продовження табл. 5.8

1	2	3	4	5
F10.2 + F10.71 – з розладом особистості	9	5,8	-	-
F10.2 + F10.73 – з алкогольною деменцією	2	1,3	-	-
F10.2 + F10.74 – з стійким когнітивним розладом	4	2,6	-	-
F11.2 – синдром залежності від опіоїдів	-	-	77	36,3
F12.2 – синдром залежності від каннабіноїдів	-	-	8	3,8
F12.2 + F12.71 – з розладом особистості	-	-	1	0,5
F14.2 – синдром залежності від кокаїну	-	-	1	0,5
F15.2 – синдром залежності від психостимуляторів	-	-	8	3,8
F18.2 – синдром залежності від летючих речовин	-	-	1	0,5
F19.2 – синдром залежності від поєданого вживання ПАР	-	-	76	35,8
F19.2 + F19.53 – з поліморфним психотичним розладом	-	-	2	0,9
F19.2 + F19.71 – з розладом особистості	-	-	2	0,9
<b>Разом (наркологічна патологія)</b>	<b>115</b>	<b>73,7</b>	<b>176</b>	<b>83</b>
<i><b>Поєднана психічна патологія різних нозологічних рубрик</b></i>				
<b>Органічні психічні розлади (F 00-F09) +F1x.2</b>	<b>30</b>	<b>19,2</b>	<b>20</b>	<b>9,4</b>
Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад F06.2 на фоні G 40	1	0,6	-	-
Органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад F06.6	1	0,6	1	0,5
Інші уточнені ПР, пов'язані з пошкодженням і дисфункцією мозку та соматичними захворюваннями F06.8	2	1,3	2	0,9
Органічний розлад особистості F07.0	-	-	1	0,5

Продовження табл. 5.8

1	2	3	4	5
Інші уточнені/неуточнені органічні розлади особистості та поведінки, обумовлені захворюванням, пошкодженням і дисфункцією мозку F07.8 - F07.9	26	16,7	16	7,5
<b>Шизофренія (F20 - F29) +F1x.2</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	<b>4</b>	<b>1,9</b>
Шизофренія параноїдна F20.0	-	-	2	0,9
Гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії F23.1 на фоні неуточненого органічного психозу F29	-	-	1	0,5
Гострий шизофреноподібний психотичний розлад F23.2	2	1,3	-	-
Інший шизоафективний розлад F25.8	-	-	1	0,5
<b>Афективні розлади (F30 - F39) +F1x.2</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
Біполярний афективний розлад, епізод манії з психотичними симптомами F31.2	1	0,6	-	-
Біполярний афективний розлад, змішаний епізод F31.6	-	-	1	0,5
<b>Розлади особистості та поведінки у дорослих (F60 - F69) +F1x.2</b>	<b>5</b>	<b>3,2</b>	<b>7</b>	<b>3,3</b>
Дисоціальний розлад особистості F60.2	1	0,6	1	0,5
Емоційно нестійкий розлад особистості F60.3	1	0,6	3	1,4
Демонстративний розлад особистості F60.4	-	-	1	0,5
Змішаний розлад особистості F61.0	2	1,3	2	0,9
Інші розлади статевого потягу F65.8	1	0,6	-	-
<b>Легка розумова відсталість F70.1 +F1x.2</b>	<b>3</b>	<b>1,9</b>		
<b>Соціалізований розлад поведінки F91.2 +F1x.2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>Акцентуація особистісних рис Z73.1 +F1x.2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>Разом (поєднана патологія)</b>	<b>41</b>	<b>23,6</b>	<b>36</b>	<b>17,0</b>

У групі НЗ 51,4% виявляли синдром залежності наслідок поєданого вживання ПАР (з них 31,1% внаслідок вживання наркотичних речовин та алкоголю); 39,6% осіб страждали синдромом залежності від опіоїдів. Залежність від інших наркотичних речовин була виявлена в поодиноких випадках.

Поєднана з синдромом залежності інша психічна патологія була встановлена на експертизі у 23,6% осіб з групи АЗ та 17 % в групі НЗ, з них органічні психічні розлади становили найбільший відсоток, відповідно 19,2% та 9,4% ( $p < 0,05$ ).

Це значно ускладнювало клінічну картину, прогноз та ефективність психосоціальної реабілітації. Наведені показники мають експертне значення для вибору рекомендованих медико-правових заходів щодо осіб з синдромом залежності від ПАР.

#### 5.4 Клінічна структура психічної патології в учасників бойових дій, які скоїли кримінальні правопорушення

Психопатологічний аналіз на підставі офіційно зафіксованих діагнозів виявив, що 90,8% обстежених УБД, які пройшли експертизу в кримінальних провадженнях, мали психічні розлади, нерідко поєдані. З них у 50,6% випадках психічні розлади були винесені в експертні діагнози. У 40,2% випадків при наявності сталих, неодноразово задокументованих психічних розладів, таких як синдром залежності від ПАР, розлади особистості, а також лабораторно підтверджений стан алкогольного сп'яніння під час скоєння СНД, не виносились в експертні діагнози з формальною констатацією відсутності ознак психозу, недоумства та тяжких хронічних психічних захворювань, які могли б вплинути на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час скоєння правопорушення. Без психічних розладів в анамнезі, під час інкримінованого

діяння чи на СПЕ, а також відсутність стану алкогольного/наркотичного сп'яніння під час СНД спостерігалось лише в 8 вип. - 9,2%.

В нозологічній структурі домінували психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР. Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД відмічався у 48,3% вип.

На другому місці за частотою зустрічаємості в учасників бойових дій були стресогенні психічні розлади (гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації). У частини підекспертних на момент скоєння СНД зазначені стресогенні розлади повністю редукувались, про що й зазначалось в експертних діагнозах.

Таблиця 5.9

Розподіл УБД за діагнозами, встановленими на експертизі

<i>Основний діагноз</i>	<i>Супутні діагнози та психічні порушення</i>
Органічні психічні розлади (F 06.6, F07.2) 5 вип. - 5,7%	з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>• з синдромом залежності від ПАР 1 вип. - 1,1%;</li> <li>• з акцентуацією особистості (Z 73) 1 вип. - 1,1%</li> </ul> <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД 1 вип. - 1,1%.</i>
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР, синдром залежності 13 вип. - 14,9%	з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>• з розладами особистості 5 вип. - 5,7%</li> </ul> <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД 9 вип. - 10,3%.</i>
Шизофренія (F 20) 4 вип. - 4,6%	з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>• з синдромом залежності від ПАР 2 вип. - 2,3%</li> </ul> <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД 2 вип. - 2,3%.</i>

Продовження табл. 5.9

Рекурентний депресивний розлад помірної тяжкості (F 33.1) 1 вип. - 1,1%	
Невротичні, пов'язані зі стресом розлади 15 вип. - 17,2%: <ul style="list-style-type: none"> <li>• тривожно-депресивний розлад (F 41.2) 1 вип. - 1,1%;</li> <li>• посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) 13 вип. - 14,9%;</li> <li>• розлад адаптації (F 43.2) 1 вип. - 1,1%</li> </ul>	з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>• з синдромом залежності від ПАР 2 вип. - 2,3%</li> </ul> <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД 3 вип. - 3,4%.</i>
Розлади особистості 6 вип. - 6,9%	<i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД 5 вип. - 5,7%.</i>
<b>Разом 44 вип. - 50,6%</b>	<b><i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД 19 вип. - 21,8%.</i></b>
Не перебували в стані психозу, недоумства чи інших тяжких хронічних психічних захворювань, які могли б вплинути на здатність усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час вчинення інкримінованого діяння 44 вип. - 49,4%	з них задокументовані психічні розлади в анамнезі: <ul style="list-style-type: none"> <li>• синдром залежності від ПАР 7 вип. - 8%;</li> <li>• розлади особистості 3 вип. - 3,4%</li> <li>• невротичні, пов'язані зі стресом розлади 9 вип. - 10,3%:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• F 43.0 5 вип. - 5,7%;</li> <li>• F 43.1 3 вип. - 3,4%;</li> <li>• F 43.2 1 вип. - 1,1%</li> </ul> </li> </ul> <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД 22 вип. - 25,3%.</i>  <i>*Відсутність психічних розладів та стану гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД спостерігалась в 8 вип. - 9,2%.</i>

Всі діагнози, які встановлювались підекспертним до експертизи, були офіційно задокументовані лікарями-психіатрами після їх стаціонарного чи амбулаторного обстеження та лікування. При цьому комплексне вивчення матеріалів кримінальних проваджень з медичною документацією виявило

тенденцію до гіпердіагностики стресогенних психічних розладів в учасників бойових дій та гіподіагностику психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР.

Аналізуючи по групах, на час скоєння СНД психічні розлади, винесені в експертні діагнози, мали 38,5% осіб з Г1 та 68,6% осіб з Г2 (табл. 5.10).

Таблиця 5.10

Груповий розподіл УБД за експертними діагнозами на час вчинення суспільно небезпечних діянь

Основний діагноз	Група 1 (n=52)		Група 2 (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
Органічні психічні розлади (F 06.6, F07.2)	2	3,8	3	8,6
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР, синдром залежності (F10 - F19)	9	17,3	4	11,4
Шизофренія (F20)	2	3,8	2	5,7
Рекурентний депресивний розлад помірної тяжкості (F33.1)	-	-	1	2,9
Невротичні, пов'язані зі стресом розлади:	3	5,8	12	34,3
• тривожно-депресивний розлад (F41.2)	-	-	1	2,9
• посттравматичний стресовий розлад (F43.1)	3	5,8	10	28,6
• розлад адаптації (F43.2)	-	-	1	2,9
Розлади особистості	4	7,7	2	5,7
Разом	20	38,5	24	68,6
<i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД</i>	14	26,9	5	14,3
Не перебували в стані психозу, недоумства чи інших тяжких хронічних психічних захворювань, які могли б вплинути на здатність усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час вчинення інкримінованого діяння, але виявляли в анамнезі:				
• синдром залежності від ПАР	4	7,7	3	8,6
• розлади особистості	3	5,8	-	-
• невротичні, пов'язані зі стресом розлади	7	13,5	4	11,4
<i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД</i>	20	38,5	2	5,7



В осіб з Г2 достовірно частіше на час скоєння СНД діагностувались психічні розлади, пов'язані зі стресом (34,3% в Г2 проти 5,8% в Г1). Натомість, особи з Г1 у 65,4% випадків (проти 20% в Г2) скоїли агресивні злочини, перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, що вкотре підтверджує криміногенний вплив алкоголю.

На підставі власного судово-психіатричного обстеження УБД, які проходили СПЕ було встановлено наступне. В обстежених УБД спостерігався високий відсоток психічних розладів (90,8%). Стани залежності від ПАР було діагностовано в 48,3%, з них виключно наркологічна патологія спостерігалась у 28,7% (F10,2 - 23%, F11,2 - 1,1%, F19,2 - 4,6%); решта випадків залежностей (19,6%) була супутнім діагнозом з органічними психічними розладами (4,6%), розладами особистості (5,7%), шизофреноподібними захворюваннями (2,3%), невротичними, пов'язаними зі стресом розладами (6,9%). При винесенні експертних рішень спостерігалась тенденція до гіподіагностики станів залежності від ПАР, навіть при наявності задокументованих фактів залежностей в УБД.

Наведені дані про високу розповсюдженість психічних розладів свідчать про серйозність проблеми, необхідність адекватної психосоціальної реабілітації учасників бойових дій з психічними розладами, які скоїли СНД. Критерії відбору контингенту для психосоціальної реабілітації мають міститись в експертних рекомендаціях після комплексної судово-психіатричної оцінки психічних розладів та їх впливу на генез правопорушення.

### **Висновки до розділу 5.**

Клініко-соціальні особливості були притаманні контингенту кожної групи дослідження. Порівняльний аналіз між групами, на засадах достовірності, дозволив виділити найбільш значущі показники соціального статусу і встановити, що особи з АЗ потребують відновлення втраченого соціального статусу (відновлення сімейних зв'язків, рівня працездатності і

працевлаштування, вирішення житлових проблем). Натомість, наркозалежні мають перспективний потенціал для розвитку соціального статусу, який виступатиме сприятливим підґрунтям соціальних можливостей в програмі психосоціальної реабілітації. УБД є достатньо соціально адаптованим контингентом, тому основною задачею психосоціальної реабілітації є збереження їх «довоєнного» соціального потенціалу.

Рецидивність протиправних дій осіб зі станами залежності є найвищою серед усіх категорій психічно хворих. Кримінальний досвід в минулому мали 62,8% осіб з АЗ та 76,4% наркозалежних. Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово (відповідно 69,4% і 78,4%). Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду від менш тяжких до вчинення тяжких злочинів (відповідно 34,7% і 26%). Серед УБД кримінальний досвід в минулому мали менше ніж третина підекспертних (28,7%), що свідчить про порівняно невисоку рецидивність та криминогенність цього контингенту.

Клінічну структуру психічної патології складала як виключно наркологічна патологія (73,7% в групі АЗ, 83% в групі НЗ), так і поєднана психічна патологія, частка якої в обох групах була достатньо вагомою (26,3% в групі АЗ, 17% в групі НЗ, з них органічні психічні розлади становили найбільший відсоток, відповідно 19,2% та 9,4% ( $p < 0,05$ )). В рамках виключно наркологічної патології синдром залежності ускладнювався психотичними розладами (делірієм 4,5% в групі АЗ, поліморфним психотичним розладом 0,9% в групі НЗ), а також непсихотичними порушеннями: розладами особистості (5,8% в групі АЗ, 1,4% в групі НЗ); стійкими когнітивними розладами (2,6% в групі АЗ); алкогольною деменцією (1,3% в групі АЗ). У групі НЗ 51,4% виявляли синдром залежності наслідок поєданого вживання ПАР (з них 31,1% внаслідок вживання наркотичних речовин та алкоголю); 39,6% осіб страждали синдромом залежності від опіоїдів. Залежність від інших наркотичних речовин була виявлена в поодиноких випадках.

В УБД, які скоїли правопорушення, спостерігався високий відсоток

психічних розладів (90,8%). Стани залежності від ПАР було діагностовано в 48,3%, з них виключно наркологічна патологія спостерігалась у 28,7%; решта випадків залежностей (19,6%) була супутнім діагнозом з органічними психічними розладами (4,6%), розладами особистості (5,7%), шизофреноподібними захворюваннями (2,3%), невротичними, пов'язаними зі стресом розладами (6,9%). При винесенні експертних рішень спостерігалась тенденція до гіподіагностики станів залежності від ПАР, навіть при наявності задокументованих фактів залежностей в УБД.

Основні результати та матеріали, викладенні в даному розділі, опубліковані автором у наступних працях [97, 98, 99, 100, 102, 105, 108, 113, 116, 119, 120, 121,].

## РОЗДІЛ 6

## СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР НА СПРОМОЖНІСТЬ ОСТАННІХ УСВІДОМЛЮВАТИ ЗНАЧЕННЯ СВОЇХ ДІЙ ТА КЕРУВАТИ НИМИ

6.1 Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з синдромом залежності від ПАР та учасників бойових дій, які скоїли кримінальні правопорушення

Вплив психічних розладів на формування та реалізацію протиправної поведінки вивчається багато століть, але й дотепер лишається актуальним з огляду на патоморфоз психічних розладів під впливом динамічних, нерідко стресових, суспільно-соціальних подій. Здавна відомо, що генез СНД слід розглядати через призму тріади «синдром – особистість – ситуація» [73, 82, 112]. Від участі і ролі кожного чинника тріади залежить експертне рішення, визначення обсягу психореабілітаційних заходів та місце їх проведення, що необхідно для попередження повторних СНД.

Дослідження ролі клінічного чинника є одним з основних завдань психіатрів експертів. В осіб з тяжкими хронічними психічними захворюваннями питання про участь клінічного чинника в генезі СНД майже не стоїть. Він завжди впливає на реалізацію СНД, або в поєднання з іншими чинниками, або самостійно, як наприклад, при патологічному сп'янінні. Чого не сказати про психічні порушення, які не досягають тяжкого ступеню, наприклад, при станах залежності від ПАР, стресових розладах, органічних психічних порушеннях, розладах особистості, тощо. При цих «нозологіях» потрібно з'ясувати як участь, так і роль клінічного чинника в генезі протиправного діяння. Наявність психічних розладів не визначає виключно психопатологічний механізм реалізації СНД. Мотиви та механізми реалізації злочину у таких осіб цілком можуть бути непатологічними, без участі клінічних детермінант.

Клінічний чинник обґрунтовує експертне рішення про осудність / неосудність чи обмежену осудність. В свою чергу, експертне рішення визначає напрямок всієї психореабілітаційної програми, а саме її обсяг (який може охоплювати психофармакотерапію, психотерапію, психокорекційну роботу з особистістю, терапію зайнятості, професійну підготовку, соціальну роботу, тощо) та місце проведення (в спеціалізованих медичних закладах чи в закладах пенітенціарної системи). Правильне експертне рішення є стартовим етапом у низці заходів із запобігання повторних правопорушень. Тому визначення ролі клінічних чинників в генезі протиправної поведінки осіб із залежністю від ПАР та УБД з психічними розладами є запорукою їх успішної реабілітації та ресоціалізації.

Метою даного розділу роботи є визначення чинників генезу СНД для оцінки їх впливу на здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння правопорушення осіб із залежністю від ПАР та УБД.

Аналіз генезу СНД показав, що виявлені в осіб із залежністю від ПАР та УБД психічні розлади не завжди приймали участь в механізмах реалізації протиправної поведінки. Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД в усіх підекспертних з АЗ, у 98,6% осіб з НЗ та 88,1% УБД (табл. 6.1, 6.2).

Таблиця 6.1

Структура чинників генезу суспільно небезпечних діянь, що скоєні в особами із синдромом залежності від ПАР

Структура чинників генезу СНД	АЗ (n=156)		НЗ (n=212)	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
Клінічний, ситуаційний, особистісний	129	82,7	187	88,2
Клінічний, ситуаційний	2	1,3	13	6,1

Продовження табл. 6.1

1	2	3	4	5
Клінічний, особистісний	9	5,8	5	2,4
Ситуаційний, особистісний	-	-	3	1,4
Ситуаційний	-	-	-	-
Особистісний	-	-	-	-
Клінічний	16	10,3	4	1,9
Ведучий чинник в генезі СНД				
Клінічний	87	55,8	184	86,8
Особистісний	8	5,1	11	5,2
Ситуаційний	61	39,1	17	8,0

На прикладі УБД більш детально наведемо аналіз участі чинників генезу у скоєнні СНД.

Так, у результаті клініко-психопатологічного аналізу було встановлено, що 65,4% осіб з Г1 та 88,6% осіб з Г2 мали психічні розлади різної структури (див. розділ 5), (в ці показники не включались стани гострої алкогольної інтоксикації в момент скоєння правопорушення).

Було встановлено, що виявлені психічні розлади не завжди приймали участь в механізмах реалізації протиправної поведінки. Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД у 40,4% випадків в Г1 та 71,4% в Г2 (табл. 6.1), що значно менше ніж показники розповсюдженості психічних розладів в обох групах.

Це вкотре підтверджує, що психічну хворобу не слід розглядати як єдину причину кримінальної поведінки, але в кожному конкретному випадку потрібно досліджувати її вплив на правопорушення (на зразок наведені короткі приклади нижче).

Таблиця 6.2

Структура чинників генезу суспільно небезпечних діянь, що скоєні  
учасниками бойових дій

Структура чинників генезу СНД	Група 1 (n=52)		Група 2 (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
Клінічний, ситуаційний, особистісний	15	28,8	24	68,6*
Клінічний, ситуаційний	4	7,7	-	-
Клінічний, особистісний	2	3,8	1	2,9
Ситуаційний, особистісний	25	48,1	8	22,8*
Ситуаційний	1	1,9	1	2,9
Особистісний	5	9,6	1	2,9
Ведучий чинник в генезі СНД				
Клінічний	2	3,8	14	40,0*
Особистісний	11	21,2	9	25,7
Ситуаційний	39	75,0	12	34,3*

Підекспертний Х1 підозрювався у скоєнні злочину, передбаченого ч.4 ст. 407 Кримінального Кодексу (КК) України (самовільне залишення військової частини або місця служби). Відомо, що у 2013 році був мобілізований; з 2014 року підписав контракт про проходження служби у ЗС України. У 2014 році перебував у зоні проведення АТО в Донецькій та Луганській областях, приймав участь в активних бойових діях, був в оточенні, під час виходу з якого отримав контузію. Через декілька місяців після того, перебуваючи у відпустці, почав себе погано почувати: турбувало безсоння, виснажливість, постійна схвильованість, тривожність, почав боятись різких звуків, знизився настрій, апетит, нічого не хотілось робити. З цими симптомами лікувався два тижні в психіатричній лікарні, де йому був встановлений діагноз: «Посттравматичний стресовий розлад». Військово-лікарську комісію пройти не встиг, оскільки відбув до зони АТО, де служив

протягом року. Вищезазначені симптоми зберігались. Після ротації на мирну територію України, самовільно залишив військову частину через непереборний страх повертатись у зону АТО. Під час експертизи залишався тривожним, дратівливим, емоційно лабільним, астенізованим, розгубленим, депресивним, прагнув до усамітнення. Скаржився на тривогу і страх при думці про повернення в зону АТО, безсоння, повідомляв, що став боятись темряви, різких звуків і рухів. Про правопорушення, у якому він підозрювався, розповів, що боявся погіршення стану, тому вирішив втекти з частини.

Підекспертний Х2 підозрювався у скоєнні злочину, передбаченого ст. 407 КК України. Перебуваючи в зоні бойових дій, самовільно залишив місце служби, в супротив наказам командира, через «небажання продовжувати службу в тяжких для нього умовах». З анамнезу відомо, що страждав на синдромом залежності від алкоголю. На час скоєння злочину не перебував в стані алкогольного сп'яніння, ознак абстинентного синдрому не виявляв. Поза зоною АТО зловживав алкоголем.

Підекспертний Х3 підозрювався у скоєнні злочину за ст. 309 КК України (незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту). У 2014-2015 роках служив у ЗС України, був у зоні проведення АТО, приймав участь в активних бойових діях, був поранений з контузією. Після повернення із зони АТО психічний стан погіршився, лікувався у госпіталі з діагнозом: «Посттравматичний стресовий розлад. Тривожно-депресивний синдром». Був визнаний непридатним для продовження військової служби, комісований. Через декілька місяців був затриманий при спробі ввезти на територію України наркотичні речовини у великих обсягах. На експертизі спостерігались ознаки посттравматичного стресового розладу. Ознак залежності від ПАР не виявляв.

В усіх продемонстрованих випадках підекспертні мали психічні розлади, як на час скоєння СНД, так і на період проведення експертизи. У



випадку Х1 саме вони обумовили вчинення правопорушення.

Клінічний фактор мав прямий причинно-наслідковий зв'язок з СНД, він був ведучим чинником генезу протиправної поведінки.

Натомість, у випадках Х2 та Х3 наявні психічні розлади не приймали безпосередньої участі в генезі правопорушень. У випадку Х2 можна розмірковувати про опосередкований вплив особистісних, емоційно-вольових змін внаслідок залежності від алкоголю. У випадку Х3 участь клінічного чинника абсолютно не простежувалась. Хоча в останньому випадку на час експертизи залишались актуальними питання необхідності терапії психічних розладів.

Ситуаційні чинники становили високу частку, як в структурі генезу СНД (50% в Г 1, 25% в Г2), так і серед ведучих чинників генезу (75% в Г1, 34,3% в Г2). Достовірне переважання цього показника в групі осіб, які вчинили агресивні злочини взаємопов'язано з високими показниками перебування в стані гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД. Стан сп'яніння, ситуація конфлікту та нещодавнє повернення із зони бойових дій являлись несприятливими ситуаційними чинниками, що прямо корелюють з високою вірогідністю скоєння СНД.

Натомість у групі осіб, що вчинили неагресивні злочини, відмічалось достовірне переважання саме клінічного чинника і в структурі генезу СНД (71,4% в Г 2 проти 40,4% в Г1), і серед провідних факторів (40% в Г 2 проти 3,8% в Г1). В осіб цієї групи це обумовлено високою розповсюдженістю психічних розладів, насамперед стресогенних.

Для обґрунтованого винесення експертного рішення та експертних рекомендацій щодо необхідності застосування заходів державного примусу психічні порушення слід невід'ємно розглядати у співставленні з обставинами та умовами вчинення правопорушень.

Підтвердження впливу клінічного чинника в генезі правопорушення, в залежності від тяжкості та глибини психічних розладів, правомірно обумовлює винесення експертного рішення про неосудність чи обмежену

осудність з рекомендаціями застосування примусових заходів медичного характеру.

Тільки у разі, коли наявні психічні розлади не приймали участі в генезі правопорушення, але потребують терапії, доцільно рекомендувати лікування за згодою особи. Особа з психічними розладами, не залежно від експертного рішення, має право на отримання необхідної і достатньої медичної допомоги. Нижченаведених рішень слід уникати:

На підставі вищевикладеного комісія приходять до висновку, що Х1 в момент скоєння правопорушення страждав та в даний час страждає посттравматичним стресовим розладом, який не досягає психозу чи недоумства і не позбавляє його можливості усвідомлювати свої дії та керувати ними. Підпадає під дію ст. 19 ч. 1 КК України. У відношенні інкримінованого діяння Х1 слід вважати осудним. Застосування заходів медичного характеру не потребує. Вищезазначене захворювання пов'язане з проходженням військової служби...

Даний приклад наочно демонструє суперечливість принципів експертної оцінки психічних розладів та недосконалість підходів до надання необхідної допомоги УБД, що матиме негативні наслідки в майбутньому, як для самої особи, так і для суспільства в цілому. Служба в стресових умовах в зоні бойових дій спричинила в Х1 розвиток посттравматичного стресового розладу, який безпосередньо обумовив скоєння СНД. Внаслідок винесення експертного рішення до Х1 буде застосовано покарання за злочин, обумовлений психічною хворобою, без надання необхідного обсягу психореабілітаційних заходів, які показані Х1 з урахуванням його психічного стану. Тобто, в даному випадку експертне рішення та експертні рекомендації призвели до порочного кола з низки негативних особистісних, медичних, судових та соціальних проблем. До того ж експерти вийшли за межі своєї компетенції, вказавши на осудність, що є прерогативою виключно суду.

Таким чином, визначення участі та ролі психічних розладів в генезі правопорушення дозволяє обґрунтувати експертне рішення, що особливо актуально для обмеженої осудності.

Медичним критерієм обмеженої осудності виступають психічні розлади, які не досягали тяжкого ступеню, але приймали участь в генезі СНД, обумовлюючи реалізацію протиправної поведінки, тим самим обмежували здатність особи в повній мірі усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними на момент скоєння СНД.

Щодо осіб з психічними розладами, які приймали участь в генезі СНД та обумовили скоєння правопорушення потребують застосування примусових заходів медичного характеру. Психореабілітаційна програма має бути достатньою для усунення факторів, що спричинили правопорушення. Вона повинна охоплювати весь комплекс реабілітаційних заходів від біологічної терапії до професійної реабілітації і соціально-правової допомоги, а не обмежуватись наявною психофармакотерапією.

УБД з психічними розладами, які скоїли СНД це особливий контингент, який потребує спеціалізованої психореабілітації з професійно підготовленими судовими психіатрами, психотерапевтами, психологами, соціальними працівниками, тощо. В Україні подібними можливостями володіють тільки спеціалізовані судово-психіатричні лікарні для неосудних пацієнтів. Особи, які визнані обмежено осудними не мають можливості отримати необхідну для них психосоціальну реабілітацію, через відсутність спеціалізованих центрів/установ/закладів. Вони отримують допомогу за місцем відбування покарання, або в психоневрологічних диспансерах за місцем проживання (у разі коли до них не застосовано покарання з позбавленням волі). Однак, медичні заклади пенітенціарної системи та психоневрологічні диспансери системи МОЗ, на сьогодні не можуть надати необхідну допомогу, щонайменше через відсутність фахівців (особливо психотерапевтів, психологів, соціальних працівників) і недостатню матеріально-технічну базу. Натомість психореабілітаційні центри, які

створюються на загальних підставах, не спеціалізуються на роботі з таким контингентом та не мають законодавчих повноважень для роботи з ними.

Таким чином, Україна потребує негайних законодавчих рішень стосовно створення спеціалізованих судово-психіатричних центрів для надання психосоціальної реабілітації УБД, які скоїли СНД.

## 6.2 Експертна оцінка станів поєднаної психічної патології в осіб, залежних від психоактивних речовин

Клінічну структуру психічної патології в обстежених підекспертних на час скоєння протиправних діянь складала як виключно наркологічна патологія (73,7% в групі АЗ, 83% в групі НЗ), так і поєднана з синдромом залежності психічна патологія ненаркологічного походження, частка якої в обох групах була достатньо вагомою (23,6% в групі АЗ, 17% в групі НЗ). Було встановлено, що в рамках виключно наркологічної патології синдром залежності ускладнювався психотичними розладами (делірієм 4,5% в групі АЗ, поліморфним психотичним розладом 0,9% в групі НЗ), а також непсихотичними порушеннями: розладами особистості (5,8% в групі АЗ, 1,4% в групі НЗ); стійкими когнітивними розладами (2,6% в групі АЗ); алкогольною деменцією (1,3% в групі АЗ). Психотичні та непсихотичні розлади достовірно частіше спостерігались в групі АЗ (14,2% проти 2,3%,  $p < 0,05$ ), що корелювало з наявністю органічного підґрунтя у 84,4% цієї групи.

Поєднана з синдромом залежності інша психічна патологія була встановлена на експертизі у 23,6% осіб з групи АЗ та 17 % в групі НЗ, з них органічні психічні розлади становили найбільший відсоток, відповідно 19,2% та 9,4% ( $p < 0,05$ ).

Експертні діагнози ґрунтувались на результатах безпосереднього психіатричного та психологічного обстеження в умовах СПЕ, а також на

медичних даних з матеріалів провадження. Анамнестичні відомості були отримані з наданих медичних карт амбулаторного хворого, історій хвороб, медичних довідок, результатів обстежень і висновків спеціалістів, епікризів, висновків попередніх експертиз та інших документів, що містили достовірні відомості про стан психічного здоров'я підекспертних. Це дозволило дослідити динаміку психічних розладів протягом тривалого часу, визначити їх генез, провести диференційну діагностику, встановити взаємозв'язок зі станом залежності від ПАР.

Особливістю кримінальних справ осіб з поєднаною психічною патологією було те, що вони містили численні медичні матеріали з психіатричними відомостями (нерідко різнорідними, що потребувало ґрунтовного аналізу і співставлення з результатами експертного обстеження). Проте, наявність численної медичної документації слугувала вагомим доказом в обґрунтуванні експертних діагнозів.

Так 2/3 осіб з тих, що мали поєднану психічну патологію, спостерігались психіатрами з дитинства. В поле зору дитячих психіатрів вони потрапляли, здебільшого, через девіантну поведінку. Спостерігались переважно з такими діагнозами як: «Органічне ураження головного мозку внаслідок перинатальної патології з психічним відставанням», «Олігофренія з психопатизацією та ранньою алкоголізацією». Особам, які обстежувались військово-медичними комісіями військоматів переважно встановлювались діагнози розладів особистості. Згідно зафіксованих даних майже 80% осіб з поєднаною психічною патологією протягом життя отримували ЧМТ, які ускладнювали перебіг як наркологічної, так і ненаркологічної патології.

Органічні психічні розлади домінували в структурі поєднаної патології в обох групах підекспертних. Підставою винесення органічних розладів в окремий діагноз виступав генез захворювання: як результат раннього перинатального або травматичного (до формування залежності від ПАР) ураження. З огляду на молодий вік підекспертних (середній вік становив близько 40 років), судинний генез органічних психічних розладів мав місце в

поодиноких випадках. Інтоксикаційний генез зазначався в діагнозах виключно як елемент складної природи походження психічних розладів.

Специфіка формулювання експертних діагнозів полягає в необхідності детального висвітлення нозологічної і синдромологічної структури психічних розладів. У співвідношенні з МКХ-10 органічні психічні розлади є найбільш проблемною рубрикою для експертних діагнозів. Прикладом є найбільш вживані шифри F07.8 - F07.9, яким зазвичай відповідають діагнози: «Органічні психічні розлади з емоційно-вольовими та когнітивними порушеннями» з обов'язковим зазначенням генезу органічних розладів і ступеню вираженості емоційно-вольових і когнітивних розладів, що обґрунтовуватиме експертний висновок щодо здатності усвідомлювати свої дії та/або керувати ними.

Всі психічні розлади ненаркологічного генезу виносились як основний діагноз. Стан залежності від ПАР зазначався супутнім діагнозом. Поєднання психічної патології обумовлювало тісний взаємозв'язок перебігу психічних розладів, спричиняючи поглиблення психічних порушень, поліморфізм клінічних проявів та несприятливий медико-соціальний прогноз. Такі випадки становили найбільші труднощі для винесення експертних діагнозів.

З 368 осіб зі станами залежності від ПАР 21 (5,7%) підекспертних було визнано такими, що не здатні усвідомлювати свої дії та керувати ними на час скоєння СНД («неосудними») та 4 (1,1%) такими, що не здатні повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними («обмежено осудними»).

Клінічна структура медичного критерію неосудності та обмеженої осудності представлена у табл. 6.3.

Згідно ст. 19 Кримінального кодексу України медичним критерієм неосудності можуть бути хронічні психічні розлади, тимчасові розлади психічної діяльності, недоумство або інші хворобливі стани психіки [61]. Клінічно медичним критерієм неосудності виступають психози, розлади свідомості, деменція, глибока розумова відсталість, дефектні стани.

Таблиця 6.3

Клінічна структура медичного критерію «неосудності» та «обмеженої осудності» в підекспертних з синдромом залежності від ПАР з поєднаною психічною патологією

Таблиця 2

Група А3 (n=156)						Група НЗ (n=212)					
Група з поєднаною психічною патологією (n=41)			Група з наркологічною патологією (n =115)			Група з поєднаною психічною патологією (n=36)			Група з наркологічною патологією (n=176)		
Експертні діагнози та рекомендації	абс.	%	Експертні діагнози та рекомендації	абс.	%	Експертні діагнози та рекомендації	абс.	%	Експертні діагнози та рекомендації	бс.	
<b>Не могли усвідомлювати свої дії та керувати ними – «неосудні»</b>											
<b>F06.2, G 40 + F10.2</b> ПЗМХ з СН	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>F10.2 + F10.4 з них:</b>	<b>7</b>	<b>4,5</b>	<b>F06.6 + F19.53</b> без ПЗМХ	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>F19.2 + F19.53</b> ПЗМХ з СН		<b>,9</b>
<b>F07.8 - F07.9 + F10.4</b> з них:	<b>3</b>	<b>1,9</b>	ПЗМХ з СН	2	1,3	<b>F23.1 + F29 + F1x.2</b> А ПЗМХ	<b>1</b>	<b>0,5</b>			
ПЗМХ з СН	2	1,3	ПЗМХ з ПН	2	1,3	<b>F20.0 + F1x.2</b> ПЗМХ з ПН	<b>1</b>	<b>0,5</b>			
ПЗМХ з ЗН	1	0,6	без ПЗМХ	3	1,9						
<b>F23.2 + F10.2 з них:</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	<b>F10.2 + F10.73</b> ПЗМХ з ЗН	<b>2</b>	<b>1,3</b>						
ПЗМХ з ЗН	1	0,6									
без ПЗМХ	1	0,6									
<b>F31.2, F07.8 + F10.2</b> ПЗМХ з СН	<b>1</b>	<b>0,6</b>									
<b>Разом</b>	<b>7</b>	<b>4,5</b>	<b>Разом</b>	<b>9</b>	<b>5,8</b>	<b>Разом</b>	<b>3</b>	<b>1,4</b>	<b>Разом</b>		<b>,9</b>
<b>Не могли повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними – «обмежено неосудні»</b>											

<b>F07.8 - F07.9 + F10.2</b> А ПЗМХ	<b>1</b>	<b>0,6</b>		<b>F07.8 - F07.9 + F1x.2</b> А ПЗМХ	<b>2</b>	<b>0,9</b>	
<b>F61 + F10.2</b> А ПЗМХ	<b>1</b>	<b>0,6</b>					
<b>Разом</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>		<b>Разом</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	

Примітка:

ПЗМХ з СН – примусові заходи медичного характеру з суворим наглядом

ПЗМХ з ПН – примусові заходи медичного характеру з посиленням наглядом

ПЗМХ з ЗН – примусові заходи медичного характеру із звичайним наглядом

А ПЗМХ– амбулаторні примусові заходи медичного характеру

ПЗМХ з ПН – примусові заходи медичного характеру з посиленням наглядом

ПЗМХ з ЗН – примусові заходи медичного характеру із звичайним наглядом

А ПЗМХ– амбулаторні примусові заходи медичного характеру



Як слідує з наведених даних в таблиці 6.3, медичним критерієм неосудності в осіб зі станами залежності від ПАР в 19 випадках виступали психози різного походження: 1 органічного (F06.2); 4 шизофренічного (F20.0, F23.1, F23.2); 1 афективного (F31.2); 10 інтоксикаційного (F1x.4, F1x.5). В двох випадках «неосудними» були визнані особи зі станами алкогольної деменції F10.73. Значимої різниці за цими показниками між групами з виключно наркологічною і поєднаною патологією немає. Психози і деменція будь-якого походження і ступеню вираженості є беззаперечною підставою визнання особи нездатною усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Спостерігається тенденція до «пом'якшення» рекомендованих експертами видів ПЗМХ, аж до їх незастосування щодо «неосудних», які скоїли СНД в стані психозу, але вийшли з нього на час експертизи, посиляючись на Постанову Пленуму Верховного Суду України №7 від 03.06.2005 №7 «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування» [141]. В таких випадках замість ПЗМХ експертами рекомендується проведення протиалкогольного / протинаркотичного лікування на добровільних засадах. Тим самим, рішення про вибір заходів профілактики злочинів перекладається на суд і бажання підекспертного щодо добровільного лікування. Це значно ускладнює винесення обґрунтованих судових рішень, так як залежні особи однозначно потребують лікування, але забезпечити його на добровільних підставах буває вкрай проблематично через небажання підекспертного (внаслідок некритичного ставлення до хвороби, відсутності фінансової можливості пройти курс лікування, відсутності спеціалізованих лікувально-реабілітаційних закладів / центрів для роботи з таким контингентом). До осіб, визнаних «неосудними» не може застосовуватись покарання, так як відсутня підстава покарання - провина, а злочин обумовлений психічним розладом. Тобто, покарання застосоване бути не може, ПЗМХ як вид державного примусу експертами не рекомендовані, проходження добровільного курсу

лікування лишається під великим питанням. Натомість, клінічний досвід свідчить про високу вірогідність повторення психозу без лікування основного захворювання, яке було підставою його виникнення, а відтак й про високу вірогідність скоєння повторних СНД. Для запобігання цьому експертні рішення повинні ґрунтуватись не тільки на констатації психозу під час СНД, але й на комплексній індивідуалізованій оцінці клінічних, особистісних, соціальних детермінант суспільної небезпеки. У більшості європейських країн ризик кримінальної поведінки і суспільної небезпеки оцінюється за спеціальними шкалами (HCR-20 – «Historical Clinical Risk-20», SVR-20 – «Sexual Violence Risk-20», STATIC-99, START – «Short-term Assessment of Risk and Treatability», PCL-R – «Psychopathy Checklist-Revised», GIRAFFE – «Generic Integrated Risk Assessment for Forensic Environments», CRMT – «Clinical Risk Management Tool», PCL: SV – «Psychopathy Checklist: Screening Version», VRAG – «Violence Risk Appraisal Guide» та ін.). Це додає доказовості експертним висновкам. Але в Україні методики оцінки ризику насильства не адаптовані.

Рішення про нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними в осіб зі станами залежності від ПАР виносились в поодиноких випадках тільки при поєднаній патології (див. табл. 6.3). Синдромально медичним критерієм «обмеженої осудності» виступали емоційно-вольові та/або когнітивні розлади, які істотно впливали на вольовий або інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Емоційно-вольові та когнітивні розлади різного ступеню вираженості були основними клінічними проявами як наркологічної, так і ненаркологічної психічної патології. У разі участі цих розладів в генезі правопорушення вони можуть виступати клінічними підставами визнання особи «обмежено осудною». Винесення експертного рішення про не здатність повною мірою усвідомлювати свої дії так керувати ними розширює можливості суду більш диференційовано застосовувати медико-правові заходи профілактики СНД

осіб зі станами залежності. У разі визнання особи «обмежено осудною» суд може пом'якшити покарання, застосувати амбулаторні ПЗМХ чи запропонувати лікування на добровільних засадах. Остаточне рішення про визнання особи «обмежено осудною», застосування чи ні ПЗМХ, приймає виключно суд на свій розсуд. Суд може й не врахувати експертні рекомендації щодо «обмеженої осудності» та ПЗМХ, визнавши особу осудною з відповідними правовими наслідками. Однак, не відомо жодного прецеденту визнання судом особи «обмежено осудною» без відповідних висновків експертів.

Підсумовуючи слід зазначити, що в структурі експертних висновків щодо осіб зі станами залежності від ПАР з поєднаною психічною патологією ненаркологічні психічні розлади виносились в основний діагноз, залежність від ПАР – в супутній. Тим самим, вказуючи на поєднаний, а не коморбідний характер співіснування психічних розладів.

Не дивлячись на те, що емоційно-вольові та когнітивні порушення є найчастішими проявами як основної, так і супутньої патології, рішення про обмежену здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними виносяться в поодиноких випадках. Це може бути наслідком недооцінки впливу цих розладів в генезі СНД. Практика винесення експертних рішень про обмежену здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними дозволить судам більш широко застосовувати медико-правові заходи профілактики повторних СНД. Це сприятиме загальній тенденції гуманізації державної політики щодо осіб зі станами залежності від ПАР.

### 6.3 Структура медичного критерію неосудності та обмеженої осудності при станах залежності від ПАР

З аналізу офіційно встановлених експертних діагнозів та експертних рішень слідує, що медичним критерієм «неосудності» в обстежених підекспертних зі станами залежності виступали психози різного походження

(61,5%, з них 42,3% спричинені супутньою до залежності психічною патологією), делірій (30,8%), алкогольна деменція (7,7%). Критерієм «обмеженої осудності» були особистісні (емоційно-вольові) та/або когнітивні розлади, які приймали участь в генезі протиправного діяння (табл. 6.4).

Таблиця 6.4

Порівняльна структура медичного критерію експертних рішень за МКХ-10 в кримінальному провадженні та цивільному процесі

Кримінальне провадження	Міг УСД та КН n=435	Не в повній мірі міг УСД та КН n=8				Не міг УСД та КН n=26			
	МКХ F1x.2	МКХ F1x.2+	A3 n=2	H3 n=2	УБД n=4	МКХ F1x.2+	A3 n=16	H3 n=5	УБД n=5
Кримінальне провадження	F1x.2	F07.0, F07.8, F07.2	2	2	4	F06.2	1	-	1
						F20.0, 23.1, 23.2	2	2	3
						F31.2, 31.6	1	-	1
						F1x.4	8	-	-
						F1x.5	2	3	-
						F10.73	2	-	-
Цивільний процес	Міг УЗСД та КН n=41	Пр істотно впливали на здатність УЗСД та КН n=81				Не міг УЗСД та КН n=84			
	МКХ F10.2	МКХ F10.2+	ОГ n=56	ПГ n=25	МКХ F10.2+	ОГ n=28	ПГ n=56		
Цивільний процес	F10.2	F07.0	2	1	F02.8	6	24		
		F07.0+07.8	8	4	F10.73	3	16		
		F10.71	27	11	F07.0 +07.8	2	6		
		F10.74	2	2	F10.71+F10.74	2	1		
		F10.71+ 10.74	17	7	F10.71+ F07.8	3	3		
					F10.4	5	-		
					F10.5	4	2		
					F10.6	3	4		

Як слідує з вищенаведеної таблиці структуру медичного критерію неосудності в осіб зі станами залежності від ПАР в 92,3% склали психози різного походження: 7,7% органічного (F06.2); 26,9% шизофренічного (F20.0, F23.1, F23.2); 7,7% афективного (F31.2, F31.6); 50% інтоксикаційного (F1x.4, F1x.5), з них 30,8% становив інтоксикаційний делірій. В двох випадках (7,7%) «неосудними» були визнані особи зі станами алкогольної деменції

(F10.73). Психози, делірій і деменція будь-якого походження і ступеню вираженості є беззаперечною підставою визнання особи нездатною УСД та КН.

Рішення про нездатність повною мірою УСД та КН в осіб зі станами залежності від ПАР виносились в поодиноких випадках тільки при поєднаній органічній та наркологічній патології (див. табл. 6.4). Синдромально медичним критерієм «обмеженої осудності» виступали особистісні та когнітивні розлади, які істотно впливали на вольовий та інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності УСД та КН.

Як свідчать дані з табл. 6.4, у співставленні з цивільним процесом, спостерігається суттєве обмеження синдромальної структури медичного критерію неосудності та обмеженої осудності в кримінальному провадженні. Так у цивільному процесі структуру медичного критерію «недієздатності» складала: деменція 58,3% (F10.73 - 22,6%; F02.8 - 35,7%); виражені емоційно-вольові та/або когнітивні розлади різного генезу 20,2% (F07.0 + F07.8 - 9,5%; F10.74 + F07.8 - 7,1%; F10.71 + F10.74 - 3,6%); амнестичний синдром (F10.6) - 8,3%; психози (F10.5) - 7,1%; делірій (F10.4) - 6,0%. Переважання деменції, когнітивних, амнестичних розладів (86,9%) у структурі медичного критерію «недієздатності», на відміну від медичного критерію «неосудності», де домінували психози (92,3%), взаємопов'язано з старшим віком підекспертних в групі цивільного процесу.

Структуру медичного критерію «обмеженої дієздатності» в осіб з АЗ становили емоційно-вольові та/або когнітивні розлади різного генезу, які впливали на критико-прогностичну функцію (F07.0 - 3,7%; F07.0 + F07.8 - 14,8%; F10.71 - 46,9%; F10.74 - 4,9%; F10.71 + F10.74 - 29,6%). Тобто, наявність виражених особистісних (емоційно-вольових) або стійких когнітивних розладів наркологічного чи ненаркологічного генезу в цивільному процесі було підставою прийняття рішення про обмежену здатність УСД та/або КН. Поєднання цих розладів виступало підставою недієздатності. Натомість, у кримінальному провадженні поєднання

виражених особистісних (емоційно-вольових) та стійких когнітивних розладів безпідставно не розглядається, навіть, критерієм «обмеженої осудності».

За результатами комплексного судово-психіатричного дослідження нами було встановлено, що виражені емоційно-вольові розлади, спричинені безпосередньо наркологічною (F1x.71) та супутньою патологією (F07.0, F07.8, F60, 61) мали 8,3% осіб з групи АЗ та 5,2% з групи НЗ; виражені когнітивні розлади (F1x.74, F07.8, F70) 4,5% спостерігались тільки в групі АЗ. Помірно виражені емоційно-вольові розлади мали 15,4% осіб з групи АЗ та 7,1% з групи НЗ ( $p < 0,01$ ); помірно виражені когнітивні розлади, відповідно, 4,5% та 1,4% ( $p < 0,05$ ). Поєднання емоційно-вольових і когнітивних розладів помірного або вираженого ступеню спостерігалось у 16,7% підекспертних з АЗ та 7,5% з НЗ ( $p < 0,01$ ). Таким чином, емоційно-вольові та когнітивні розлади помірного або вираженого ступеню, які можуть виступати підставами визнання особи «обмежено осудною» спостерігались у 49,4% осіб з групи АЗ та 21,2% з групи НЗ ( $p < 0,01$ ). В 21,4% УБД зі станами залежності відмічались помірні емоційно-вольові розлади.

Емоційно-вольові та когнітивні розлади різного ступеню вираженості були основними клінічними проявами як наркологічної, так і ненаркологічної психічної патології в осіб з синдромом залежності. Але констатація наявності цих розладів без доведення їх участі в генезі (процесі формування та реалізації) правопорушення не може виступати клінічними підставами визнання особи «обмежено осудною».

Аналіз генезу СНД показав, що виявлені психічні розлади не завжди приймали участь в механізмах реалізації протиправної поведінки. Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД в усіх підекспертних з АЗ, у 98,6% осіб з НЗ та 88,1% УБД.

Це вкотре підтверджує, що психічну хворобу не слід розглядати як єдину причину кримінальної поведінки, але в кожному конкретному випадку потрібно досліджувати її вплив на правопорушення.

Визначення участі та ролі психічних розладів в генезі правопорушення дозволяє обґрунтувати експертне рішення, що особливо актуально для обмеженої осудності.

6.4 Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР

Дослідження впливу психічних розладів на здатність УСД та КН дозволило розробити двох етапний алгоритм з критеріями експертної оцінки синдрому залежності від ПАР в кримінальному провадженні.

Експертно-діагностичний етап передбачає:

- 1) встановлення експертного діагнозу до синдромального рівня з визначенням глибини психічних розладів;
- 2) з'ясування участі виявлених психічних розладів у генезі кримінального діяння;
- 3) винесення експертного рішення. Експертне рішення визначає глибина синдромального рівня медичного критерію у співставленні з аналізом генезу протиправної поведінки.

Експертно-рекомендаційний етап передбачає:

- 1) встановлення актуального психічного стану;
- 2) визначення прогностичного рівня суспільної небезпеки;
- 3) рекомендації щодо застосування та виду медико-правових заходів профілактики (добровільних або державного примусу у вигляді ПЗМХ) (рис. 6.1).

Критерії обмеженої осудності складаються з трьох взаємопов'язаних компонентів:

- 1) встановлення синдромального рівня психічних порушень;
- 2) визначення їх глибини;
- 3) доведення участі цих психічних розладів в генезі протиправної поведінки.

<p><b>Експертно-діагностичний етап</b></p> <p>Мета:</p> <p>1) встановити експертний діагноз до синдромально-го рівня, визначити вираженість ПР</p> <p>2) з'ясувати участь ПР в генезі злочину</p> <p>3) винести експертне рішення</p>	<b>Законодавчий (юрідичний) рівень</b>	Відсутність ПР Легкі ПР	Психічні розлади (ПР)	Хронічні психічні захворювання Тимчасові розлади психічної діяльності Недоумство Інші хворобливі стани психіки
	<b>Нозологічний рівень</b>	<b>Стани залежності від ПАР</b>		
	<b>Синдромальний рівень</b>	Легкі психічні розлади, які не приймали участь в генезі протиправного діяння	Емоційно-вольові та/або когнітивні розлади помірного або вираженого ступеню, які приймали участь в генезі протиправного діяння	Психози 61,5% (наркологічна 19,2% або супутня патологія 42,3%) Делірій 30,8% Деменція 7,7%
	<b>Експертне рішення</b>	<b>Осудність</b> - особа під час вчинення злочину могла УСД (бездіяльність) і КН ч.1 ст. 19 КК України	<b>Обмежена осудність</b> - особа під час вчинення злочину не здатна повною мірою УСД (бездіяльність) і КН ч.1 ст. 20 КК України	<b>Неосудність</b> - особа під час вчинення СНД не могла УСД (бездіяльність) і КН ч.2 ст. 19 КК України





Рис. 6.1 Алгоритм та критерії експертної оцінки психічних розладів при станах залежності від ПАР

З огляду на це, обґрунтування експертного рішення про обмежену осудність є найскладнішим з усіх можливих експертних рішень, що й спричиняє його незастосування в експертній практиці.

Винесення експертного рішення про нездатність повною мірою УСД та КН розширює можливості більш диференційованого застосовування медико-правових заходів профілактики злочинів осіб зі станами залежності. У разі визнання особи «обмежено осудною» суд може пом'якшити покарання, застосувати амбулаторні ПЗМХ чи запропонувати лікування на добровільних засадах Суд може й не врахувати експертні рекомендації щодо «обмеженої осудності» та ПЗМХ, визнавши особу осудною з відповідними правовими наслідками. Однак, не відомо жодного прецеденту визнання судом особи «обмежено осудною» без відповідних висновків експертів.

Критерії вибору медико-правових заходів профілактики особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння, ґрунтуються на експертному рішенні щодо здатності УСД та КН, а також на визначенні рівня суспільної небезпеки як інтегративного показника з актуального психічного стану, його динаміки, прогнозу, тяжкості скоєного кримінального діяння та кримінального анамнезу. ПЗМХ можуть бути застосовані щодо «неосудних» та «обмежено осудних» осіб. Добровільні заходи медико-правового впливу спрямовані на залучення вольового компоненту у вирішення проблем, пов'язаних із залежністю від ПАР, тому застосовуються виключно за згодою особи.

Протипоказами для добровільних заходів на користь ПЗМХ при обмеженій осудності виступають:

- 1) клінічні чинники: порушення критики до зловживання ПАР, вольові розлади на рівні психопатології, виражені когнітивні розлади;
- 2) соціальні чинники: безпритульність, відсутність засобів існування, безальтернативне асоціальне мікрооточення.

Добровільні медико-правові заходи можуть бути застосовані щодо «осудних» та «обмежено осудних осіб». Остаточне рішення приймає суд,

враховуючи експертні рекомендації.

Для досягнення мети профілактики рецидивності злочинів осіб зі станами залежності важливе виконання двох етапів експертного дослідження (експертно-діагностичного та експертно-рекомендаційного).

За результатами дослідження була запропонована інтегративна модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР, що визначає цілі експертного дослідження, алгоритм оцінки медичного та юридичного критеріїв, їх інтегративних складових. Відповідно до синдромальної структури медичного критерію обґрунтовує експертне рішення, на підставі якого визначені критерії вибору медико-правових заходів профілактики, що надає доказовості експертним висновкам, дозволяє диференційовано обирати медико-правові заходи з метою забезпечення правосуддя, дотримання прав і свобод осіб з психічними розладами, профілактики повторних злочинів (рис 6.2).

Будь яка наукова розробка ефективна тільки за умови її практичного впровадження. Судово-психіатричні розробки, в силу своєї специфіки, охоплюють як експертну діяльність (на етапі експертизи), так і загально-психіатричну допомогу (на етапі застосування ПЗМХ чи інших медико-правових заходів). Їх практична реалізація нерідко потребує значних фінансових коштів, так як судова психіатрія є однією з найбільш дорого вартісних напрямків медицини у світі. А також законодавчих змін, без яких неможливе практичне впровадження науково обґрунтованих результатів. Не виключенням є дане дослідження, практичним досягненням якого суттєво сприятиме запровадження на законодавчому рівні альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом залежності від ПАР, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року. Підготовка законопроекту про альтернативні позбавленню волі заходи перебуває на завершальному етапі.

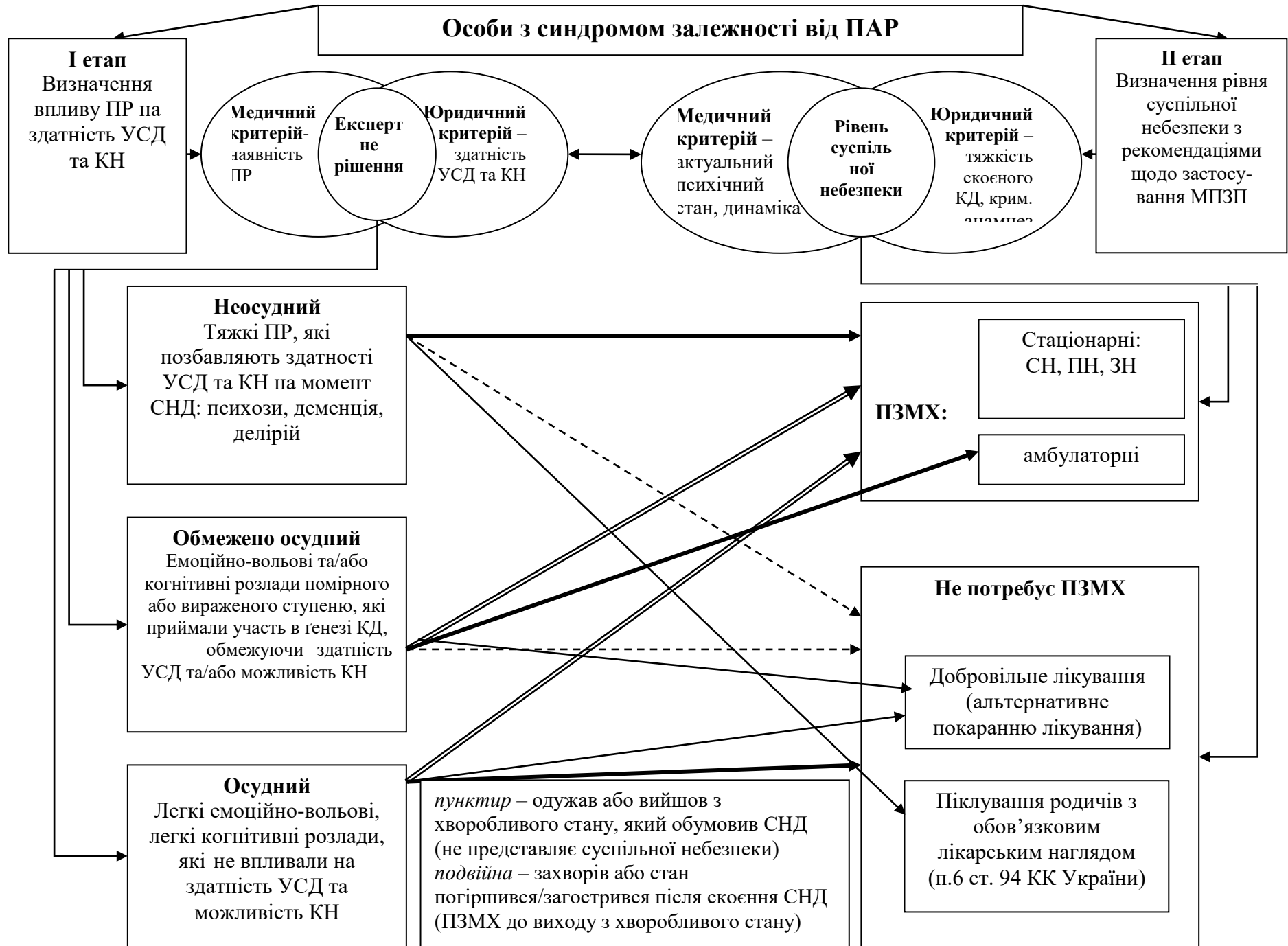


Рис. 6.2 Інтегративна модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР

Примітки до рис. 6: КД - кримінальне діяння, МПЗП - медико-правові заходи профілактики, СН - суворий нагляд, ПН - посилений нагляд, ЗН - звичайний нагляд, ПР - психічні розлади

Особи з психічними розладами, які скоїли СНД це особливий контингент, який потребує спеціалізованої психосоціальної реабілітації з професійно підготовленими судовими психіатрами, психотерапевтами, психологами, соціальними працівниками, тощо. В Україні подібними можливостями володіють тільки спеціалізовані судово-психіатричні лікарні для неосудних пацієнтів. Особи, які визнані обмежено осудними не мають можливості отримати необхідну для них психосоціальну реабілітацію, через відсутність спеціалізованих центрів/установ/закладів. Вони отримують допомогу за місцем відбування покарання, або в психоневрологічних диспансерах за місцем проживання (у разі коли до них не застосовано покарання з позбавленням волі). Однак, медичні заклади пенітенціарної системи та психоневрологічні диспансери системи МОЗ, на сьогодні не можуть надати необхідну допомогу, щонайменше через відсутність фахівців (насамперед психотерапевтів, психологів, соціальних працівників) і недостатню матеріально-технічну базу. Натомість реабілітаційні центри, які створюються на загальних підставах, не спеціалізуються на роботі з таким контингентом та не мають законодавчих повноважень для роботи з ними. У зв'язку з цим, доцільно створення мережі спеціалізованих судово-психіатричних центрів для проведення психо-соціальної реабілітації особам зі станами залежності від ПАР, які скоїли кримінальні діяння, з метою профілактики повторних злочинів.

### **Висновки до розділу 6.**

Дослідження впливу психічних розладів на здатність УСД та КН дозволило розробити двох етапний алгоритм та критерії експертної оцінки синдрому залежності від ПАР в кримінальному провадженні. Експертне рішення визначає синдромальний рівень медичного критерію.

В кримінальному провадженні медичним критерієм «неосудності» виступали психози різного походження (61,5%, з них 42,3% спричинені супутньою до залежності психічною патологією), делірій (30,8%), алкогольна

деменція (7,7%).

Критерієм «обмеженої осудності» були особистісні (емоційно-вольові) та/або когнітивні розлади помірною або вираженого ступеню, які приймали участь в генезі протиправного діяння, тим самим істотно впливали на вольовий та/або інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними. Емоційно-вольові та когнітивні розлади помірною або вираженого ступеню, спостерігались у 49,4% осіб з групи АЗ та 21,2% з групи НЗ ( $p < 0,01$ ). В 21,4% УБД зі станами залежності відмічались помірні емоційно-вольові розлади.

Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД в усіх підекспертних з АЗ, у 98,6% осіб з НЗ та 88,1% УБД.

Критерії обмеженої осудності складаються з трьох взаємопов'язаних складових:

- 1) встановлення синдромального рівня психічних порушень;
- 2) визначення їх глибини;
- 3) доведення участі цих психічних розладів в генезі протиправної поведінки. З огляду на це, обґрунтування експертного рішення про обмежену осудність є найскладнішим з усіх можливих експертних рішень, що й спричиняє його незастосування в експертній практиці.

Критерії вибору медико-правових заходів профілактики особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння, ґрунтуються на експертному рішенні щодо здатності УСД та КН, а також на визначенні рівня суспільної небезпеки як інтегративного показника з актуального психічного стану, його динаміки, прогнозу, тяжкості скоєного кримінального діяння та кримінального анамнезу. ПЗМХ можуть бути застосовані щодо «неосудних» та «обмежено осудних» осіб. Добровільні заходи медико-правового впливу спрямовані на залучення вольового компоненту у вирішення проблем, пов'язаних із залежністю від ПАР, тому застосовуються виключно за згодою особи.

Протипоказаннями для добровільних заходів на користь ПЗМХ при обмеженій осудності виступають:

- 1) клінічні чинники: порушення критики до зловживання ПАР, вольові розлади на рівні психопатології, виражені когнітивні розлади;
- 2) соціальні чинники: безпритульність, відсутність засобів існування, асоціальне мікрооточення.

Добровільні медико-правові заходи можуть бути застосовані щодо «осудних» та «обмежено осудних осіб». Остаточне рішення приймає суд, враховуючи експертні рекомендації.

Запропонована модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР визначає цілі експертного дослідження, алгоритм оцінки медичного та юридичного критеріїв, їх інтегративних складових. Відповідно до синдромальної структури медичного критерію обґрунтовує експертне рішення, на підставі якого визначені критерії вибору медико-правових заходів, що надає доказовості експертним висновкам, дозволяє диференційовано обирати медико-правові заходи з метою забезпечення правосуддя, дотримання прав і свобод осіб з ПР, профілактики повторних злочинів.

Високі показники повторності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР, негативна динаміка їх кримінального досвіду свідчать про неефективність існуючих профілактично-виправних заходів, необхідність розробки і впровадження нових підходів до психосоціальної реабілітації таких осіб з метою попередження повторності злочинів, що відповідає вимогам Стратегії державної політики щодо наркотиків та європейському досвіду. З огляду на отримані результати дослідження, суттєвим сприянням для досягнення практичної реалізації заходів профілактики повторних СНД осіб зі станами залежності є:

- 1) запровадження на законодавчому рівні альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за



злочини, пов'язані зі станом залежності від ПАР, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року;

2) створення спеціалізованих судово-психіатричних центрів для проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли кримінальні діяння.

Основні результати та матеріали, викладенні в даному розділі, опубліковані автором у наступних працях [97, 101, 103, 107, 109, 115, 120, 124, 162, 169, 171, 172, 237,].

## АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

За гендерним розподілом всі групи були ідентичними: переважну більшість складала чоловіки (табл. 1). Гендерний аналіз засвідчив, що чоловіки з синдромом залежності від ПАР у рази частіше ( $\approx 16:1$ ) скоюють кримінальні правопорушення, ніж жінки з такою ж наркологічною патологією. Це свідчить, що не дивлячись на тенденції інтенсивного зростання показників алко- та наркозалежності серед жінок, з точки зору кримінології, чоловіча стать залишається одним з факторів ризику кримінальної поведінки у даного контингенту осіб.

За віковим розподілом групи в рамках цивільного і кримінального судочинства різнились. У цивільному процесі переважали особи передпенсійного віку, в кримінальному провадженні - особи найбільш працездатного віку, які становлять соціально-демографічний та економічний потенціал країни.

Таблиця 1

### Демографічна характеристика груп дослідження

Показники	Цивільний процес			Кримінальне провадження			
	I ПГ n=120	II ПГ n=86	Σ n=206	A3 n=156	H3 n=212	УБД n=87	Σ n=455
Вік	min=31 max=81	min=29 max=80	min=29 max=81	min=24 max=66	min=16 max=52	min=17 max=51	min=16 max=66
Середній вік	53,1	56,3	54,7	38,6	31,6	29,3	33,2
Чоловіки	102 (85%)	75 (88,4%)	177 (85,9%)	150 (96,2%)	193 (91%)	88 (98,9%)	429 (94,3%)
Жінки	18 (15%)	11 (11,6%)	29 (14,1%)	6 (3,8%)	19 (9%)	1 (1,1%)	26 (5,7%)

Аналіз структури експертних рішень виявив діаметральні розбіжності в оцінці психічних розладів внаслідок залежності від ПАР в кримінальному та цивільному процесах (табл. 2).

Таблиця 2

## Структура експертних рішень

Групи дослідження		Міг УСД та КН	Не міг УСД та КН	Не повною мірою	Всього
Цивільний процес	I ПГ	38 (31,7%)	28 (23,3%)	56 (45%)	120
	II ПГ	5 (5,8%)	56 (65,1%)	25 (29,1%)	86
	Разом	43 (20,9%)	84 (40,8%)	79 (38,3%)	206
Кримінальне провадження	A3	138 (88,4%)	16 (10,3%)	2 (1,3%)	156
	H3	205 (96,8%)	5 (2,3%)	2 (0,9%)	212
	Разом	343 (93,2%)	21 (5,7%)	4 (1,1%)	368
	УБД	78 (89,7%)	5 (5,7%)	4 (4,6%)	87
	Всього	421 (92,5%)	26 (5,7%)	8 (1,8%)	455

Встановлено, що при експертизі станів залежності в цивільному процесі домінували рішення про нездатність або обмежену здатність УСД та КН (відповідно 40,8% та 38,3%). Натомість в кримінальному провадженні такі рішення становили відповідно 5,7% та 1,8%, а в переважній більшості виносились рішення про збереження здатності УСД та КН (92,5%). Особливо наочною була різниця між групами ретроспективного аналізу психічного стану на конкретно визначений юридично значимий момент: у групах А3 та Н3 нездатними в повній мірі УСД та КН визнано 1,1% підекспертних, такими, що могли УСД та КН – 93,2%, не могли УСД та КН – 5,7%; у цивільному процесі (I ПГ) експертне рішення про істотний вплив ПР виносилось у 45% випадків, про збереження здатності УСД та КН – у 31,7%, про нездатність УСД та КН – 23,3%. Це свідчить про незастосування експертної практики щодо винесення рішень про «обмежену осудність» в кримінальному провадженні при широкому використанні категорії «обмеженої дієздатності» в цивільному процесі, що призводить до необґрунтованого обмеження вибору медико-правових заходів профілактики повторних злочинів особам із станами залежності від ПАР.

Також спостерігається тенденція делегування обов'язків щодо визначення ступеню суспільної небезпеки, прогнозу та вибору виду ПЗМХ з перекладанням цих завдань на суд.

Це відбувається через відсутність чітких критеріїв вибору видів ПЗМХ, неадаптованість міжнародних шкал оцінки ступеню ризику суспільно небезпечних дій осіб з психічними розладами, які б доказово обґрунтовували вибір рекомендованих заходів.

Таблиця 3

Структура рекомендованих видів примусових заходів медичного характеру щодо осудних та обмежено осудних підекспертних

Рекомендовані види ПЗМХ		АЗ (n=156)		НЗ (n=212)		УБД (n=87)		Всього (n=455)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Неосудні	СН	6	3,8	2	0,9	2	2,3	10	2,2
	ПН	2	1,3	1	0,5	-	-	3	0,7
	ЗН	4	2,6	-	-	3	3,4	7	1,5
	АПЗМХ	-	-	1	0,5	-	-	1	0,2
	Без ПЗМХ	4	2,6	1	0,5	-	-	5	1,1
Разом		16	10,3	5	2,4	5	5,4	26	5,7
Обмежено осудні	АПЗМХ	2	1,3	2	0,9	3	3,4	7	1,5
	Без ПЗМХ	-	-	-	-	1	1,1	1	0,2
Разом		2		2		4		8	1,8

Примітка: СН – суворий нагляд; ПН – посилений нагляд; ЗН – звичайний нагляд; АПЗМХ – амбулаторні примусові заходи медичного характеру.

Саме внаслідок вищенаведених причин у структурі призначених видів ПЗМХ відмічається вагома частка визнання осіб неосудними без рекомендації будь-яких ПЗМХ (табл. 3).

Шляхом анкетування експертів, з послідуючим аналізом, були досліджені причини непоширеності експертної практики в частині винесення рішень про нездатність повною мірою УСД та КН стосовно осіб зі станами залежності від ПАР. Серед них були виділені наступні:

1) методологічні (85%) – відсутність методичних розробок та рекомендацій з чіткими науково обґрунтованими медичними критеріями визнання особи обмежено осудною;

2) ідеологічні (8%) – пов'язані з різними експертними поглядами щодо прийняття обмеженої осудності, як окремого від осудності експертного рішення;

3) професійні (5%) – пов'язані з недостатністю професійних знань стосовно змісту, критеріїв, підстав та наслідків визнання особи обмежено осудною;

4) реально-практичні (2%) – пов'язані з відсутністю спеціалізованих центрів психореабілітаційної допомоги для осіб зі станами залежності, які вчинили кримінальні правопорушення і визнані судом осудними чи обмежено осудними, недостатність спеціально підготовлених кадрів для роботи з таким контингентом, матеріально-технічна незабезпеченість. Тобто, відсутній механізм практичної реалізації закріпленої законодавчої норми стосовно осіб з психічними розладами.

Аналіз структури та особливостей скоєння протиправних діянь підтвердив, що особи з АЗ переважно здійснюють агресивні СНД проти життя і здоров'я інших осіб (вбивства, тілесні ушкодження різного ступеня тяжкості, тортури). Особи із залежністю від наркотичних речовин притягуються до кримінальної відповідальності здебільшого за майнові злочини, незаконні операції з наркотиками, хуліганство.

Частка агресивних злочинів у структурі СНД осіб з АЗ складалась із

злочинів безпосередньо спрямованих проти життя та здоров'я особи (66,7%) та злочинів із заподіянням тілесних ушкоджень або смерті жертв внаслідок розбоїв, хуліганських дій, аварій, спричинених у нетверезому стані (5,1%). Загалом агресивні злочини у цій групі становили 71,8%, з них ті, що спричинили смерть потерпілих 35,9%.

У групі з НЗ злочини з агресивним компонентом, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень становили 29,2%, з них із смертельним кінцем 18,4%, що достовірно ( $p < 0,001$ ) нижче ніж у групі осіб з АЗ.

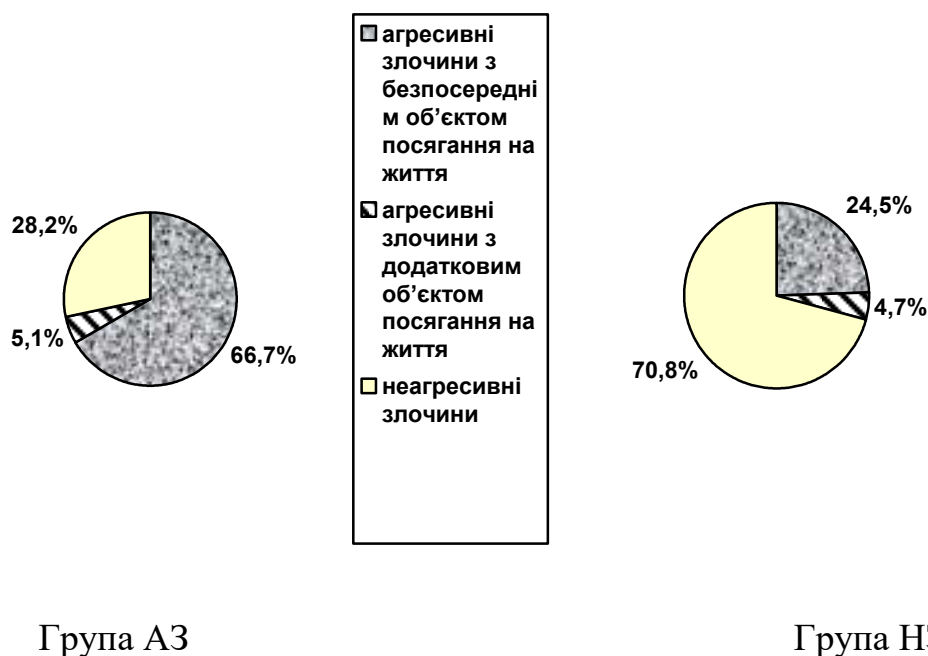


Рис. 1 Структура правопорушень в групі осіб з алкогольною та наркотичною залежністю

Стан алкогольного чи наркотичного сп'яніння під час СНД спостерігався майже в усіх осіб з групи АЗ (96,8%) та більш ніж у половини осіб з НЗ (50,9%). Це вкотре доводить, що стан сп'яніння сприяє реалізації СНД, навіть без впливу додаткових криміногенних чинників, які за наявності суттєво збільшують вірогідність вчинення протиправних діянь особами із

станами залежності.

Кількість жертв від спричинених агресивних злочинів перевищувала кількість підекспертних, які вчинили такі СНД. На 174 підекспертних, які скоїли насильницькі злочини припало 209 осіб, які стали жертвами їх агресивних злочинів, 103 з яких загинули. Людські втрати є лише однією складовою з комплексу факторів економічно-демографічних втрат країни внаслідок СНД даного контингенту осіб. Жертвами агресивних дій ставали від 1 до 4-х потерпілих від одного підекспертного. Численність потерпілих більш характерна для осіб з групи АЗ.

Серед достовірно значимих особливостей скоєння СНД було виявлено, що особи з АЗ вчиняють злочини переважно пізнім вечором або вночі (86,5%,  $p < 0,001$ ), не маючи попереднього наміру на злочин (57,1%,  $p < 0,01$ ), діючи раптово під впливом ситуаційних чинників (55,8%,  $p < 0,01$ ). При цьому вони майже не вживають заходів щодо приховування слідів злочину (76,9%,  $p < 0,01$ ), не намагаються надати допомогу потерпілим. Під час експертизи визнавали свою вину, висловлювали каяття (64,3%,  $p < 0,01$ ). Під час скоєння злочину алкогольне сп'яніння у підекспертного і потерпілого спостерігалось у 52,6% ( $p < 0,01$ ).

Натомість наркозалежні здійснюють протиправні діяння здебільшого вранці або вдень (85,8%,  $p < 0,01$ ), маючи попередній намір на вчинення злочину з корисливих мотивів (75%,  $p < 0,01$ ). Майже завжди намагались приховати навіть очевидну причетність до правопорушення та зловживання ПАР (93,9%,  $p < 0,01$ ). Не виказували відчуття провини чи каяття, намагались виправдати себе, показати у вигіднішому світлі.

У структурі правопорушень учасників бойових дій теж переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (59,8%,  $p < 0,05$ ). На 51 учасника бойових дій припало 76 осіб, які стали жертвами їх агресивних злочинів. Характерною особливістю скоєння агресивних злочинів було нанесення численних тілесних пошкоджень (травм, ударів) жертвам. Жорстокість та тяжкість таких злочинів виступали підставами призначення

судово-психіатричної експертизи. Підставами призначення судово-психіатричної експертизи учасникам бойових дій, які вчинили злочини не пов'язані з посяганням на життя та здоров'я інших осіб, були відомості про звернення за психіатричною допомогою в минулому.

Учасники бойових дій переважно виявляли агресію до випадкових чи малознайомих людей (92,2%). Злочини проти членів сім'ї були зафіксовані в 7,8%. Особливістю скоєння тяжких агресивних злочинів учасниками бойових дій була їх раптовість, імпульсивність, легкість прийняття рішення про вчинення злочину відсутність суттєвого психологічного переживання після скоєного, невжиття заходів приховування злочину. Групою осіб було вчинено 25,5% правопорушень (виключно вбивства та спричинення тяжких тілесних ушкоджень). В ситуації конфлікту (53,8%) або бійки (13,5%) було скоєно 67,3% агресивних злочинів. В стані алкогольного сп'яніння 80,8% злочинів. У перші місяці після повернення із зони бойових дій (ЗБД) було скоєно 85,1% правопорушень.

На підставі аналізу структури та особливостей скоєння СНД були встановлені клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки обстеженого контингенту (рис. 2).

Рецидивність протиправних діянь осіб з психічними розладами є маркером ефективності медико-профілактичних заходів. Аналіз кримінального досвіду свідчить про високі показники повторності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР та негативну динаміку їх кримінального досвіду.



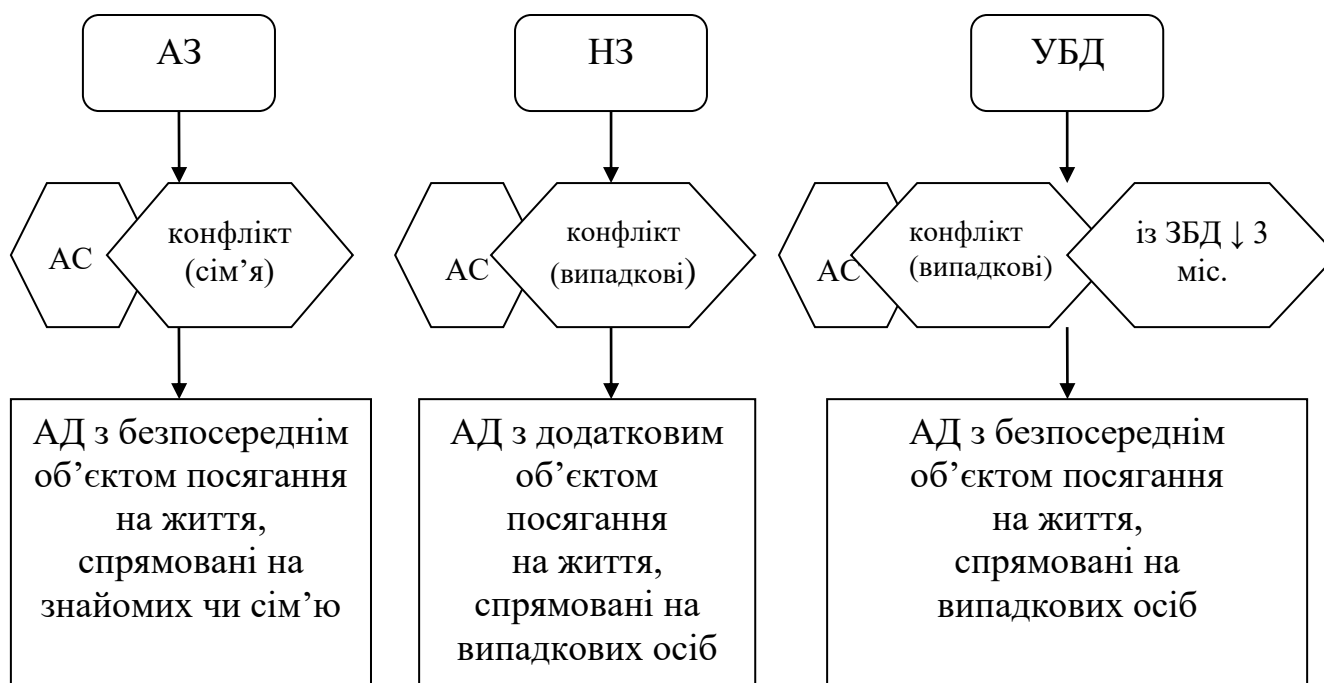


Рис. 2 Клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки

Кримінальний досвід в минулому мали 62,8% осіб з АЗ та 76,4% наркозалежних (це найвищі показники серед усіх категорій психічно хворих). Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово (відповідно 69,4% і 78,4%). Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду, від менш тяжких, до вчинення тяжких злочинів (відповідно 34,7% і 26%).

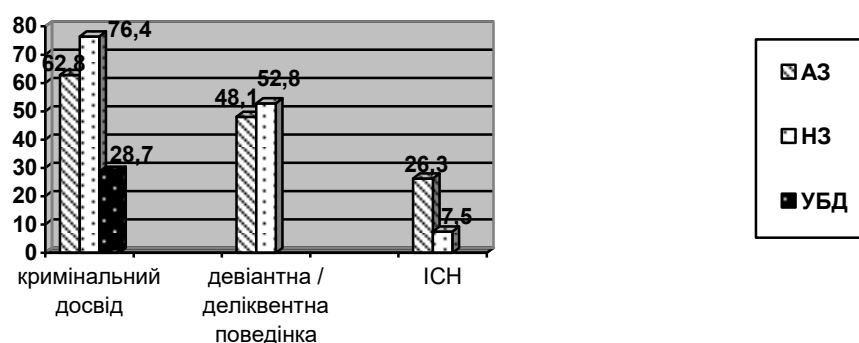


Рис. 3 Кримінальний анамнез

Ці дані підтверджують неефективність існуючих профілактично-виправних заходів, необхідність розробки і впровадження нових підходів до

СПЕ, подальшої реабілітації таких осіб з метою попередження повторних злочинів, що відповідає вимогам Стратегії державної політики щодо наркотиків та європейському досвіду.

Серед УБД кримінальний досвід в минулому мали менше ніж третина підекспертних (28,7%), що свідчить про порівняно невисоку рецидивність та криміногенність цього контингенту.

Порівняльний аналіз соціальних показників між групами встановив найбільш значущі особливості соціального статусу обстежених, які слід враховувати при виборі медико-профілактичних заходів, а також в розробці соціального блоку програми реабілітації. Особи з АЗ вирізнялись високими показниками найнижчих рівнів освіти (відсутністю освіти, навчанням у школах-інтернатах) (12,9%,  $p < 0,01$ ), що корелювало з несприятливими родинними факторами в дитинстві (відсутністю батьків, позбавлення їх батьківських прав, бездоглядністю, зловживанням батьками алкоголем). Особи з АЗ в минулому мали сім'ї (були розлучені 41%,  $p < 0,05$ ) та дітей (43,6%,  $p < 0,01$ ). Сімейні зв'язки втратили внаслідок алкоголізації, тому проживали у співмешканні з іншими особами (не родичами, з якими нерідко разом алкоголізувались) або були безпритульними (41%,  $p < 0,01$ ). Більше третини (35,9%) мали постійне місце працевлаштування, переважно на низькокваліфікованих роботах (двірник, вантажник, будівельник, різноробочий, тощо), основним засобами існування називали заробітну плату та підробітки (58,3%,  $p < 0,01$ ). В осіб з АЗ достовірно частіше виявлялось обтяжуюче органічне підґрунтя у вигляді нервово-психічних відхилень (енурез, логоневроз, сноходіння, надмірна збудливість, судоми в дитинстві) та черепно-мозкових травм, отриманих в різні вікові періоди (84,4%,  $p < 0,01$ ).

Натомість, у групі НЗ переважали неодружені особи (53,3%,  $p < 0,01$ ), які мешкали з батьками (59%,  $p < 0,01$ ), не мали постійної роботи (86,3%,  $p < 0,01$ ), основними засобами існування були епізодичні підробітки, кримінальні надходження або кошти інших членів родини (78,3%,  $p < 0,01$ ), які здебільшого витрачали на придбання наркотичної речовини.

Підекспертні обох груп відрізнялись високими показниками спадкової обтяженості, переважно за рахунок наркологічних захворювань у батьків (АЗ 47,4%, НЗ 36,3%), та наявністю девіантної/деліквентної поведінки в дитячому та підлітковому віці (неконтрольованість поведінки, конфлікти з дорослими та вчителями, бійки, пропуски занять у школі, втечі з дому, бродяжництво, крадіжки, приводи в міліцію, тощо) (АЗ 48,1%, НЗ 52,8%,  $p > 0,05$ ). На обліку в інспекції у справах неповнолітніх перебували 26,3% осіб з групи АЗ та 7,5% з групи НЗ,  $p < 0,05$ .

З аналізу соціальних показників обох груп слідує, що вектор соціальної реабілітації осіб з АЗ має спрямовуватись на відновлення втраченого соціального статусу, а в осіб з НЗ - на розвиток наявного соціального потенціалу.

Обстежені УБД вирізнялись високим освітнім рівнем (79,3%), наявністю дітей та сім'ї (46,5%), наявністю спеціалізованої роботи та засобів існування (91%). В той же час, після служби у них відмічались ознаки зниження соціальної адаптації за наступними показниками: втрата роботи (12,6%), зниження матеріальної забезпеченості (33,3%), зростання асоціальності (алкоголізація, насильство, кримінальність) (35,6%). Ці дані свідчать, що до участі в АТО обстежені підекспертні були достатньо соціально адаптованим контингентом. Тому основною задачею психосоціальної реабілітації УБД є збереження їх «довоєнного» соціального статусу.

Клінічну структуру психічної патології в обстежених підекспертних на час скоєння протиправних діянь складала як виключно наркологічна патологія (73,7% в групі АЗ, 83% в групі НЗ), так і поєднана з синдромом залежності психічна патологія ненаркологічного походження, частка якої в обох групах була достатньо вагомою (23,6% в групі АЗ, 17% в групі НЗ). Було встановлено, що в рамках виключно наркологічної патології синдром залежності ускладнювався психотичними розладами (делірієм 4,5% в групі АЗ, поліморфним психотичним розладом 0,9% в групі НЗ), а також

непсихотичними порушеннями: розладами особистості (5,8% в групі АЗ, 1,4% в групі НЗ); стійкими когнітивними розладами (2,6% в групі АЗ); алкогольною деменцією (1,3% в групі АЗ). Психотичні та непсихотичні розлади достовірно частіше спостерігались в групі АЗ (14,2% проти 2,3%,  $p < 0,05$ ), що корелювало з наявністю органічного підґрунтя у 84,4% цієї групи.

Поєднана з синдромом залежності інша психічна патологія була встановлена на експертизі у 23,6% осіб з групи АЗ та 17 % в групі НЗ, з них органічні психічні розлади становили найбільший відсоток, відповідно 19,2% та 9,4% ( $p < 0,05$ ).

У групі НЗ 51,4% виявляли синдром залежності наслідок поєданого вживання ПАР (з них 31,1% внаслідок вживання наркотичних речовин та алкоголю); 39,6% осіб страждали синдромом залежності від опіоїдів. Залежність від інших наркотичних речовин була виявлена в поодиноких випадках (табл. 4).

Таблиця 4

Клінічна структура психічної патології на час скоєння протиправних діянь

Діагностичні рубрики МКХ-10	Група АЗ (n=156)		Група НЗ (n=212)	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
F10.2 – синдром залежності від алкоголю	93	59,6	-	-
F10.2 + F10.4 – зі станом відміни з делірієм	7	4,5	-	-
F10.2 + F10.71 – з розладом особистості	9	5,8	-	-
F10.2 + F10.73 – з алкогольною деменцією	2	1,3	-	-
F10.2 + F10.74 – з стійким когнітивним розладом	4	2,6	-	-
F11.2 – синдром залежності від опіоїдів	-	-	77	36,3

Продовження табл. 4

1	2	3	4	5
F12.2 – синдром залежності від каннабіноїдів	-	-	8	3,8
F12.2 + F12.71 – з розладом особистості	-	-	1	0,5
F14.2 – синдром залежності від кокаїну	-	-	1	0,5
F15.2 – синдром залежності від психостимуляторів	-	-	8	3,8
F18.2 – синдром залежності від летючих речовин	-	-	1	0,5
F19.2 – синдром залежності від поєданого вживання ПАР	-	-	76	35,8
F19.2 + F19.53 – з поліморфним психотичним розладом	-	-	2	0,9
F19.2 + F19.71 – з розладом особистості	-	-	2	0,9
<b>Разом (наркологічна патологія)</b>	<b>115</b>	<b>73,7</b>	<b>176</b>	<b>83</b>
<i><b>Поєднана психічна патологія різних нозологічних рубрик</b></i>				
<b>Органічні психічні розлади (F 00-F09) +F1x.2</b>	<b>30</b>	<b>19,2</b>	<b>20</b>	<b>9,4</b>
Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад F06.2 на фоні G 40	1	0,6	-	-
Органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад F06.6	1	0,6	1	0,5
Інші уточнені ПР, пов'язані з пошкодженням і дисфункцією мозку та соматичними захворюваннями F06.8	2	1,3	2	0,9
Органічний розлад особистості F07.0	-	-	1	0,5
Інші уточнені/неуточнені органічні розлади особистості та поведінки, обумовлені захворюванням, пошкодженням і дисфункцією мозку F07.8 - F07.9	26	16,7	16	7,5

Продовження табл. 4

1	2	3	4	5
<b>Шизофренія (F20 - F29) +F1x.2</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	<b>4</b>	<b>1,9</b>
Шизофренія параноїдна F20.0	-	-	2	0,9
Гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії F23.1 на фоні неуточненого органічного психозу F29	-	-	1	0,5
Гострий шизофреноподібний психотичний розлад F23.2	2	1,3	-	-
Інший шизоафективний розлад F25.8	-	-	1	0,5
<b>Афективні розлади (F30 - F39) +F1x.2</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
Біполярний афективний розлад, епізод манії з психотичними симптомами F31.2	1	0,6	-	-
Біполярний афективний розлад, змішаний епізод F31.6	-	-	1	0,5
<b>Розлади особистості та поведінки у дорослих (F60 - F69) +F1x.2</b>	<b>5</b>	<b>3,2</b>	<b>7</b>	<b>3,3</b>
Дисоціальний розлад особистості F60.2	1	0,6	1	0,5
Емоційно нестійкий розлад особистості F60.3	1	0,6	3	1,4
Демонстративний розлад особистості F60.4	-	-	1	0,5
Змішаний розлад особистості F61.0	2	1,3	2	0,9
Інші розлади статевого потягу F65.8	1	0,6	-	-
<b>Легка розумова відсталість F70.1 +F1x.2</b>	<b>3</b>	<b>1,9</b>		
<b>Соціалізований розлад поведінки F91.2 +F1x.2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>Акцентуація особистісних рис Z73.1 +F1x.2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>Разом (поєднана патологія)</b>	<b>41</b>	<b>23,6</b>	<b>36</b>	<b>17,0</b>

В обстежених УБД спостерігався високий відсоток психічних розладів (90,8%). Стани залежності від ПАР було діагностовано в 48,3%, з них виключно наркологічна патологія спостерігалась у 28,7% (F10,2 - 23%, F11,2

- 1,1%, F19,2 - 4,6%); решта випадків залежностей (19,6%) була супутнім діагнозом з органічними психічними розладами (4,6%), розладами особистості (5,7%), шизофреноподібними захворюваннями (2,3%), невротичними, пов'язаними зі стресом розладами (6,9%). При винесенні експертних рішень спостерігалась тенденція до гіподіагностики станів залежності від ПАР, навіть при наявності задокументованих фактів залежностей в УБД.

З аналізу офіційно встановлених експертних діагнозів та експертних рішень слідує, що медичним критерієм «неосудності» в обстежених підекспертних зі станами залежності виступали психози різного походження (61,5%, з них 42,3% спричинені супутньою до залежності психічною патологією), делірій (30,8%), алкогольна деменція (7,7%). Критерієм «обмеженої осудності» були особистісні (емоційно-вольові) та/або когнітивні розлади, які приймали участь в генезі протиправного діяння (табл. 5).

Як слідує з наведеної таблиці структуру медичного критерію неосудності в осіб зі станами залежності від ПАР в 92,3% складали психози різного походження: 7,7% органічного (F06.2); 26,9% шизофренічного (F20.0, F23.1, F23.2); 7,7% афективного (F31.2, F31.6); 50% інтоксикаційного (F1x.4, F1x.5), з них 30,8% становив інтоксикаційний делірій. В двох випадках (7,7%) «неосудними» були визнані особи зі станами алкогольної деменції (F10.73). Психози, делірій і деменція будь-якого походження і ступеню вираженості є беззаперечною підставою визнання особи нездатною УСД та КН.

Рішення про нездатність повною мірою УСД та КН в осіб зі станами залежності від ПАР виносились в поодиноких випадках тільки при поєднаній органічній та наркологічній патології (див. табл. 4). Синдромально медичним критерієм «обмеженої осудності» виступали особистісні та когнітивні розлади, які істотно впливали на вольовий та інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності УСД та КН.

Таблиця 5

Порівняльна структура медичного критерію експертних рішень за МКХ-10 в кримінальному провадженні та цивільному процесі

Кримінальне провадження	Міг УСД та КН n=435	Не в повній мірі міг УСД та КН n=8				Не міг УСД та КН n=26			
	МКХ F1x.2	МКХ F1x.2+	A3 n=2	H3 n=2	УБД n=4	МКХ F1x.2+	A3 n=16	H3 n=5	УБД n=5
F1x.2	F07.0, F07.8, F07.2	2	2	4	F06.2	1	-	1	
					F20.0, 23.1, 23.2	2	2	3	
					F31.2, 31.6	1	-	1	
					F1x.4	8	-	-	
					F1x.5	2	3	-	
					F10.73	2	-	-	
Цивільний процес	Міг УЗСД та КН n=41	ПР істотно впливали на здатність УЗСД та КН n=81				Не міг УЗСД та КН n=84			
	МКХ F10.2	МКХ F10.2+	ОГ n=56	ПГ n=25	МКХ F10.2+	ОГ n=28	ПГ n=56		
	F10.2	F07.0	2	1	F02.8	6	24		
		F07.0+07.8	8	4	F10.73	3	16		
		F10.71	27	11	F07.0 +07.8	2	6		
		F10.74	2	2	F10.71+F10.74	2	1		
		F10.71+ 10.74	17	7	F10.71+ F07.8	3	3		
					F10.4	5	-		
					F10.5	4	2		
				F10.6	3	4			

Як свідчать дані з табл. 5, у співставленні з цивільним процесом, спостерігається суттєве обмеження синдромальної структури медичного критерію неосудності та обмеженої осудності в кримінальному провадженні. Так у цивільному процесі структуру медичного критерію «недієздатності» склали: деменція 58,3% (F10.73 - 22,6%; F02.8 - 35,7%); виражені емоційно-вольові та/або когнітивні розлади різного генезу 20,2% (F07.0 + F07.8 - 9,5%; F10.74 + F07.8 - 7,1%; F10.71 + F10.74 - 3,6%); амнестичний синдром (F10.6) - 8,3%; психози (F10.5) - 7,1%; делірій (F10.4) - 6,0%. Переважання деменції, когнітивних, амнестичних розладів (86,9%) у структурі медичного критерію «недієздатності», на відміну від медичного критерію «неосудності», де домінували психози (92,3%), взаємопов'язано з старшим віком підекспертних в групі цивільного процесу.



Структуру медичного критерію «обмеженої дієздатності» в осіб з АЗ становили емоційно-вольові та/або когнітивні розлади різного генезу, які впливали на критико-прогностичну функцію (F07.0 - 3,7%; F07.0 + F07.8 - 14,8%; F10.71 - 46,9%; F10.74 - 4,9%; F10.71 + F10.74 - 29,6%). Тобто, наявність виражених особистісних (емоційно-вольових) або стійких когнітивних розладів наркологічного чи ненаркологічного генезу в цивільному процесі було підставою прийняття рішення про обмежену здатність УЗСД та/або КН. Поєднання цих розладів виступало підставою недієздатності. Натомість, у кримінальному провадженні поєднання виражених особистісних (емоційно-вольових) та стійких когнітивних розладів безпідставно не розглядається, навіть, критерієм «обмеженої осудності».

За результатами комплексного судово-психіатричного дослідження нами було встановлено, що виражені емоційно-вольові розлади, спричинені безпосередньо наркологічною (F1x.71) та супутньою патологією (F07.0, F07.8, F60, 61) мали 8,3% осіб з групи АЗ та 5,2% з групи НЗ; виражені когнітивні розлади (F1x.74, F07.8, F70) 4,5% спостерігались тільки в групі АЗ. Помірно виражені емоційно-вольові розлади мали 15,4% осіб з групи АЗ та 7,1% з групи НЗ ( $p < 0,01$ ); помірно виражені когнітивні розлади, відповідно, 4,5% та 1,4% ( $p < 0,05$ ). Поєднання емоційно-вольових і когнітивних розладів помірного або вираженого ступеню спостерігалось у 16,7% підекспертних з АЗ та 7,5% з НЗ ( $p < 0,01$ ). Таким чином, емоційно-вольові та когнітивні розлади помірного або вираженого ступеню, які можуть виступати підставами визнання особи «обмежено осудною» спостерігались у 49,4% осіб з групи АЗ та 21,2% з групи НЗ ( $p < 0,01$ ). В 21,4% УБД зі станами залежності відмічались помірні емоційно-вольові розлади.

Емоційно-вольові та когнітивні розлади різного ступеню вираженості були основними клінічними проявами як наркологічної, так і ненаркологічної психічної патології в осіб з синдромом залежності. Але констатація наявності цих розладів без доведення їх участі в генезі (процесі формування та

реалізації) правопорушення не може виступати клінічними підставами визнання особи «обмежено осудною».

Аналіз генезу СНД показав, що виявлені психічні розлади не завжди приймали участь в механізмах реалізації протиправної поведінки. Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД в усіх підекспертних з АЗ, у 98,6% осіб з НЗ та 88,1% УБД.

Це вкотре підтверджує, що психічну хворобу не слід розглядати як єдину причину кримінальної поведінки, але в кожному конкретному випадку потрібно досліджувати її вплив на правопорушення.

Визначення участі та ролі психічних розладів в генезі правопорушення дозволяє обґрунтувати експертне рішення, що особливо актуально для обмеженої осудності.

Дослідження впливу психічних розладів на здатність УСД та КН дозволило розробити двох етапний алгоритм з критеріями експертної оцінки синдрому залежності від ПАР в кримінальному провадженні.

Експертно-діагностичний етап передбачає:

- 1) встановлення експертного діагнозу до синдромального рівня з визначенням глибини психічних розладів;
- 2) з'ясування участі виявлених психічних розладів у генезі кримінального діяння;
- 3) винесення експертного рішення.

Експертне рішення визначає глибина синдромального рівня медичного критерію у співставленні з аналізом генезу протиправної поведінки.

Експертно-рекомендаційний етап передбачає:

- 1) встановлення актуального психічного стану;
- 2) визначення прогностичного рівня суспільної небезпеки;
- 3) рекомендації щодо застосування та виду медико-правових заходів профілактики (добровільних або державного примусу у вигляді ПЗМХ).

Рис. 4 Алгоритм та критерії експертної оцінки психічних розладів при станах залежності від ПАР

<p><b>Експертно-діагностичний етап</b></p> <p>Мета:</p> <p>1) встановити експертний діагноз до синдромально-го рівня, визначити вираженість ПР</p> <p>2) з'ясувати участь ПР в генезі злочину</p> <p>3) винести експертне рішення</p>	<b>Законодавчий (юрідичний) рівень</b>	Відсутність ПР Легкі ПР	Психічні розлади (ПР)	Хронічні психічні захворювання Тимчасові розлади психічної діяльності Недоумство Інші хворобливі стани психіки
	<b>Нозологічний рівень</b>	<b>Стани залежності від ПАР</b>		
	<b>Синдромальний рівень</b>	Легкі психічні розлади, які не приймали участь в генезі протиправного діяння	Емоційно-вольові та/або когнітивні розлади помірного або вираженого ступеню, які приймали участь в генезі протиправного діяння	Психози 61,5% (наркологічна 19,2% або супутня патологія 42,3%) Делірій 30,8% Деменція 7,7%
	<b>Експертне рішення</b>	<b>Осудність</b> - особа під час вчинення злочину могла УСД (бездіяльність) і КН ч.1 ст. 19 КК України	<b>Обмежена осудність</b> - особа під час вчинення злочину не здатна повною мірою УСД (бездіяльність) і КН ч.1 ст. 20 КК України	<b>Неосудність</b> - особа під час вчинення СНД не могла УСД (бездіяльність) і КН ч.2 ст. 19 КК України



Критерії обмеженої осудності складаються з трьох взаємопов'язаних компонентів:

- 1) встановлення синдромального рівня психічних порушень;
- 2) визначення їх глибини;
- 3) доведення участі цих психічних розладів в генезі протиправної поведінки.

З огляду на це, обґрунтування експертного рішення про обмежену осудність є найскладнішим з усіх можливих експертних рішень, що й спричиняє його незастосування в експертній практиці.

Винесення експертного рішення про нездатність повною мірою УСД та КН розширює можливості більш диференційованого застосовування медико-правових заходів профілактики злочинів осіб зі станами залежності. У разі визнання особи «обмежено осудною» суд може пом'якшити покарання, застосувати амбулаторні ПЗМХ чи запропонувати лікування на добровільних засадах Суд може й не врахувати експертні рекомендації щодо «обмеженої осудності» та ПЗМХ, визнавши особу осудною з відповідними правовими наслідками. Однак, не відомо жодного прецеденту визнання судом особи «обмежено осудною» без відповідних висновків експертів.

Критерії вибору медико-правових заходів профілактики особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння, ґрунтуються на експертному рішенні щодо здатності УСД та КН, а також на визначенні рівня суспільної небезпеки як інтегративного показника з актуального психічного стану, його динаміки, прогнозу, тяжкості скоєного кримінального діяння та кримінального анамнезу. ПЗМХ можуть бути застосовані щодо «неосудних» та «обмежено осудних» осіб. Добровільні заходи медико-правового впливу спрямовані на залучення вольового компоненту у вирішення проблем, пов'язаних із залежністю від ПАР, тому застосовуються виключно за згодою особи.

Протипоказами для добровільних заходів на користь ПЗМХ при обмеженій осудності виступають:

- 1) клінічні чинники: порушення критики до зловживання ПАР, вольові розлади на рівні психопатології, виражені когнітивні розлади;
- 2) соціальні чинники: безпритульність, відсутність засобів існування, безальтернативне асоціальне мікрооточення.

Добровільні медико-правові заходи можуть бути застосовані щодо «осудних» та «обмежено осудних осіб». Остаточне рішення приймає суд, враховуючи експертні рекомендації.

Для досягнення мети профілактики рецидивності злочинів осіб зі станами залежності важливе виконання двох етапів експертного дослідження (експертно-діагностичного та експертно-рекомендаційного).

За результатами дослідження була запропонована інтегративна модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР, що визначає цілі експертного дослідження, алгоритм оцінки медичного та юридичного критеріїв, їх інтегративних складових. Відповідно до синдромальної структури медичного критерію обґрунтовує експертне рішення, на підставі якого визначені критерії вибору медико-правових заходів профілактики, що надає доказовості експертним висновкам, дозволяє диференційовано обирати медико-правові заходи з метою забезпечення правосуддя, дотримання прав і свобод осіб з психічними розладами, профілактики повторних злочинів.

Рис. 5 Інтегративна модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР

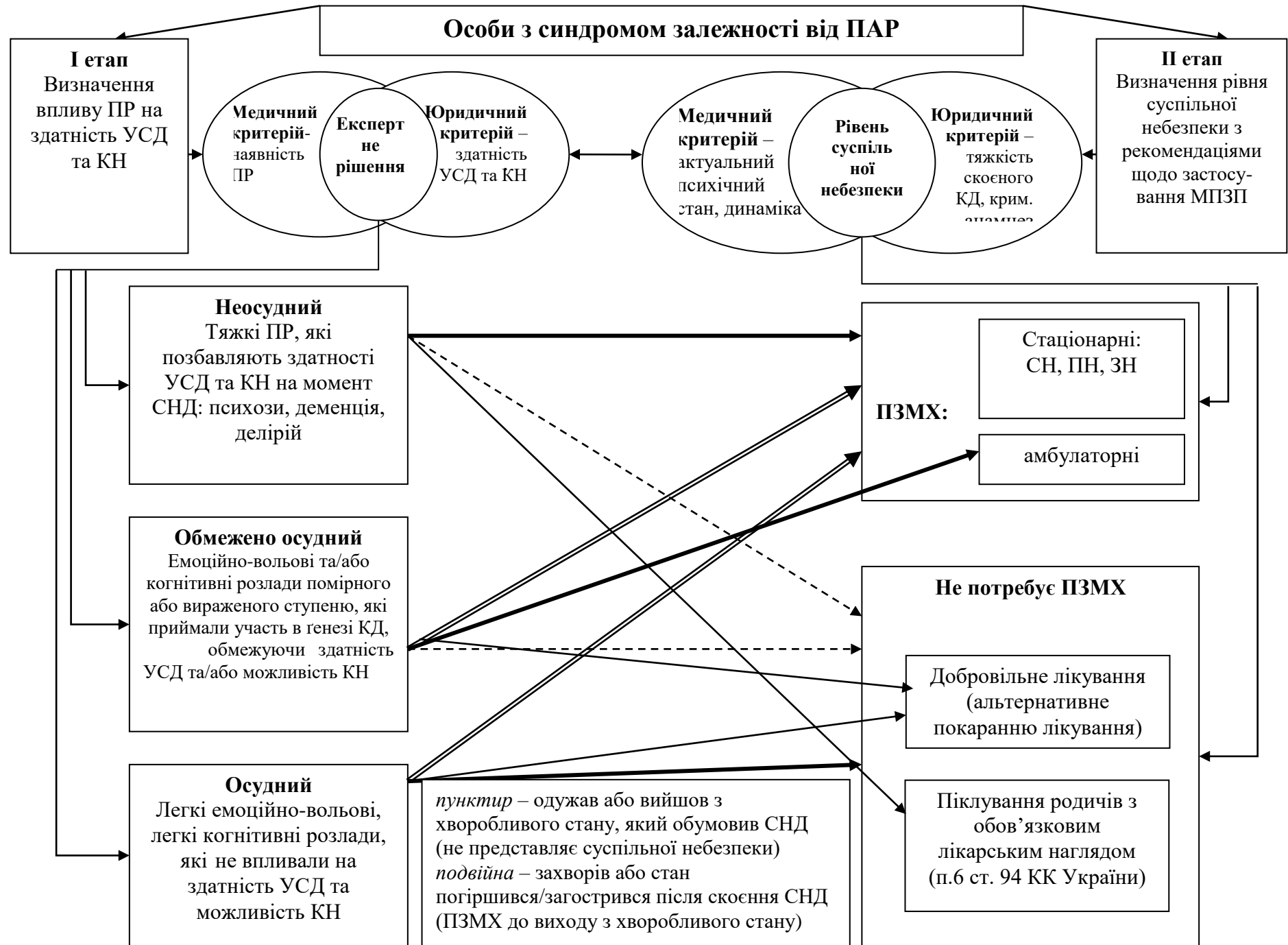


Рис. 6.2 Інтегративна модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР

Примітки до рис. 6: КД - кримінальне діяння, МПЗП - медико-правові заходи профілактики, СН - суворий нагляд, ПН - посилений нагляд, ЗН - звичайний нагляд, ПР - психічні розлади

Комплексний науковий аналіз проблеми профілактики повторних злочинів осіб із станами залежності від ПАР встановив, що високі показники рецидивності кримінальних злочинів серед досліджених підекспертних, негативна динаміка їх кримінального досвіду, свідчать про неефективність існуючих профілактично-виправних заходів, необхідність розробки і впровадження нових підходів до психосоціальної реабілітації таких осіб з метою попередження повторності злочинів, що відповідає вимогам Стратегії державної політики щодо наркотиків та європейському досвіду.

З огляду на отримані результати дослідження, суттєвим сприянням для досягнення практичної реалізації заходів профілактики повторних СНД осіб зі станами залежності є:

- 1) запровадження на законодавчому рівні альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом залежності від ПАР, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року (підготовка законопроекту про альтернативні позбавленню волі заходи перебуває на завершальному етапі);

- 2) створення спеціалізованих судово-психіатричних центрів для проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли кримінальні діяння.



## ВИСНОВКИ

1. Дисертаційна робота розв'язує важливу науково-прикладну проблему судової психіатрії - розробку моделі судово-психіатричної експертної оцінки здатності осіб із станами залежності від психоактивних речовин усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними з метою профілактики повторних суспільно небезпечних дій.

2. Аналіз структури експертних рішень виявив суттєві розбіжності в оцінці психічних розладів внаслідок залежності від ПАР в кримінальному та цивільному процесах. Встановлено, що при експертизі станів залежності в цивільному процесі домінували рішення про нездатність або обмежену здатність УСД та КН (відповідно 40,8% та 38,3%). Натомість в кримінальному провадженні такі рішення становили відповідно 5,7% та 1,8%, а в переважній більшості виносились рішення про збереження здатності УСД та КН (92,5%). Особливо наочною була різниця між групами ретроспективного аналізу психічного стану на конкретно визначений юридично значимий момент: у групах АЗ та НЗ нездатними в повній мірі УСД та КН визнано 1,1% підекспертних, такими, що могли УСД та КН – 93,2%, не могли УСД та КН – 5,7%; у цивільному процесі (І ПГ) експертне рішення про істотний вплив ПР виносилось у 45% випадків, про збереження здатності УСД та КН – у 31,7%, про нездатність УСД та КН – 23,3%. Це свідчить про незастосування експертної практики щодо винесення рішень про «обмежену осудність» в кримінальному провадженні при широкому використанні категорії «обмеженої дієздатності» в цивільному процесі, що призводить до необґрунтованого обмеження вибору медико-правових заходів профілактики повторних злочинів особами із станами залежності від ПАР. Також спостерігається тенденція делегування обов'язків щодо визначення ступеню суспільної небезпеки, прогнозу та вибору виду ПЗМХ з перекладанням цих завдань на суд. Така експертна практика обумовлена

професійними, ідеологічними, методологічними та реально-практичними причинами.

3. Структуру правопорушень в усіх групах кримінального провадження складала «неагресивні» злочини (крадіжки, незаконні операції з наркотичними засобами, незаконне поводження зі зброєю, підробка документів, тощо), а також агресивні злочини з безпосереднім об'єктом посягання на життя та здоров'я особи (навмисне вбивство ст. 115 КК України, спричинення тілесних ушкоджень різного ступню тяжкості: тяжкі тілесні ушкодження ст. 121 КК України, легкі тілесні ушкодження ст. 125 КК України); агресивні злочини з додатковим об'єктом посягання на життя та здоров'я внаслідок хуліганських дій, дорожньо-транспортних аварій, розбійних нападів, незаконного заволодіння транспортними засобами, зґвалтування, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень і смерті потерпілим.

3.1. Особи з АЗ достовірно частіше ніж з НЗ скоюють агресивні злочини (71,8%, з них ті, що спричинили смерть потерпілих - 35,9%, проти 29,2%, з них із смертельним кінцем 18,4%,  $p < 0,01$ ): безпосередньо спрямовані проти життя та здоров'я інших осіб (66,7% проти 24,5%,  $p < 0,01$ ); з додатковим об'єктом посягання на життя (5,1% проти 4,7%,  $p > 0,05$ ). Частка «неагресивних» злочинів становила, відповідно, 28,2% проти 70,8%, ( $p < 0,01$ ). Ці дані підтверджують, що у порівнянні з НЗ, особи з АЗ є більш суспільно небезпечними за тяжкістю вчинених правопорушень та їх наслідками, що має враховуватись при виборі заходів, спрямованих на запобігання повторних злочинів.

Серед достовірно значимих особливостей скоєння СНД було виявлено, що особи з АЗ вчиняють злочини переважно пізнім вечором або вночі (86,5%,  $p < 0,01$ ), не маючи попереднього наміру на злочин (57,1%,  $p < 0,01$ ), діючи раптово під впливом ситуаційних чинників (55,8%,  $p < 0,01$ ). При цьому вони майже не вживають заходів щодо приховування слідів злочину (76,9%,  $p < 0,01$ ), не намагаються надати допомогу потерпілим. Під час експертизи

визнавали свою вину, висловлювали каяття (64,3%,  $p < 0,01$ ). Під час скоєння злочину алкогольне сп'яніння у підекспертного і потерпілого спостерігалось у 52,6% ( $p < 0,01$ ). Наркозалежні здійснюють протиправні діяння здебільшого вранці або вдень (85,8%,  $p < 0,01$ ), маючи попередній намір на вчинення злочину з корисливих мотивів (75%,  $p < 0,01$ ). Майже завжди намагались приховати навіть очевидну причетність до правопорушення та зловживання ПАР (93,9%,  $p < 0,01$ ). Не виказували відчуття провини чи каяття, намагались виправдати себе, показати у вигіднішому світлі. Стан сп'яніння під час злочину спостерігався майже в усіх осіб з групи АЗ (96,8%) та більш ніж у половини осіб з НЗ (50,9%), ( $p < 0,05$ ).

3.2. У структурі правопорушень учасників бойових дій теж переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (59,8%,  $p < 0,05$ ). Кількість жертв в півтора рази перевищувала кількість підекспертних. УБД переважно виявляли агресію до випадкових чи малознайомих людей (92,2%). Особливістю скоєння тяжких агресивних злочинів УБД була їх раптовість, імпульсивність, легкість прийняття рішення про вчинення злочину відсутність суттєвого психологічного переживання після скоєного, невжиття заходів приховування злочину. В ситуації конфлікту (53,8%) або бійки (13,5%) було скоєно 67,3% агресивних злочинів. В стані алкогольного сп'яніння 80,8% злочинів. У перші місяці після повернення із зони бойових дій (ЗБД) було скоєно 85,1% правопорушень.

На підставі аналізу структури та особливостей скоєння СНД були визначені клініко-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки обстеженого контингенту.

4. Клініко-соціальні особливості були притаманні контингенту кожної групи дослідження. Порівняльний аналіз між групами, на засадах достовірності, дозволив виділити найбільш значущі показники соціального статусу і встановити, що особи з АЗ потребують відновлення втраченого соціального статусу (відновлення сімейних зв'язків, рівня працездатності і

працевлаштування, вирішення житлових проблем). Натомість, наркозалежні мають перспективний потенціал для розвитку соціального статусу, який виступатиме сприятливим підґрунтям соціальних можливостей в програмі психосоціальної реабілітації. УБД є достатньо соціально адаптованим контингентом, тому основною задачею психосоціальної реабілітації є збереження їх «довоєнного» соціального потенціалу.

4.1. Рецидивність протиправних дій осіб зі станами залежності є найвищою серед усіх категорій психічно хворих. Кримінальний досвід в минулому мали 62,8% осіб з АЗ та 76,4% наркозалежних. Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово (відповідно 69,4% і 78,4%). Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду від менш тяжких до вчинення тяжких злочинів (відповідно 34,7% і 26%). Серед УБД кримінальний досвід в минулому мали менше ніж третина підекспертних (28,7%), що свідчить про порівняно невисоку рецидивність та криміногенність цього контингенту.

4.2. Клінічну структуру психічної патології складала як виключно наркологічна патологія (73,7% в групі АЗ, 83% в групі НЗ), так і поєднана психічна патологія, частка якої в обох групах була достатньо вагомою (26,3% в групі АЗ, 17% в групі НЗ, з них органічні психічні розлади становили найбільший відсоток, відповідно 19,2% та 9,4% ( $p < 0,05$ )). В рамках виключно наркологічної патології синдром залежності ускладнювався психотичними розладами (делірієм 4,5% в групі АЗ, поліморфним психотичним розладом 0,9% в групі НЗ), а також непсихотичними порушеннями: розладами особистості (5,8% в групі АЗ, 1,4% в групі НЗ); стійкими когнітивними розладами (2,6% в групі АЗ); алкогольною деменцією (1,3% в групі АЗ). У групі НЗ 51,4% виявляли синдром залежності наслідок поєданого вживання ПАР (з них 31,1% внаслідок вживання наркотичних речовин та алкоголю); 39,6% осіб страждали синдромом залежності від опіоїдів. Залежність від інших наркотичних речовин була виявлена в поодиноких випадках.

В УБД, які скоїли правопорушення, спостерігався високий відсоток

психічних розладів (90,8%). Стани залежності від ПАР було діагностовано в 48,3%, з них виключно наркологічна патологія спостерігалась у 28,7%; решта випадків залежностей (19,6%) була супутнім діагнозом з органічними психічними розладами (4,6%), розладами особистості (5,7%), шизофреноподібними захворюваннями (2,3%), невротичними, пов'язаними зі стресом розладами (6,9%). При винесенні експертних рішень спостерігалась тенденція до гіподіагностики станів залежності від ПАР, навіть при наявності задокументованих фактів залежностей в УБД.

5. Дослідження впливу психічних розладів на здатність УСД та КН дозволило розробити двох етапний алгоритм та критерії експертної оцінки синдрому залежності від ПАР в кримінальному провадженні. Експертне рішення визначає синдромальний рівень медичного критерію.

5.1. В кримінальному провадженні медичним критерієм «неосудності» виступали психози різного походження (61,5%, з них 42,3% спричинені супутньою до залежності психічною патологією), делірій (30,8%), алкогольна деменція (7,7%).

5.2. Критерієм «обмеженої осудності» були особистісні (емоційно-вольові) та/або когнітивні розлади помірного або вираженого ступеню, які приймали участь в генезі протиправного діяння, тим самим істотно впливали на вольовий та/або інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними. Емоційно-вольові та когнітивні розлади помірного або вираженого ступеню, спостерігались у 49,4% осіб з групи АЗ та 21,2% з групи НЗ ( $p < 0,01$ ). В 21,4% УБД зі станами залежності відмічались помірні емоційно-вольові розлади.

Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД в усіх підекспертних з АЗ, у 98,6% осіб з НЗ та 88,1% УБД.

Критерії обмеженої осудності складаються з трьох взаємопов'язаних складових: 1) встановлення синдромального рівня психічних порушень; 2)

визначення їх глибини; 3) доведення участі цих психічних розладів в генезі протиправної поведінки. З огляду на це, обґрунтування експертного рішення про обмежену осудність є найскладнішим з усіх можливих експертних рішень, що й спричиняє його незастосування в експертній практиці.

6. Критерії вибору медико-правових заходів профілактики особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння, ґрунтуються на експертному рішенні щодо здатності УСД та КН, а також на визначенні рівня суспільної небезпеки як інтегративного показника з актуального психічного стану, його динаміки, прогнозу, тяжкості скоєного кримінального діяння та кримінального анамнезу. ПЗМХ можуть бути застосовані щодо «неосудних» та «обмежено осудних» осіб. Добровільні заходи медико-правового впливу спрямовані на залучення вольового компоненту у вирішення проблем, пов'язаних із залежністю від ПАР, тому застосовуються виключно за згодою особи. Протипоказаннями для добровільних заходів на користь ПЗМХ при обмеженій осудності виступають 1) клінічні чинники: порушення критики до зловживання ПАР, вольові розлади на рівні психопатології, виражені когнітивні розлади; 2) соціальні чинники: безпритульність, відсутність засобів існування, асоціальне мікрооточення. Добровільні медико-правові заходи можуть бути застосовані щодо «осудних» та «обмежено осудних осіб». Остаточне рішення приймає суд, враховуючи експертні рекомендації.

7. Запропонована модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР визначає цілі експертного дослідження, алгоритм оцінки медичного та юридичного критеріїв, їх інтегративних складових. Відповідно до синдромальної структури медичного критерію обґрунтовує експертне рішення, на підставі якого визначені критерії вибору медико-правових заходів, що надає доказовості експертним висновкам, дозволяє диференційовано обирати медико-правові заходи з метою забезпечення правосуддя, дотримання прав і свобод осіб з ПР, профілактики

повторних злочинів.

8. Високі показники повторності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР, негативна динаміка їх кримінального досвіду свідчать про неефективність існуючих профілактично-виправних заходів, необхідність розробки і впровадження нових підходів до психосоціальної реабілітації таких осіб з метою попередження повторності злочинів, що відповідає вимогам Стратегії державної політики щодо наркотиків та європейському досвіду. З огляду на отримані результати дослідження, суттєвим сприянням для досягнення практичної реалізації заходів профілактики повторних СНД осіб зі станами залежності є:

- 1) запровадження на законодавчому рівні альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом залежності від ПАР, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року;
- 2) створення спеціалізованих судово-психіатричних центрів для проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли кримінальні діяння.

## Практичні рекомендації

1. Враховуючи високий відсоток поєднаної з синдромом залежності психічної патології ненаркологічного генезу (23,6% осіб з групи АЗ та 17 % в групі НЗ), на експертизі слід діагностувати весь спектр наявних психічних розладів і комплексно оцінювати їх вплив на здатність УСД та КН.

2. Медичним критерієм «обмеженої осудності» виступають особистісні (емоційно-вольові) та когнітивні розлади помірного та /або вираженого ступеню, які істотно впливають на вольовий та інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності УСД та КН. Критерії обмеженої осудності складаються з трьох взаємопов'язаних компонентів: 1) встановлення синдромального рівня психічних порушень; 2) визначення їх глибини; 3) доведення участі цих психічних розладів в генезі протиправної поведінки.

3. З метою доказовості експертних висновків та профілактики рецидивності злочинів осіб зі станами залежності від ПАР рекомендовано застосування двох етапного алгоритму експертного дослідження. Експертно-діагностичний етап передбачає: 1) встановлення експертного діагнозу до синдромального рівня з визначенням глибини психічних розладів; 2) з'ясування участі виявлених психічних розладів у генезі кримінального діяння; 3) винесення експертного рішення. Експертне рішення визначає глибина синдромального рівня медичного критерію у співставленні з аналізом генезу протиправної поведінки. Експертно-рекомендаційний етап передбачає: 1) встановлення актуального психічного стану; 2) визначення прогностичного рівня суспільної небезпеки; 3) рекомендації щодо застосування та виду медико-правових заходів профілактики (добровільних або державного примусу у вигляді ПЗМХ).

4. Критерії вибору медико-правових заходів профілактики особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння, ґрунтуються на експертному рішенні щодо здатності УСД та КН, а також на визначенні рівня суспільної небезпеки як інтегративного показника



з актуального психічного стану, його динаміки, прогнозу, тяжкості скоєного кримінального діяння та кримінального анамнезу. Добровільні заходи медико-правового впливу спрямовані на залучення вольового компоненту у вирішення проблем, пов'язаних із залежністю від ПАР, тому застосовуються виключно за згодою особи. Протипоказами для добровільних заходів на користь ПЗМХ при обмеженій осудності виступають 1) клінічні чинники: порушення критики до зловживання ПАР, вольові розлади на рівні психопатології, виражені когнітивні розлади; 2) соціальні чинники: безпритульність, відсутність засобів існування, безальтернативне асоціальне мікрооточення. Добровільні медико-правові заходи можуть бути застосовані щодо «осудних» та «обмежено осудних осіб». ПЗМХ можуть бути застосовані щодо «неосудних» та «обмежено осудних» осіб. Остаточне рішення приймає суд, враховуючи експертні рекомендації.

## ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ПОСИЛАНЬ

1. Алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам із адиктивною поведінкою, які вживають психоактивні речовини [Текст] : (метод. рек.) (151.15/244.15) / Укр. центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи ; [уклад.: Пінчук І. Я. та ін.]. - Київ : Науковий світ, 2015. - 18 с. - Бібліогр.: с. 17-18.
2. Алкоголізм в Україні [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Алкоголізм\\_в\\_Україні](https://uk.wikipedia.org/wiki/Алкоголізм_в_Україні).
3. Алкогольна поведінка та її наслідки у ветеранів АТО і цивільного населення, постраждалого від «гібридної війни» / О. І. Мінко, І. В. Лінський, О. В. Бараненко // Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 1. - С. 190.
4. Аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки і поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин в Україні за період 1990–2014 років / Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко // Психіатрія, неврологія та медична психологія. - 2017. - Т. 4, № 1. - С. 52-58.
5. Аналіз розповсюдженості вживання наркотичних речовин серед учасників бойових дій внаслідок посттравматичних психічних порушень / О. С. Осуховська, С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Я. В. Орловська, Т. В. Синіцька, А. М. Чепурна // Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 2. - С. 15-19.
6. Антонян М.Ю. Преступность и психические аномалии / Ю.М. Антонян, С.В. Бородин. - М.: Наука, 1987. - 205 с.
7. Богомолець О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // Архів психіатрії. - 2016. - Т. 22, № 2. - С. 11-15.
8. Богомягков Ю.С. К вопросу об ограниченной вменяемости в теории советского уголовного права // Эффективность борьбы с

преступностью и совершенствование законодательства в свете Конституции СССР. – Уфа, 1980. – С. 3-11.

9. Борисенко В. В. Патопсихологічні особливості пацієнтів з запійними формами алкогольної залежності / В. В. Борисенко, Л. В. Животовська, О. А. Казаков // Архів психіатрії. - 2017. - Т. 23, № 2. - С. 148-149.

10. Братусь Н.С. Аномалии личности / Н.С. Братусь. - М.: Мысль, 1988. - 304 с.

11. Васильєва Н.Ю. Вплив алкоголю та інших психоактивних речовин на формування агресивної поведінки у жінок // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 1. – С. 120–124.

12. Васильєва Н.Ю. Оцінка впливу ситуаційного фактора у формуванні кримінальної агресії жінок / Н.Ю. Васильєва// Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 1 (84). – С.117-120.

13. Васильєва Н. Ю. Структура медичного критерію неосудності та обмеженої осудності у жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи / Н. Ю. Васильєва // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2015. – Т. 8, № 4 (30). – С. 73.

14. Васильєва Н. Ю. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів у жінок які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи. – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – Київ, 2016. - 22 с.

15. Гапонов К. Д. До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності / К. Д. Гапонов // Український вісник психоневрології. - 2015. - Т. 23, вип. 3. - С. 120-121.

16. Гапонов К. Д. Метаморфози патоморфозу алкогольної залежності та нові підходи до її лікування / К. Д. Гапонов, С. І. Табачніков // ScienceRise. Medical science. - 2015. - № 7(4). - С. 46-53.

17. Гапонов К. Д. Нові підходи до лікування алкогольної залежності з урахуванням її патоморфозу як відповідь на виклики сучасності / К. Д. Гапонов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. - 2015. - № 1-2. - С. 85-91.

18. Гапонов К. Д. Порівняльна характеристика агресивності та її складових у хворих на алкогольну залежність з різним рівнем психосоціального стресу / К. Д. Гапонов // Медицина сьогодні і завтра. - 2018. - № 2. - С. 23-32.

19. Гапонов К. Д. Структурно-феноменологічний аналіз агресивності й ворожих реакцій у хворих з алкогольною залежністю та різним рівнем психосоціального стресу / К. Д. Гапонов // Медична психологія. - 2019. - Т. 14, № 1. - С. 89-97.

20. Генеральна прокуратура України. Статистична інформація про стан злочинності [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.gp.gov.ua/ua/statinfo.html>

21. Глухарева Л.И. Понятие уменьшенной вменяемости в уголовном праве // Задачи и средства уголовно-правовой охраны общественных отношений. – М. – 1983. – С. 121-133.

22. Гуманізація державної політики щодо людей, які вживають наркотики. Результати дослідження кримінологічних та морально-етичних аспектів боротьби з незаконним обігом наркотиків в Україні та її наслідків (2017). – 10 с.

23. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов / Юрьева Л.Н., Носов С.Г., Маманчур А.И., Николенко А.Е., Огоренко В.В., Дукельский А.А., Щустерман Т.И., Ерчкова Е.А.. Днепр, 2017. 204 с.

24. Динаміка взаємозв'язків між захворюваністю та поширеністю залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин в Україні за 1999–2013 рр. / Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко // Психіатрія, неврологія та медична психологія. - 2015. - Т. 2, № 1. - С. 75-78.

25. Дослідження характеру хімічної та нехімічної залежної поведінки у підлітків з непсихотичними психічними розладами / Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька, О. В. Чернишов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. - 2015. - № 1-2. - С. 92-96.

26. Дриль Д.А. Малолетние преступники (Этюд по вопросу человеческой преступности, ее факторах и средствах борьбы с ней)/ - Вып. первый. - М., 1884. - 318 с.

27. Друзь О.В. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій / О. В. Друзь, Є. Г. Гриневич, І. О. Черненко // Український вісник психоневрології. - 2018. - Т. 26, вип. 2. - С. 37-43.

28. Животовська Л. В. Афективний статус пацієнтів із запійними станами при алкогольній залежності з урахуванням індивідуального хронотипу / Л. В. Животовська, В. В. Борисенко, О. А. Казаков // Архів психіатрії. - 2018. - Т. 24, № 1. - С. 52-53.

29. Животовська Л. В. Вплив геліогеофізичних чинників на динаміку показників стаціонарного лікування пацієнтів з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник, В. В. Борисенко // Медична психологія. - 2016. - Т. 11, № 3. - С. 96-99.

30. Животовська Л. В. Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів при запійних формах алкогольної залежності / Л. В. Животовська, В. В. Борисенко, С. М. Назаренко // Медична психологія. - 2018. - Т. 13, № 1. - С. 77-80.

31. Жижиленко А. А. Эволюция уменьшенной вменяемости // Право и жизнь. – 1924. – Кн. 5-6. – С. 40.

32. Завязкіна Н. В. Агресивна поведінка як один із критеріїв обмеженої осудності хворих на епілепсію / Н. В. Завязкіна // Проблеми сучасної психології. - 2015. - Вип. 29. - С. 240-250.
33. Завязкіна Н. В. Вплив формування поняття «обмежена осудність» на розвиток судово-психологічної експертизи / Н. В. Завязкіна // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки. - 2015. - Вип. 128. - С. 112-115.
34. Завязкіна Н.В. Клініко-психологічна діагностика в судовій експертології обмеженої осудності та дієздатності. – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Національна академія педагогічних наук. інститут психології імені Г.С. Костюка. – Київ, 2019. - 42 с.
35. Завязкіна Н. В. Клініко-психологічна оцінка обмеженої здатності «розуміти, оцінювати та приймати рішення» в цивільному процесі / Н. В. Завязкіна // Психологічний часопис. - 2018. - № 5. - С. 283-296.
36. Завязкіна Н. В. Психодіагностичні критерії визнання особи обмежено осудною або обмежено дієздатною в судовій експертології / Н. В. Завязкіна // Психологічний часопис. - 2018. - № 9. - С. 123-137.
37. Завязкіна Н. В. Формування поняття «обмежена осудність» в історичному контексті / Н. В. Завязкіна // Проблеми сучасної психології. - 2015. - Вип. 30. - С. 210-219.
38. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
39. Закону України «Про психіатричну допомогу» в редакції від 06.10.2018 року. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
40. Закону України «Про судову експертизу» в редакції від 20.01.2018 року. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12>
41. Закон о применении исправительных мер Westfalen – Lippe, LWL – Mabregelvollzugsabteilung Westfalen, 27.10.2009. – 28 p.

42. Зелянина А.Н. Динамика личностных характеристик у ветеранов с различной тяжестью военной травмы // Психологические исследования. 2012. № 1(21). С. 3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psystudy.ru.0421200116/0003>

43. Ілейко В.Р. Аналіз галузевої статистики щодо комплексних судово-психіатричних експертиз в Україні за період 2005–2009 років / В.Р. Ілейко, А.В. Каніщев // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 4. — С. 78–83.

44. Ілейко В. Р. Спирні питання законодавчого та нормативного регулювання комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні / В.Р. Ілейко, А.В. Каніщев // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 58–60.

45. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.

46. Кандинський В.Х. К вопросу о невменяемости / В.Х.Кандинский. - СПб, 1890. - 240 с.

47. Каніщев А. В. Обмежена осудність та примусові заходи медичного характеру // Архів психіатрії. — 2007. — Т. 13, № 1–2. — С. 42–50.

48. Карпец И.И. Уголовное право и этика. – М.: Юрид. лит., 1985. – 256 с. Карпец И.И. О понятиях вменяемости и невменяемости в проблеме борьбы с преступностью // Психические расстройства, не исключющие вменяемости (Клинические и судебно-психиатрические аспекты): Сб. научн. тр. – М., 1984. – С. 3-11.

49. Клінічне керівництво Міністерства США у правах ветеранів та Міністерства оборони США щодо лікування посттравматичного стресу. Версія 2.0 – 2010. Переклад з англійської Pucelik Consulting Group. Київ, 2017. – 251 с.

50. Клинико-социальные показатели у совершивших агрессивные деликты комбатантов / Г.А. Фастовцов, С.Н. Осколкова // Журнал неврологии и психиатрии. – № 4. – 2009. – С. 63-67.

51. Козерацька О. А. Аналіз клінічних та соціально-демографічних факторів під час проведення судово-психіатричної експертизи осіб, які скоїли сексуальні злочини / О. А. Козерацька // Український вісник психоневрології. - 2018. - Т. 26, вип. 4. - С. 48-51.

52. Козерацька О. А. Аналіз ситуації суспільно небезпечного діяння при судово-психіатричній експертизі осіб, які вчинили сексуальні злочини / О. А. Козерацька // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. - 2018. - Т. 2, № 2-3. - С. 37-43.

53. Козерацька О. А. Вплив соціально-демографічних факторів на судово-психіатричну оцінку осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному ґрунті / О. А. Козерацька // Експериментальна і клінічна медицина. - 2018. - № 2-3. - С. 153-158.

54. Козерацька О. А. Дослідження та аналіз наукових підходів до вирішення проблеми профілактики скоєння правопорушень на сексуальному підґрунті / О. А. Козерацька // Психічне здоров'я. - 2015. - Вип. 2. - С. 57-60.

55. Козерацька О. А. Дослідження та аналіз наукових розробок в оцінці віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства / О. А. Козерацька // Клінічна та профілактична медицина. - 2017. - № 3. - С. 116-123.

56. Козерацька О. А. Дослідження та аналіз наукових розробок в оцінці особистості потерпілих внаслідок сексуального насильства / О. А. Козерацька // Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 1. - С. 12-16.

57. Козерацька О. А. Судово-психіатрична оцінка осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті / О. А. Козерацька // Архів психіатрії. - 2017. - Т. 23, № 1. - С. 69-70.

58. Копотев С.Л. Практикум по судебной психологии. Учеб. пособие. – Ижевск: Детектив-Информ, 1999.- 474 с.

59. Королёва Е. В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, совершивших сделки. — Автореф. дис. ... д-ра мед наук: 14.01.06. — М., 2010. — 42 с.



60. Крафт-Эбинг Р.Ф. Судебная психопатология / Р.Ф. Крафт-Эбинг. Пер. с примечаниями и допол. А Черемшанский. - СПб.: издание К.Л. Риккера, 1895. - 672 с.
61. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14i>
62. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>
63. Кудрявцев В.Н. Правовое поведение: норма и патология. – М.: Наука, 1982. – 288 с.
64. Кушнір А. М. Диференційовані реабілітаційні мішені у хворих на шизофренію, які скоїли суспільно небезпечні діяння проти життя особи / А. М. Кушнір // Український вісник психоневрології. - 2018. - Т. 26, вип. 3. - С. 27-32.
65. Кушнір А. М. Суспільно небезпечні діяння проти життя особи при шизофренії (реабілітаційний діагноз, маркери прогнозу, психосоціальна реабілітація). – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Київ, 2019. - 40 с.
66. Кушнір А. М. Сучасні підходи до медико-соціальної реабілітації суспільно небезпечних хворих на шизофренію / А. М. Кушнір // Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 2. - С. 57-61.
67. Кушнір А.М. Юридичний критерій суспільної небезпеки хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації делікту / А.М. Кушнір // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С.116-118.
68. Лаад М. Как справиться с кризисом или бедствием (Шаг за шагом): Теория, практика и способы вмешательства / М. Лаад, Э. Хадоми. – Израиль: Центр предупреждения стресса (CSPC) [Электронный ресурс]. – Режим доступу: <http://www.silk-highway.org/ru/stepGuide.aspx>

69. Ладик-Бризгалова А. К. Посттравматичні психічні розлади в учасників антитерористичної операції: діагностика, клініка, терапія. – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2017. - 20 с.

70. Лунц Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. – М.: Медицина, 1966. – 236 с.

71. Магомед-Эминов М.Ш. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. Методические рекомендации / М.Ш. Магомед-Эминов, Г.И. Кадук, А.Т. Филатов, О.Г. Квасова. – М.: АНОУМО «Инсайт», 2004. – 200 с.

72. Малахов Б.Б. Трудовая терапия психически больных. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.

73. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. – М: Медицина, 1995. – 256 с.

74. Маркова М. В. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми / М. В. Маркова, Г. С. Росінський // Український вісник психоневрології. - 2018. - Т. 26, вип. 1. - С. 78-82.

75. Маркова М. В. Порушення здоров'я сім'ї в учасників бойових дій: феноменологія, механізми розвитку, психокорекція / М. В. Маркова, Г. С. Росінський // Медична психологія. - 2019. - Т. 14, № 1. - С. 9-15.

76. Марута Н.О., Заворотний В.І. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства // Український вісник психоневрології. 2018. Том 26, випуск 3 (96). С. 33-38.

77. Марчак В. Я. Висновок експерта як доказ при визнанні особи обмежено осудною / В. Я. Марчак, О. А. Ревенок // Вісник Верховного Суду України. – 2011. – № 2. – С. 33-39.

78. Марчак В. Я. Дискусійні питання призначення покарання визнаних судом обмежено осудними / В.Я. Марчак // Наше право. – № 6. – 2015. – С. 81 - 86.

79. Марчак В. Я. Дискусійні питання призначення покарання визнаних судом обмежено осудними / В.Я. Марчак // Слово Національної школи суддів України. – № 3 (12). – 2015. – С. 94 - 102.

80. Марчак В.Я. Обмежена осудність: психолого-правовий зміст: монографія / В.Я. Марчак. - Чернівці: Чернівецький нац. ун-т., 2010. - 400 с.

81. Марчак В.Я. Юридико-психологічний зміст обмеженої осудності. – Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 19.00.06 – юридична психологія. – Національна академія внутрішніх справ. – Київ, 2011. - 34 с.

82. Мельник В. И. Метод судебно-психиатрического анализа генеза криминальных действий в судебной психиатрии // Тавр. журн. психиатрии. – 2002. – Т. 6, № 1(18). – С. 49-52.

83. Михеев Р.И. Проблемы вменяемости и невменяемости в советском уголовном праве. – Владивосток: Изд-во Дальневост. ун-та, 1983. – 300 с.

84. Михеев Р.И. Уголовная ответственность лиц с психофизическими особенностями и психогенетическими аномалиями/ Р.И. Михеев. - Хабаровск, 1989. - 95 с.

85. Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду: клас V. Психічні й поведінкові розлади. – Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/МКХ-10:\\_Клас\\_V.\\_Розлади\\_психіки\\_та\\_поведінки](https://uk.wikipedia.org/wiki/МКХ-10:_Клас_V._Розлади_психіки_та_поведінки)

86. Міжнародні стандарти з лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотичних засобів. Проект для впровадження Управління ООН з наркотиків та злочинності, березень 2016 р. – 103 с.

87. Міжнародні стандарти з профілактики вживання наркотиків. управління організації об'єднаних націй з наркотиків та злочинності Відень, лютий 2015 р. – 42 с.

88. Мінко О. І. Динаміка когнітивних порушень у осіб із алкогольною залежністю під впливом лікування / О. І. Мінко, Л. М. Маркозова, Н. М. Лісна, С. В. Гольцова // Український вісник психоневрології. - 2018. - Т. 26, вип. 2. - С. 72-76.

89. Мінко О. І. Редукція вживання алкоголю — нова мета протиалкогольного лікування / О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. - 2015. - Т. 23, вип. 3. - С. 149-150.

90. Мішиєв В.Д. Особливості психосоціальної адаптації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію / В. Д. Мішиєв, Є. Г. Гриневич, А. М. Кушнір // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. - 2015. - Вип. 24(5). - С. 385-392.

91. Морозова М. В., Савина О. Ф. Особенности протекания аффекта у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости // Материалы XV съезда психиатров России. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2010. – С. 222.

92. Мохонько А. Р., Муганцева Л. А. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Организационно-правовые, клинико-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы: Тезисы научно-практической конференции. — СПб: Альта Астра, 2013. — С. 13.

93. Наказ МОЗ від 24.03.2016р. №240 «Про затвердження правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-16>

94. Наказ МОЗ від 08.05.2018 року №865 «Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи». – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0719-18>

95. Новий підхід до терапії хворих на алкогольну залежність інгібіторами ацетальдегіддегідрогенази переривчастими курсами — «за потребою» / К. А. Артемчук, І. В. Лінський // Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 1. - С. 177.

96. Обмежена осудність: психолого-правовий зміст: монографія / В.Я. Марчак. - Чернівці: Чернівецький нац. ун-т., 2010. - 400 с. (311 с.).

97. Олійник О. П. Експертна оцінка станів поєднаної психічної патології в осіб, залежних від психоактивних речовин / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 3 (94). – С. 163-167.

98. Олійник О.П. Клініко-соціальні характеристики осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення / О.П. Олійник // *Science Review* 10 (17), December 2018. P. 16-21 DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr)

99. Олійник О.П. Клініко-соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 4 (95). – С. 245-248.

100. Олійник О.П. Клінічні та соціальні особливості комбатантів, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Медицина наука та практика XXI століття: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 2-3 лютого 2018 року). - Київ: «Київський медичний науковий центр», 2018. - С. 69 - 72 (112 с).

101. Олійник О. П. Комплексна судова психолого-психіатрична оцінка станів залежності від алкоголю в цивільному та кримінальному процесі / О. П. Олійник, О. В. Радзевілова // **Український медичний часопис**, 1 (123), Т. 2. – ІІІ. – 2018. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/122293/kompleksna-sudova-psihologo->

psihiatrichna-otsinka-staniv-zalezhnosti-vid-alkogolyu-v-tsilvilnomu-ta-kriminalnomu-protsezi DOI 10.32471/umj.1680-3051.123.122293

102. Олійник О.П. Кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №2 (89). – С. 139-142.

103. Олійник О.П. Модель медико-соціального менеджменту оптимізації проведення судово-психіатричних експертиз стосовно осіб з бойовими психічними травмами / Пріоритети розвитку медичних наук у ХХІ столітті: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 16-17 березня 2018 року). - Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2018. - С. 51 - 54 (108 с).

104. Олійник О.П. Організаційні та правові засади успішної ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №1 (88). – С. 56-60.

105. Олійник О.П. Особливості когнітивних розладів в осіб з алкогольною залежністю / О.П. Олійник, Н.О. Должикова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19, 1(72). – С. 177-178.

106. Олійник О.П. Профілактика тяжких суспільно небезпечних дій психічно хворих, спрямованих проти членів сім'ї: автореф. дис. на здобуття наукового ступеню канд. мед. наук: спец. 14.01.18 «Психіатрія» / О.П. Олійник. - Київ: «Науковий світ», 2008. - 22 с.

107. Олійник О.П. Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин в судово-експертній діяльності / О.П. Олійник // Архів психіатрії. - 2017. - Т. 23, №1 (88). - С. 73.

108. Олійник О.П. Психосоціальна реабілітація учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах (XX Платонівські читання): Матеріали науково-практичної конференції / За ред. Б. В. Михайлова. – Х.: Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» (19 – 20 травня 2017 року). – С. 68 (123 с.).

109. Олійник О. П. Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43–47.

110. Олійник О.П. Роль психотерапії в психосоціальній реабілітації осіб із станами залежності, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Тези доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія» 20 жовтня 2017 року, м. Київ. С. 18-19.

111. Олійник О.П. Структура та особливості скоєння суспільно небезпечних дій особами зі станами залежності від психоактивних речовин / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №3 (90). – С. 203-206.

112. Олійник О.П. Судово-психіатричний аналіз генезу внутрішньосімейних суспільно небезпечних дій та їх профілактика // Biomedical and Biosocial anthropology. – 2007. – Т. 9. – С. 69-73.

113. Олійник О.П. Судово-психіатричні аспекти експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №4 (91). – С. 261-265.

114. Олійник О.П. Судово-психіатрична експертиза осіб, які брали участь в антитерористичній операції (аналіз галузевої статистичної звітності) / О.П. Олійник, О.А. Ревенок, О.Г. Голованова, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №3 (86). – С. 98-104.

115. Олійник О.П. Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному провадженні / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2019. – Т. 25, № 1 (96). – С. 63-68.

116. Олійник О. П. Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин: сучасні тенденції, проблемні аспекти та перспективи / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 2 (93). – С. 121–124.

117. Олійник О.П. Сучасні підходи до соціальної інтеграції судово-психіатричних пацієнтів / О.П. Олійник // «Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика». – 2017. – Вип. 28. – С. 391-400.

118. Олейник О.П. Судебно-психиатрическая экспертиза и психосоциальная реабилитация лиц с зависимостью от психоактивных веществ / О.П. Олейник // **Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.** – 2017. – Т. 8, №4. – С. 499-505.

119. Олійник О.П. Суспільна небезпечність осіб із станами залежності від психоактивних речовин / Пріоритетні наукові напрями у медицині: від теорії до практики: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 15-16 вересня 2017 року). - Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2017. - С. 68 - 69 (108 с).

120. Олійник О.П. Фактори, що впливають на обґрунтованість і доказовість судово-психіатричного висновку щодо експертної оцінки посттравматичних психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 26-27 січня 2018 року). - Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2018. - С. 48 - 50 (120 с).

121. Олійник О.П. Характеристика контингенту учасників бойових дій, які проходять судово-психічну експертизу / О.П. Олійник, О.А. Ревенок, А.В. Каніщев, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №4 (87). – С. 106-110.

122. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: метод. реком. (143.14/214.14) / О.В. Богомолець, І.Я. Пінчук, О.О. Хаустова та ін. - Київ, 2014. - 46 с.

123. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / М. М. Денисенко, Р. В. Лакинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 2. - С. 40-44.



124. Особливості проведення комплексних судових психолого-психіатричних експертиз жінок у кримінальному процесі / О. А. Ревенок, О. П. Олійник, О. В. Радзевілова // Психологічний часопис. — 2018. — Т. 19, № 9. С. 80-94. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/1.2018.9.19>
125. Оценка риска насилия как часть психиатрической практики / В. В. Дукорский, Е. И. Скугаревская // Медицинский журнал. - 2012. - № 4. - С. 141-145.
126. Первомайский В. Б. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: заблуждения и реальность / В. Б. Первомайский, А. В. Канищев // Архів психіатрії. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 175–179.
127. Первомайский В. Б. Ограниченная вменяемость: заблуждения и реальность // Вісник психіатрії та психофармакології. — 2010. — № 2. — С. 141–144.
128. Первомайський В. Б. Обґрунтування критеріїв обмеженої осудності у неповнолітніх, які скоїли суспільно небезпечні діяння / В. Б. Первомайський, В. Р. Ілейко, А. В. Канищев // Архів психіатрії. - 2010. - Т. 16, № 2. - С. 115-119.
129. Первомайський В. Б., Ілейко В. Р., Канищев А. В. Судово-психіатрична експертна оцінка психічних та поведінкових розладів у неповнолітніх: Методичні рекомендації. — Київ, 2010. — 24 с.
130. Первомайский В. Б., Семенова И. И. Современные подходы к решению проблемы ограниченной вменяемости // Архів психіатрії. — 2005. — Т. 11, № 1. — С. 47–51.
131. Пінчук І.Я. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013–2015 рр. / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №2 (85). – С. 20-27.
132. Пінчук І.Я. Захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед учасників антитерористичної операції в Україні за перше півріччя 2016 року /

І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик,  
О. О. Древіцька // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №4 (87). – С. 11-14.

133. Пінчук І.Я. Аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин у 2015–2016 роках / І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, О. О. Петриченко, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, №4 (91). – С. 252-260.

134. Пінчук І.Я. Аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин у 2015–2017 роках / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик, Ю. В. Ячнік // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, №1 (92). – С. 32-42.

135. Пішель В. Я. Клінічний поліморфізм посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко // Архів психіатрії. - 2017. - Т. 23, № 1. - С. 75-76.

136. Пішель В. Я. Клінічні особливості психотичних розладів в учасників бойових дій / В. Я. Пішель, Т. Ю. Ільницька, М. Ю. Полив'яна // Архів психіатрії. - 2018. - Т. 24, № 4. - С. 174-177.

137. Погосов А. В., Морозова С. Н., Сочивко Ю.Н. Клиника и лечение посттравматических стрессовых расстройств, сочетающихся с алкоголизмом, у комбатантов // Материалы XV съезда психиатров России. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2010. – С. 263-264.

138. Попелюшко Р.П. Дослідження стратегій поведінки у психотравмуючій ситуації як ресурсу для психологічної реабілітації особистості комбатанта / Р.П. Попелюшко // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – 2017. – Вип. 1, Т. 1. – С. 104-108.

139. Попелюшко Р.П. Порівняльний аналіз дослідження стратегій поведінки у психотравмуючій ситуації як ресурсу для психологічної реабілітації особистості комбатанта // Психологічний часопис. – № 4 (8). – 2017. – [Электронный ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/45/30>

140. Порядок формування зведених державних та галузевих статистичних звітів МОЗ [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/center.html>

141. Постанова Пленуму Верховного Суду України від 3 червня 2005р. №7 «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0007700-05>

142. Постанова Пленуму Верховного Суду України від 6 листопада 2009р. №9 «Про судову практику розгляду цивільних справ про визнання правочинів недійсними» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0009700-09>

143. Поширеність ігрової залежності серед підлітків та молоді України та її вплив на психічне здоров'я цього контингенту населення / С. І. Табачников, О. С. Осуховська, Є. М. Харченко, Г. А. Приб, Т. В. Синіцька, О. В. Кіосева, А. М. Чепурна // Архів психіатрії. - 2014. - Т. 20, № 3. - С. 111-114.

144. Приб Г. А. Гендерні аспекти адиктивної поведінки // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №4 (87). – С. 101-105.

145. Приходько Т.М. Проблеми зменшеної осудності у кримінальному праві / Т.М. Приходько. - Одеса: Маяк, 1998. – 56 с.

146. Проект наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ 188 «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://moz.gov.ua/uploads/0/3964-pro\\_20180312\\_1.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/3964-pro_20180312_1.pdf)

147. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України Про затвердження плану заходів на 2019 - 2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://moz.gov.ua/uploads/1/6314-pro\\_20180727\\_1.pdf#page=2](http://moz.gov.ua/uploads/1/6314-pro_20180727_1.pdf#page=2)

148. Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні. 2017. - 144 с.

149. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2013-2015 рр. (2016). ПП «Поліум», Кіровоград, 80 с.

150. Психотерапія та психокорекція адиктивної поведінки у осіб із посттравматичними стресовими розладами, які вживають психоактивні речовини: метод. посіб. / І.Я. Пінчук, С.І. Табачников, Є.М. Харченко, О.С. Осуховська, О.П. Олійник, Т.В. Синицька, М. Чепурна, С.В. Болтоносів, І.В. Хірман. - Київ: ТОВ «Укрсоцдрук», 2016. - 55 с.

151. Радзевілова О. В. Мотиваційні чинники формування протиправної поведінки у жінок, які вчинили насильницькі злочини // Актуальні проблеми психології: Збірка наукових праць Ін-ту ім. Г.С. Костюка. – Серія: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Вип. 31. 2018. С. 146-156.

152. Радзевілова О.В. Психологічні особливості жінок, які скоїли суспільно-небезпечні діяння проти особистості (медико-психологічний та судово-експертний аспекти) - Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2018. – 26 с.

153. Радзевілова О. В. Психоемоційні характеристики жінок із психічними розладами, що не вплинули на їх здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними у період вчинення злочинів проти особи // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21. Вип. 1(80). – С. 167.

154. Радзевілова О. В. Психосоціальні особливості жінок, які вчинили насильницькі злочини у стані алкогольного сп'яніння // Психологічний часопис. 2017. №. 5 (9). С. 139–149.

155. Радзевілова О. В. Соціально-особистісні та кримінологічні характеристики жінок, які вчинили насильницькі злочини та пройшли судову експертизу // Медична психологія. 2017. Т. 12. №4 (48). С. 48-52.

156. Радзевілова О.В. Стан емоційної напруги як основа формування протиправної поведінки у жінок // Український психолого-педагогічний науковий збірник. 2017. – № 11. – С. 86–90.

157. Радзевілова О. В., Олійник О. П. Предиктори формування злочинної агресивної поведінки жінок, які пройшли судову експертизу // **Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools.** 2018. Vol. 26. N. 2. P. 354-360.

158. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад / Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги // І.Я. Пінчук, І.А. Марценковський, А.К. Ладик-Бризгалова та ін. – К., 2016. – 58 с.

159. Ревенок О.А. Аналіз практики проведення судово-наркологічної експертизи в кримінальному провадженні / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, А.В. Канищев, О.В. Радзевілова // **«International academy journal «Web of Scholar»** 11(29), November 2018. P. 22-27 DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_wos](https://doi.org/10.31435/rsglobal_wos)

160. Ревенок О. А. Діагностика психічних та поведінкових розладів в осіб з онкологічною патологією (клінічний та судово-психіатричний аспекти) / О. А. Ревенок, О. П. Олійник, С. С. Шум // *Метод. посібник.* – К., 2011. – 31 с.

161. Ревенок О.А. Експертна оцінка психічних розладів при тяжкій онкологічній патології / О.А. Ревенок, О.П. Олійник // *Психічне здоров'я.* – 2012. – № 3 (36). – С 57-61.

162. Ревенок О.А. Медичний критерій обмеженої осудності/дієздатності в рамках різних психіатричних нозологій / О.А.

Ревенок, О.П. Олійник // Медицина світу. Додаток Психіатрія. - 2009. – С. 16-19.

163. Ревенок О.А. Онкологічна патологія і дієздатність / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, С. С. Шум // Монографія. – К., 2012. – 379 с.

164. Пішель В. Я. Методичні аспекти розробки диференційованих реабілітаційних програм для хворих на шизофренію, які вчинили суспільно небезпечні діяння / В. Я. Пішель, А. М. Кушнір, М. Ю. Полив'яна // Медична психологія. - 2015. - Т. 10, № 2. - С. 57-61.

165. Ревенок О.А. Стан алкогольного сп'яніння у жінок, як провокуючий фактор у скоєнні тяжких злочинів проти життя і здоров'я / О.А. Ревенок, Н.Ю. Васильєва // Архів психіатрії. – 2012. – Том 18. - №1 (68). – С.103.

166. Ревенок О. А. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів в осіб з онкологічною патологією у цивільному процесі / О. А. Ревенок, О. П. Олійник, С. С. Шум // Метод. посібник. – К., 2011. – 29 с.

167. Ревенок О.А. Судово-психіатрична оцінка станів залежності від алкоголю в цивільному процесі /О.А. Ревенок та співав. // Методичні рекомендації. – Київ, 2014. – 18 с.

168. Ревенок О. А., *Олійник О. П.* Судово-психіатрична експертиза у сфері сучасного законодавства: протиріччя, проблеми, тенденції / Актуальні питання стандартизації судово-експертного забезпечення правосуддя в Україні. Перспективи розвитку: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 105-річчю судової експертизи в Україні та 95-річчю з дня народження академіка М. Я. Сегая (м. Київ, 4–5 липня 2018 року). — Київ: КНДІСЕ Мінюсту України, 2018. — С. 195–197.

169. Ревенок О.А. Особливості перебігу когнітивних процесів та індивідуально-психологічна характеристика хворих на алкоголізм (судово-експертна оцінка) / О.А. Ревенок, *О.П. Олійник*, О.В. Радзевілова, Н.О. Должикова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19 (73). – С. 104-108.

170. Ревенок О.А. Судово-психіатрична експертиза алкогольних психічних розладів у цивільному процесі: дані галузевої статистичної звітності / О.А. Ревенок, А.В. Каніщев, *О.П. Олійник* // Архів психіатрії. – 2014. – Т.20, 2(77). – С. 118-121.

171. Ревенок О.А. Судово-психіатрична експертиза станів залежності від алкоголю у цивільному процесі (законодавчі, методологічні, клінічні та організаційні аспекти) / О.А. Ревенок, *О.П. Олійник*, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19, 1(72). – С. 107-110.

172. Ревенок А.А. Судебно-психиатрическая оценка зависимых состояний в гражданском процессе / А.А. Ревенок, О.П. Олейник // Архів психіатрії. – 2012. - № 1 (68). – С. 106-108.

173. Ревенок О.А., Пшеголінська К.О. Оцінка вольової сфери, як складової частини юридичного критерію осудності/неосудності в осіб з психічними та поведінковими розладами, які виникли внаслідок вживання опіоїдів // Архів психіатрії. – 2002. - №3(30). - С.38-44.

174. Ревенок О.А. Звіт про науково-дослідну роботу "Розробити підходи до визначення обмеженої осудності осіб із станом залежності від опіоїдів", 2008. 170 с.

175. Ревенок О.А., Голованова О.Г. Судово-психіатрична експертиза психічних і поведінкових розладів, які виникли внаслідок вживання психоактивних речовин (за даними судово-психіатричних експертних комісій різних регіонів України) // Архів психіатрії. – 2004. - Том10, 32(37). – С. 200-206.

176. Ревенок О. А. Чинники ризику та структура кримінальної агресії жінок / О. А. Ревенок, Н. Ю. Васильєва // Криминалистика и судебная экспертиза. – 2015. –№ 60. – С. 498–509.

177. Резолюция 58/5 Поддержка взаимодействия между органам общественного здравоохранения и правосудия в целях осуществления мер, альтернативных осуждению или наказанию за соответствующие малозначительные правонарушения, связанные с наркотиками [Електронний

- ресурс]. - Режим доступу: [http://repository.un.org/bitstream/handle/11176/311705/E\\_2015\\_28%3BE\\_CN.7\\_2015\\_15-RU.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://repository.un.org/bitstream/handle/11176/311705/E_2015_28%3BE_CN.7_2015_15-RU.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
178. Рейтц Г.В. патологическая преступность и уменьшенная вменяемость / Г.В. Рейтц // Отдельный оттиск из журнала «Современная психиатрия». Июнь-июль, 1912. - М.: Типография штаба Московского военного округа. 1912. - С. 28.
179. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2020 року» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-p>
180. Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения Версия 2.0 (2018). - 174 с.
181. Сегай М.Я., Первомайський В.В. Обмежена осудність: перспективи впровадження / Державно-правова реформа в Україні: Матеріали науково-практичної конференції. Листопад 1997 р. – К., 1997. – С. 338-341.
182. Семенова И. И. К истории вопроса об ограниченной вменяемости (юридический аспект) // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 3. – С. 116–121.
183. Сербский В.П. Законодательство о душевнобольных / В.П. Сербский // Журнал неврологии и психиатрии. - 1905. - Кн. 5. - С. 786-787.
184. Соціально-демографічна та клініко-психопатологічна характеристика вживання психоактивних речовин, коморбідного з посттравматичним стресовим розладом, в учасників бойових дій антитерористичної операції в Україні / С. І. Табачніков, О. С. Осуховська, Є. М. Харченко, О. В. Кіосєва, Я. В. Орловська, Т. В. Синіцька, А. М. Чепурна // Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 3-4. - С. 3-6.



185. Стан психічного здоров'я населення та показники діяльності психіатричної та наркологічної служби в Україні [Текст]: інформ.-аналіт. огляд за 2014 - 2017 рр. / [підгот.: П. В. Волошин та ін.]; Нац. акад. мед. наук України, ДУ «Ін-т неврології, психіатрії та наркології НАМН України», ГО «Асоц. неврологів, психіатрів та наркологів України». - Харків: Строков Д. В. [вид.], 2019. - 81, [2] с. : рис. - 300 прим. - ISBN 978-966-2571-14-1

186. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. — Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психолог. № 2. – 2013. — С. 258 - 308. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://nbpublish.com/library\\_read\\_article.php?id=252](https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=252)

187. Сучасний стан судово-психіатричної експертизи та надання психіатричної допомоги особам із станами залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення / О. А. Ревенок, О. П. Олійник // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2018. – Т. 3, № 4. Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/139> (особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті). DOI: 10.26766/PMGP.V3I4.139.

188. Табачніков С.І. Епідеміологічна ситуація відносно вживання психоактивних речовин в Україні / С.І. Табачніков, Д.С. Лебедев, Г.Б. Трофімчук, Ю.Ю. Мартинова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15. – №1 (56). – С. 81-88.

189. Табачніков С. І. Особливості феноменологічної характеристики осіб, тимчасово переміщених з зони АТО, які страждають на посттравматичні психічні порушення, коморбідні із вживанням психоактивних речовин / С. І. Табачніков, Є. М. Харченко, О. С. Осуховська, Т. В. Синіцька, А. М. Чепурна, С. В. Болтоносів // Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 1. - С. 157.

190. Таганцев Н.С. Русское уголовное право. Лекции. Часть общая. В 2 т. / Н.С. Таганцев. - М. : Наука, 1994 (по изд.1902 г.). - Т. 1. - 380 с.
191. Тимошенко В.А. Гуманізація державної політики щодо людей, які вживають наркотики. Монографія / В.А. Тимошенко, В.А. Яценко, С.В. Дрьомов, В.Ф. Буяльський. - К.: Логос, 2017. - 326 с.
192. Тихенко С.И. Невменяемость и вменяемость / С предисловием Н.Н. Паше-Озерского – К., 1927.
193. Трахтеров В.С. Уменьшенная вменяемость в советском уголовном праве // Право и жизнь. – 1925. - № 9-10. – С. 53-77.
194. Ушенин С. Посттравматический синдром с позиции судебно-психиатрического эксперта [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://lb.ua/society/2018/12/06/414196\\_posttravmaticheskiy\\_sindrom.html?fbclid=IwAR0CE2DC4XJBol-4K2xGiaiJYbYxENXOXtrdw3W\\_iCEn3dDKeU-hhl8H4k4](https://lb.ua/society/2018/12/06/414196_posttravmaticheskiy_sindrom.html?fbclid=IwAR0CE2DC4XJBol-4K2xGiaiJYbYxENXOXtrdw3W_iCEn3dDKeU-hhl8H4k4)
195. Фастов Г.А., Зайцева Е.А. Экспертные критерии применения ст. 22 УК РФ у лиц с атипичными вариантами ПТСР // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы. 23-26 сентября 2015. Казань. – С. 866-867.
196. Фастовцов Г. А. Определение риска криминально-агрессивного поведения у комбатантов // Криминалистика: Вестник военного права. – № 4. – 2016. – С. 48-58.
197. Фелинская Н.И. О дискуссионных вопросах судебно-психиатрической оценки психопатий // Вопросы борьбы с преступностью. М., 1982. Вып. 36.
198. Фейнберг Ц.М. Учение о вменяемости в различных школах уголовного права и в судебной психиатрии / Ц.М. Фейнберг. - М.: Юрлитиздат, 1946. - 382 с.
199. Характеристика взаємозв'язку перенесення посттравматичних стресових розладів із вживанням психоактивних речовин в умовах

антитерористичної операції / Є. М. Харченко, О. С. Осуховська, А.

Ю. Васильєва, Я. В. Орловська, Т. В. Синіцька, А. М. Чепурна // Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 2. - С. 27-31.

200. Харченко Є. М. Характеристика взаємозв'язку перенесення посттравматичних стресових розладів із вживанням психоактивних речовин в умовах антитерористичної операції / Є. М. Харченко, О. С. Осуховська, А. Ю. Васильєва, Я. В. Орловська, Т. В. Синіцька, А. М. Чепурна // Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 2. - С. 27-31.

201. Цивільний кодекс України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

202. Цивільний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15>

203. Шевелёв В. Н., Проценко М. И. Особенности алкоголизма в судебно-психиатрической практике // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции: В 2 т. — Киев–Харьков–Днепропетровск, 1994. — Т. 2. — С. 132–133.

204. Юридичні послуги online. Коментар до статті 20 Обмежена осудність [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://jurist-online.com/ukr/uslugi/yuristam/kodeks/024/020.php>

205. Яковець І. С. Міжнародні методики оцінки ризиків і потреб засуджених: щодо їх ролі у процесі виконання покарань // Наукові дослідження. – Вип. 28, 2014. С. 99-106.

206. A social integration of the forensic psychiatric patients / A methodological publication, 2008. – 48 p.

207. Bass, J., Bogdanov, S., Bolton, P., Doty, S. B., Haroz, E., Murray, L., & Sing, N. (2016). Psychosocial Assessment of Military Veterans and Internally Displaced People in Ukraine: Development and Testing of a Locally-Adapted Instrument. United States Agency for International Development Victims of Torture Fund Project.

208. Beckham, J. C., Vrana, S. R., Barefoot, J. C., Feldman, M. E., Fairbank, J., & Moore, S. D. (2002). Magnitude and duration of cardiovascular responses to anger in Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 228–234.
209. Bromet, E.J., Gluzman, S. F., Paniotto, V.I., Tintle, N. I., Zakhosha, V., Havenaar, J.M., Schwartz, J. E. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: Findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(681), 1-10. doi: 10.1007/s00127-005-0927-9.
210. Brooks-Crozier J. Nature and Nurture of Violence: Early Intervention Services for the Families of MAOA-Low Children as a Means to Reduce Violent Crime and the Costs of Violent Crime, *The Conn Law Rev.* 2011; 44:531.
211. Bryant R.A, Harvey A.G, Dang S.T, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal Consult, Clinical Psychology*. №66. 1998. P. 862–866.
212. Charlson, F. J., Baxter, A. J., Dua, T., Degenhardt, L., Whiteford, H. A., & Vos, T. (2015). Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 121–140. doi:10.1017/S2045796014000687
213. Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., & Gross, D. M. (1997). Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 184–189. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.184>
214. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf)

215. Denson TF, DeWall CN, Finkel EJ. Self-control and aggression. *Curr Dir Psychol Sci* 2012; 21: 20–5.
216. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther. № 38*. 2000. P. 319–345.
217. Elbogen EB, Fuller S, Johnson SC, Brooks S, Kinner P, Calhoun PS, et al. Improving risk assessment of violence among military veterans: an evidence-based approach for clinical decision-making. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 595–607.
218. Elbogen E. B., Johnson S. C., Wagner H. R., Sullivan C., Taft C.T., and Beckham J.C. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans // *The British Journal of Psychiatry*. – 204 (5). May, 2014. – P. 368-375.
219. Finkel EJ. Impelling and inhibiting forces in the perpetration of intimate partner violence. *Rev Gen Psychol* 2007; 11: 193–207.
220. Gilmore, A. B., McKee, M., & Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 55(12), 2177-2188.
221. Greene G.J., Lee M.Y., Trask R., Rheinscheld J. How to work with clients' strengths in crisis intervention: a solution focused approach. In: Roberts AR. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
222. Health Strategic Advisory Group (Health SAG). (2014). National Health Reform Strategy for Ukraine 2015-2020. Retrieved from [http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Strategiya\\_Engl\\_for\\_inet.pdf](http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Strategiya_Engl_for_inet.pdf)
223. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results Tool. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016. Retrieved from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
224. Interagency Vulnerability Assessment in Luhansk and Donetsk Oblasts, November 2016, p.49, IMC Partner Focus Group Discussion with beneficiaries, May 2016, Kramatorsk.

225. Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B, et al. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *J Trauma Stress* 2007; 20: 945–54.
226. Kobach A., Nandi C., Crombach A., Bambonye M. Violent Offending Promotes Appetitive Aggression Rather than Posttraumatic Stress—A Replication Study with Burundian Ex-Combatants // *Frontiers in Psychology*. - 6 (1518): 1755. – 2015. (Электроний ресурс) Режим доступа: [https://www.researchgate.net/publication/286243013\\_Violent\\_Offending\\_Promotes\\_Appetitive\\_Aggression\\_Rather\\_than\\_Posttraumatic\\_Stress-A\\_Replication\\_Study\\_with\\_Burundian\\_Ex-Combatants](https://www.researchgate.net/publication/286243013_Violent_Offending_Promotes_Appetitive_Aggression_Rather_than_Posttraumatic_Stress-A_Replication_Study_with_Burundian_Ex-Combatants)
227. Lekhan V.N., Rudy V.M., Shevchenko M.V., Nitzan Kaluski D., & Richardson, E. (2015). Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(2): 1–153.
228. Levchuk, N. (2009). Alcohol and Mortality in Ukraine ( Working paper). Max Planck Institute for Demographic Research. Retrieved from <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2009-017.pdf>
229. Linkskiy, I.V., et al. (2012). Addictive Behavior Among Young People in Ukraine: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*. doi: 10.3109/10826084.2012.683926.
230. Macmanus D., Dean K., Al Bakir M., Iversen A.C, Hull L., Fahy T., Wessely S., Fear N.T. Violent behaviour in U.K. military personnel returning home after deployment // *Psychol Med*. – 42 (8). – 2012. 1663-1673. (Электроний ресурс) Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22115074>
231. MacManus D, Dean K, Jones M, Rona RJ, Greenberg N, Hull L, et al. Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: a data linkage cohort study. *Lancet* 2013; 381: 907–17.
232. McFall M, Fontana A, Raskind M, Rosenheck R. Analysis of violent behavior in Vietnam combat veteran psychiatric inpatients with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1999; 12: 501–17.

233. Marshall AD, Panuzio J, Taft CT. Intimate partner violence among military veterans and active duty servicemen. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 862–76.

234. Novaco, R. W., & Chemtob, C. M. (2002). Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 123–132.

235. Novaco, R. W., Swanson, R. D., Gonzalez, O. I., Gahm, G. A., & Reger, M. D. (2012). Anger and postcombat mental health: Validation of a brief anger measure with U.S. soldiers postdeployed from Iraq and Afghanistan. *Psychological Assessment*, 24, 661–675. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026636>

236. Olatunji, B. O., Ciesielski, B. G., & Tolin, D. F. (2010). Fear and loathing: A meta-analytic review of the specificity of anger in PTSD. *Behavior Therapy*, 41, 93–105.

237. Oliynyk O. P. Model of expert assessment of psychic disorders in persons with dependence from psychoactive substances, who did criminal actions. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019; 9 (3): 239-248. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2592689>; <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6698>; <https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/907588>

238. Orth, U., & Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 698–706. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.698>

239. Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping. *Journal Health, Social Behavior*. 19. 1978. P. 2–21.

240. Pinchuk, I., Gluzman, S., & van Voren, R. (2015). Mental health in Eastern Ukraine: the ravaging effects of war.

241. Pinchuk I., Stepanova N., Sukhovii O., Sulimovska H., & Zukow W. (2014). Influence of psychosocial factors on mental health: the results of questioning persons, suffered in zone of antiterrorist operation in Ukraine,

internally displaced persons and employees involved in providing assistance. *Journal of Health Sciences*, 4(12),133-166. doi: 10.5281/zenodo.13123.

242. Pitman, R. K., Orr, S. P., Foa, D. F., Altman, B., de Jong, J. B., & Herz, L. R. (1990). Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99,49–54.

243. Polonsky, M., Azbel, L., Wickersham, J.A., Taxman, F.S., Grishaev, E., Dvoryak, S. & Altice, F. (2015). Challenges to implementing opioid substitution therapy in Ukrainian prisons: Personnel attitudes toward addiction, treatment and people with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 47-55.

244. Raphael B, Wilson JP, eds. *Psychological Debriefing: Theory, Practice, and Evidence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2000.

245. Roberts, B., Makhshvili, N., & Javakhishvili, J. (2016). Research Summary, The burden of mental disorders and access to services among internally displaced persons in Ukraine. Unpublished manuscript, The International Alert; GIP-Tbilisi; London School of Hygiene and Tropical Medicine.

246. Savarese VW, Suvak MK, King LA, King DW. Relationships among alcohol use, hyperarousal, and marital abuse and violence in Vietnam veterans. *J Trauma Stress* 2001; 14: 717–32.

247. Taft CT, Kachadourian LK, Suvak MK, Pinto LA, Miller MM, Knight JA, et al. Examining impelling and disinhibiting factors for intimate partner violence in veterans. *J Fam Psychol* 2012; 26: 285–9.

248. Taft CT, Kaloupek DG, Schumm JA, Marshall AD, Panuzio J, King DW, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms, physiological reactivity, alcohol problems, and aggression among military veterans. *J Abnorm Psychol* 2007; 116: 498–507.

249. Thomas, J. L., Wilk, J. E., Riviere, L. A., McGurk, D., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2010). Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months



following combat in Iraq. *Archives of General Psychiatry*, 67, 614–623.

<http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.5>

250. Walter M. Schmidbauer *Forensische Psychiatrie und Mabregelvollzug in Hessen // Ein Unternehmen des LWV Hessen Reidstadt*, 2013. – 28 p.

251. World Health Organization, *Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners (2015). Ukraine: WHO statistical profile*. Retrieved from <http://www.who.int/gho/countries/ukr.pdf?ua=1>

252. World Health Organization (2014). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014, Ukraine*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1)

253. World Health Organization (2015). *Global Health Observatory data epository, Total consumption by country*. Retrieved from [views. http://apps.who.int/gho/data/view.main.52280](http://apps.who.int/gho/data/view.main.52280)

254. World Health Organization. (2014). *Ukraine, Alcohol Consumption: Levels and Patterns*. Retrieved from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/ukr.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ukr.pdf?ua=1)

255. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva.

256. Zaller, N., Mazhnaya, A., Larney, S., Islam, Z., Shost, A., Prokhorova, T., Rybak, N. & Flanigan, T. (2015) *Geographic variability in HIV and injection drug use in Ukraine: Implications for integration and expansion of drug treatment and HIV care*. *International Journal of Drug Policy*, 26, 37-42.

257. Zaviazkina N.V. *The formation of the concept «limited responsibility» in a historical context / N.V. Zaviazkina // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostiuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufriieva. – Issue 30. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 210–219.*

## Додаток А

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Ревенок О.А. Судово-психіатрична експертиза станів залежності від алкоголю у цивільному процесі (законодавчі, методологічні, клінічні та організаційні аспекти) / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19, 1(72). – С. 107-110 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті*).

2. Ревенок О.А. Особливості перебігу когнітивних процесів та індивідуально-психологічна характеристика хворих на алкоголізм (судово-експертна оцінка) / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, О.В. Радзевілова, Н.О. Должикова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19 (73). – С. 104-108 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку*).

3. Ревенок О.А. Судово-психіатрична експертиза алкогольних психічних розладів у цивільному процесі: дані галузевої статистичної звітності / О.А. Ревенок, А.В. Каніщев, О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2014. – Т.20, 2(77). – С. 118-121 (*особистий внесок дисертантки складався у аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку*).

4. Олійник О.П. Судово-психіатрична експертиза осіб, які брали участь в антитерористичній операції (аналіз галузевої статистичної звітності) / О.П. Олійник, О.А. Ревенок, О.Г. Голованова, О.В. Радзевілова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №3 (86). – С. 98-104 (*дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено аналіз матеріалу, зроблені висновки, написано статтю*).

5. Олійник О.П. Характеристика контингенту учасників бойових дій, які проходять судово-психічну експертизу / О.П. Олійник, О.А. Ревенок, А.В. Каніщев, О.В. Радзевілова // *Архів психіатрії*. – 2016. – Т. 22, №4 (87). – С. 106-110 (*дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження, проведено набір матеріалу, аналіз та статистичну обробку отриманих результатів, написано статтю*).

6. Олійник О.П. Організаційні та правові засади успішної ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів / О.П. Олійник // *Архів психіатрії*. – 2017. – Т. 23, №1 (88). – С. 56-60.

7. Олійник О.П. Сучасні підходи до соціальної інтеграції судово-психіатричних пацієнтів / О.П. Олійник // *«Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика»*. – 2017. – Вип. 28. – С. 391-400.

8. Олейник О.П. Судебно-психиатрическая экспертиза и психосоциальная реабилитация лиц с зависимостью от психоактивных веществ / О.П. Олейник // **Психиатрия, психотерапия и клиническая психология**. – 2017. – Т. 8, №4. – С. 499-505.

9. Олійник О.П. Кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій / О.П. Олійник // *Архів психіатрії*. – 2017. – Т. 23, №2 (89). – С. 139-142.

10. Олійник О.П. Структура та особливості скоєння суспільно небезпечних дій особами зі станами залежності від психоактивних речовин / О.П. Олійник // *Архів психіатрії*. – 2017. – Т. 23, №3 (90). – С. 203-206.

11. Олійник О.П. Судово-психіатричні аспекти експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / О.П. Олійник // *Архів психіатрії*. – 2017. – Т. 23, №4 (91). – С. 261-265.

12. *Олійник О. П.* Комплексна судова психолого-психіатрична оцінка станів залежності від алкоголю в цивільному та кримінальному процесі / О. П. Олійник, О. В. Радзевілова // **Український медичний часопис**, 1 (123), Т. 2. – ІІІ. – 2018. – Режим доступу:

<https://www.umj.com.ua/article/122293/kompleksna-sudova-psihologo-psihiatrichna-otsinka-staniv-zalezhnosti-vid-alkogolyu-v-tsilnomu-ta-kriminalnomu-protsesi> DOI 10.32471/umj.1680-3051.123.122293.

13. Олійник О. П. Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43–47.

14. Олійник О. П. Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин: сучасні тенденції, проблемні аспекти та перспективи / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 2 (93). – С. 121–124.

15. Олійник О. П. Експертна оцінка станів поєднаної психічної патології в осіб, залежних від психоактивних речовин / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 3 (94). – С. 163-167.

16. Сучасний стан судово-психіатричної експертизи та надання психіатричної допомоги особам із станами залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення / О. А. Ревенок, О. П. Олійник // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2018. – Т. 3, № 4. Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/139> (особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних та узагальненні матеріалів, написанні статті). DOI: 10.26766/PMGP.V3I4.139.

17. Радзевілова О. В., Олійник О. П. Предиктори формування злочинної агресивної поведінки жінок, які пройшли судову експертизу // **Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools**. 2018. Vol. 26. N. 2. P. 354-360 (дисертанткою особисто проведено набір емпіричного матеріалу, здійснено їх статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, встановлено фактори ризику реалізації агресивної поведінки жінок, зроблено висновки, підготовлено до друку).

18. Ревенок О.А. Аналіз практики проведення судово-наркологічної експертизи в кримінальному провадженні / О.А. Ревенок, О.П. Олійник, А.В.

Каніщев, О.В. Радзевілова // «**International academy journal «Web of Scholar»** 11(29), November 2018. P. 22-27 DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_wos](https://doi.org/10.31435/rsglobal_wos) (особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, підготовці роботи до друку).

19. Олійник О.П. Клініко-соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 4 (95). – С. 245-248.

20. Олійник О.П. Клініко-соціальні характеристики осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які скоїли кримінальні правопорушення / О.П. Олійник // *Science Review* 10 (17), December 2018. P. 16-21 DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_sr](https://doi.org/10.31435/rsglobal_sr)

21. Oliynyk O. P. Model of expert assessment of psychic disorders in persons with dependence from psychoactive substances, who did criminal actions. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019; 9 (3): 239-248. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2592689>; <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6698>; <https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/907588>.

22. Олійник О.П. Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному провадженні / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2019. – Т. 25, № 1 (96). – С. 63-68.

### Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

23. Ревенок А.А. Судебно-психиатрическая оценка зависимых состояний в гражданском процессе / А.А. Ревенок, О.П. Олейник // Архів психіатрії. – 2012. - № 1 (68). – С. 106-108 (особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез).

24. Олійник О.П. Особливості когнітивних розладів в осіб з алкогольною залежністю / О.П. Олійник, Н.О. Должикова // Архів

психіатрії. – 2013. – Т.19, 1(72). – С. 177-178 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез*).

25. Олійник О.П. Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин в судово-експертній діяльності / О.П. Олійник // *Архів психіатрії*. - 2017. - Т. 23, №1 (88). - С. 73.

26. Олійник О.П. Психосоціальна реабілітація учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах (XX Платонівські читання): Матеріали науково-практичної конференції / За ред. Б. В. Михайлова. – Х.: Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» (19 – 20 травня 2017 року). – С. 68 (123 с.).

27. Олійник О.П. Роль психотерапії в психосоціальній реабілітації осіб із станами залежності, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Тези доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія» 20 жовтня 2017 року, м. Київ. С. 18-19.

28. Олійник О.П. Суспільна небезпечність осіб із станами залежності від психоактивних речовин / Пріоритетні наукові напрями у медицині: від теорії до практики: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 15-16 вересня 2017 року). - Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2017. - С. 68 - 69 (108 с).

29. Олійник О.П. Фактори, що впливають на обґрунтованість і доказовість судово-психіатричного висновку щодо експертної оцінки посттравматичних психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 26-27 січня 2018 року). - Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2018. - С. 48 - 50 (120 с).

30. Олійник О.П. Клінічні та соціальні особливості комбатантів, які скоїли суспільно небезпечні діяння / Медицина наука та практика XXI століття: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 2-3 лютого 2018 року). - Київ: «Київський медичний науковий центр», 2018. - С. 69 - 72 (112 с).

31. Олійник О.П. Модель медико-соціального менеджменту оптимізації проведення судово-психіатричних експертиз стосовно осіб з бойовими психічними травмами / Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 16-17 березня 2018 року). - Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2018. - С. 51 - 54 (108 с).

32. Ревенок О. А., *Олійник О. П.* Судово-психіатрична експертиза у сфері сучасного законодавства: протиріччя, проблеми, тенденції / Актуальні питання стандартизації судово-експертного забезпечення правосуддя в Україні. Перспективи розвитку: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 105-річчю судової експертизи в Україні та 95-річчю з дня народження академіка М. Я. Сегая (м. Київ, 4–5 липня 2018 року). — Київ: КНДІСЕ Мінюсту України, 2018. — С. 195–197 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалів, написанні тез*).

### **Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

33. Ревенок О.А. Медичний критерій обмеженої осудності/дієздатності в рамках різних психіатричних нозологій / О.А. Ревенок, О.П. Олійник // Медицина світу. Додаток Психіатрія. - 2009. – С. 16-19 (*особистий внесок дисертантки складався у розробці ідеї роботи, аналізі вихідних даних, узагальненні матеріалу, написанні статті*).

34. Психотерапія та психокорекція адиктивної поведінки у осіб із посттравматичними стресовими розладами, які вживають психоактивні речовини: метод. посіб. / І.Я. Пінчук, С.І. Табачников, Є.М. Харченко, О.С.

Осуховська, О.П. Олійник, Т.В. Синицька, .М. Чепурна, С.В. Болтоносів, І.В. Хірман. - Київ: ТОВ «Укрсоцдрук», 2016. - 55 с. (*дисертант приймала участь у відборі літературних джерел, аналізі сучасного стану проблеми, пов'язаного з вживанням комбатантами психоактивних речовин*).

35. Особливості проведення комплексних судових психолого-психіатричних експертиз жінок у кримінальному процесі / О. А. Ревенок, О. П. Олійник, О. В. Радзевілова // Психологічний часопис. — 2018. — Т. 19, № 9. С. 80-94. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/1.2018.9.19>



## Додаток Б

**Апробація результатів дисертації**

Основні положення дисертаційної роботи доповідались та обговорювались на:

- 1) науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні» (м. Донецьк, 19.04.2012–20.04.2012 р.), усна доповідь з публікацією тез: «Судово-психіатрична оцінка залежних станів у цивільному процесі»;
- 2) науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання судової і соціальної психіатрії XXI століття» (Житомир, 18–19.09.2013р.), публікація тез: «Особливості когнітивних розладів в осіб з алкогольною залежністю»;
- 3) національному конгресі «Людина та ліки – Україна» (м. Київ, 01-03.04.2014 р.), усна доповідь: «Судово-психіатрична оцінка наркотичної залежності у кримінальному процесі»;
- 4) науково-практичній конференції «Актуальні питання соціальної і судової психіатрії XXI століття» (м. Київ, 25-26.09.2014р.), стендова доповідь: «Обмежена дієздатність: проблеми та особливості застосування на практиці»;
- 5) науковому симпозиумі з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (м. Одеса, 09-10.10.2014 р.), усна доповідь: «Медико-правові аспекти залежних станів в умовах сьогодення»;
- б) науково-практичній конференції з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, лікування й соціальної допомоги при психічних і поведінкових розладах у різних вікових групах» (м. Київ, 23-24.04.2015р.), усна доповідь: «Проблеми судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій», «Медико-правові наслідки визнання осіб із залежністю від психоактивних речовин обмежено осудною»;

- 7) 9-й міжнародній конференції з судової психіатрії «Людина в кризовому стані — норма та патологія» (м. Клайпеда, Литва, 02.10.2015–03.10.2015 р.), усна доповідь: «Бойова психічна травма — нові реалії судової психіатрії в Україні»;
- 8) науково-практичній конференції з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я» (м. Київ, 14–15.04.2016 р.), усна доповідь: «Експертні діагнози та рішення в учасників бойових дій в судово-психіатричній практиці»;
- 9) науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення» (м. Київ, 27–29.04.2017р.), публікація тез: «Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин в судово-експертній діяльності»;
- 10) науково-практичній конференції «Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах (XX Платонівські читання)» (м. Харків, 19–20.05.2017 р.), публікація тез: «Психо-соціальна реабілітація учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння»;
- 11) науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія» (м. Київ, 20.10.2017 р.), публікація тез: «Роль психотерапії в психосоціальній реабілітації осіб із станами залежності, які скоїли суспільно небезпечні діяння»;
- 12) міжнародній науково-практичній конференції «Пріоритетні наукові напрями у медицині: від теорії до практики» (м. Одеса, 15-16.09.2017 р.), публікація тез: «Суспільна небезпечність осіб із станами залежності від психоактивних речовин»;
- 13) міжнародній науково-практичній конференції «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку» (м. Львів, 26-27.01.2018 р.), публікація тез: «Фактори, що впливають на обґрунтованість і доказовість судово-психіатричного висновку щодо експертної оцінки

- посттравматичних психічних розладів в учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння»;
- 14) міжнародній науково-практичній конференції «Медицина наука та практика XXI століття» (м. Київ, 2-3.02.2018 р.), публікація тез: «Клінічні та соціальні особливості комбатантів, які скоїли суспільно небезпечні діяння»;
  - 15) міжнародній науково-практичній конференції «Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті» (м. Одеса, 16-17.03.2018 р.), публікація тез: «Модель медико-соціального менеджменту оптимізації проведення судово-психіатричних експертиз стосовно осіб з бойовими психічними травмами»;
  - 16) на щорічній міжнародній конференції «Українська психіатрія в світі, що швидко змінюється» (м. Київ, 25–27.04.2018 р.), усна доповідь: «Актуальні питання судово-психіатричної допомоги учасникам бойових дій та особам із станами залежності в Україні»;
  - 17) міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 105-річчю судової експертизи в Україні та 95-річчю з дня народження академіка М. Я. Сегая «Актуальні питання стандартизації судово-експертного забезпечення правосуддя в Україні. Перспективи розвитку» (м. Київ, 4–5.07.2018 р.), публікація тез «Судово-психіатрична експертиза у сфері сучасного законодавства: протиріччя, проблеми, тенденції»;
  - 18) Сьомій міжнародній науково-практичній конференції «Психіатрія XXI століття: інновації у медицині залежностей» (м. Київ, 17–19.04.2019 р.), усна доповідь: «Судово психіатрична оцінка стану залежних в рамках кримінальних процесів»;
  - 19) III-тій науково-практичній конференції з міжнародною участю: «Розлади особистості-проблема сучасності: клінічні, експертні та правові аспекти» (м. Львов, 23–24.05.2019 р.), усна доповідь: «Експертна оцінка особистісних розладів при станах залежності від психоактивних речовин», «Експертний склад судово-психіатричної служби України»;

- 20) міжнародній конференції «Наркополітика та практика: альтернативні заходи до позбавлення волі осіб, які вживають психоактивні речовини, та декриміналізація положень за наркоспоживання» (м. Одеса, 18-20.06. 2019 р.), «круглий стіл».

## Додаток В

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
в.о. директора Українського НДІ  
соціальної і судової психіатрії та  
наркології МОЗ України,  
д.мед.н., професор,  
  
"23" липня 2018 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):**

Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин.

**2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:**

Олійник О.П. (2018), Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ-80, Україна, 04080).

**3. Джерело інформації:**

Олійник О.П. Дисертаційна робота "Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному процесі"; стаття – Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43-47.

**4. Де впроваджено:**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**5. Строки впровадження:** січень 2018 – липень 2018 р.

**6. Результати впровадження:** впроваджено в навчальний процес на циклах стажування лікарів судово-психіатричних експертів та судових експертів психологів.

**7. Ефективність впровадження:** забезпечення науковості та повноти експертного дослідження, доказовості експертних висновків, дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи; попередження порушень прав людини.

**8. Зауваження, пропозиції:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

перший проректор Національної  
медичної академії післядипломної  
освіти ім. П.Л. Шупика,  
д.мед.н., професор, член-кор. НАМН  
України

Ю.П. Вдовиченко  
2018 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):**

Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин.

**2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:**

Олійник О.П. (2018), Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ-80, Україна, 04080).

**3. Джерело інформації:**

Олійник О.П. Дисертаційна робота "Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному процесі"; стаття – Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43-47.

**4. Де введено:**

Кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

**5. Строки впровадження:** вересень 2017 – липень 2018 р.

**6. Результати впровадження:** введено в навчальний процес на циклах спеціалізації, стажування, тематичного удосконалення, передатестаційних циклах лікарів судово-психіатричних експертів, лікарів наркологів.

**7. Ефективність впровадження:** забезпечення науковості та повноти експертного дослідження, доказовості експертних висновків, дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи; попередження порушень прав людини.

**8. Зауваження, пропозиції:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Завідувач кафедри  
загальної, дитячої, судової психіатрії  
і наркології НМАПО ім. П.Л. Шупика,  
д.мед.н, професор



Мішин В.Д.



«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 в.о. директора Українського НДІ  
 соціальної і судової психіатрії та  
 наркології МОЗ України,  
 д.мед.н., професор,  
 С.І. Табачніков  
 «23» липня 2018 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):**

Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин.

**2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:**

Олійник О.П. (2018), Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ-80, Україна, 04080).

**3. Джерело інформації:**

Олійник О.П. Дисертаційна робота «Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному процесі»; стаття – Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43-47.

**4. Де впроваджено:**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**5. Строки впровадження:** січень 2017 – липень 2018 р.

**6. Загальна кількість спостережень – 47 спостережень**

**7. Ефективність впровадження:**

Запропонований алгоритм судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин впроваджено в експертну діяльність УНДІССПН МОЗ України для забезпечення науковості та повноти експертного дослідження, доказовості експертних висновків, дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи; скорочення терміну стаціонарного обстеження підекспертних, скорочення кількості додаткових та повторних експертиз, викликів експертів у судові засідання; скорочення строків досудового розслідування та судового слідства у кримінальних провадженнях; попередження порушень прав людини.

**8. Зауваження, пропозиції: -**

Завідувач відділу комплексної  
 судово-психіатричної експертизи Українського НДІ  
 соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,  
 д.мед.н., професор

Ревенок О.А.

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 В.о. директора Київського  
 міського центру судово-  
 психіатричної експертизи,  
 к. мед.н.  
 Н.Ю. Васильєва  
 «06» липня 2018 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):**

Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій

**2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:**

Олійник О.П. (2018), Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ-80, Україна, 04080).

**3. Джерело інформації:**

Стаття – Олійник О.П. Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43-47.

**4. Де впроваджено:**

Київський міський центр судово-психіатричної експертизи

**5. Строки впровадження:** січень 2015 – липень 2018 р.

**6. Загальна кількість спостережень – 87 спостережень**

**7. Ефективність впровадження:**

Запропонований алгоритм експертних рішень впроваджено в практичну діяльність експертної установи

**8. Зауваження, пропозиції:** -



**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Головний лікар КНП "Одеський  
обласний медичний Центр психічного  
здоров'я" Одеської обласної ради

А.Є. Волощук  
2018 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

**1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):**

Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин.

**2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:**

Олійник О.П. (2018), Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ-80, Україна, 04080).

**3. Джерело інформації:**

Олійник О.П. Дисертаційна робота "Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному процесі"; стаття "Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях" // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43-47.

**4. Де впроваджено:**

КНП "Одеський обласний медичний Центр психічного здоров'я" Одеської обласної ради

**5. Строки впровадження:** березень 2018 – серпень 2018 р.

**6. Загальна кількість спостережень – 27 спостережень**

**7. Ефективність впровадження:**

Запропонований алгоритм судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин впроваджено в експертну діяльність для забезпечення науковості та повноти експертного дослідження, доказовості експертних висновків, дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи; скорочення терміну стаціонарного обстеження підекспертних, скорочення кількості додаткових та повторних експертиз, викликів експертів у судові засідання; скорочення строків досудового розслідування та судового слідства у кримінальних провадженнях; попередження порушень прав людини.

**8. Зауваження, пропозиції:** немає.

Голова судово-психіатричної експертної комісії  
КНП "Одеський обласний  
медичний Центр психічного здоров'я"  
Одеської обласної ради



Толмачов О.А.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар КЗ "Херсонська  
обласна психіатрична лікарня"

Херсонської обласної ради

П.В. Паламарчук

27 вересня 2018 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ****1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):**

Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин.

**2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:**

Олійник О.П. (2018), Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ-80, Україна, 04080).

**3. Джерело інформації:**

Олійник О.П. Дисертаційна робота "Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному процесі"; стаття "Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях" // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43-47.

**4. Де впроваджено:**

КЗ "Херсонська обласна психіатрична лікарня" Херсонської обласної ради

**5. Строки впровадження:** квітень 2018 – серпень 2018 р.**6. Загальна кількість спостережень** – 19 спостережень**7. Ефективність впровадження:**

Запропонований алгоритм судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин впроваджено в експертну діяльність для забезпечення науковості та повноти експертного дослідження, доказовості експертних висновків, дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи; скорочення терміну стаціонарного обстеження підекспертних, скорочення кількості додаткових та повторних експертиз, викликів експертів у судові засідання; скорочення строків досудового розслідування та судового слідства у кримінальних провадженнях; попередження порушень прав людини.

**8. Зауваження, пропозиції:** -

Заступник головного лікаря з медичної частини КЗ "Херсонська обласна психіатрична лікарня" Херсонської обласної ради

В.Рудіч



ЗАТВЕРДЖУЮ  
 Головний лікар Хмельницької  
 обласної психіатричної лікарні №1

В.М. Демука  
 « 11 » жовтень 2018 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.):**

Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин.

**2. Ким і коли запропоновано, адреса закладу:**

Олійник О.П. (2018), Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103, Київ-80, Україна, 04080).

**3. Джерело інформації:**

Олійник О.П. Дисертаційна робота "Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному процесі"; стаття "Роль психопатологічних чинників в генезі суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами, які приймали участь в бойових діях" // Архів психіатрії. – 2018. – Т. 24, № 1 (92). – С. 43-47.

**4. Де впроваджено:**

КЗ "Херсонська обласна психіатрична лікарня" Херсонської обласної ради

**5. Строки впровадження:** квітень 2018 – жовтень 2018 р.

**6. Загальна кількість спостережень – 9 спостережень**

**7. Ефективність впровадження:**

Запропонований алгоритм судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій та в осіб зі станами залежності від психоактивних речовин впроваджено в експертну діяльність для забезпечення науковості та повноти експертного дослідження, доказовості експертних висновків, дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи; скорочення терміну стаціонарного обстеження підекспертних, скорочення кількості додаткових та повторних експертиз, викликів експертів у судові засідання; скорочення строків досудового розслідування та судового слідства у кримінальних провадженнях; попередження порушень прав людини.

**8. Зауваження, пропозиції: -**