

В.Б.Первомайський, В.Р.Лейко, А.І.Цубера

НАГАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії, Україна

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза, алкоголізм, наркоманія

За часів СРСР, виходячи з відокремлення наркології від психіатрії, було зроблено спробу усамостійнити так звану судово-наркологічну експертизу. Зокрема, у 1988 році МОЗ СРСР затвердило «Тимчасову інструкцію про проведення судово-наркологічної експертизи». Ця інструкція мала суттєві вади юридичного характеру, не узгоджувалася з чинним в Україні законодавством, а її застосування порушувало права людини [1]. Непорозуміння, що виникали при цьому, обумовлювались практикою наркологічної служби часів СРСР. Тоді існували наркологічні комісії, які проводили обстеження осіб щодо наявності алкоголізму та відсутності протипоказань для примусового лікування в ЛТП. За змістом і за формою це було позапроцесуальне обстеження, тому що, всупереч чинному законодавству про адміністративні правопорушення, не мало жодних ознак судової експертизи [2].

Незважаючи на це, саме на ті ж комісії згодом відповідною інструкцією МОЗ СРСР (наказ МОЗ СРСР N 1135 від 18 листопада 1982 р.), було покладено завдання обстеження звинувачених у кримінальних злочинах щодо застосування до них ст. 62 КК РРФСР (ст. 14 КК України). При цьому було залишено поза увагою п'ять принципово важливих обставин.

Перша. Існування медичних комісій для обстеження осіб, які направлялись до ЛТП, протирічить законодавству про адміністративні правопорушення. Згідно з ним в подібних випадках має призначатись судова експертиза.

Друга. Зазначені медичні комісії не є незалежними з процесуальної точки зору, оскільки діють в структурі наркологічних установ.

Третя. Доручення зазначеним медичним комісіям вирішення питання про примусове лікування обвинуваченого згідно з ст.14 КК (ч.4 ст.324 КПК) протирічить ч.1 ст.75 КПК, якою передбачається призначення експертизи у випадках, коли для вирішення певних питань при про-

вадженні у справі необхідні наукові, технічні або інші спеціальні знання.

Четверта. Згідно з чинним законодавством висновки зазначеної медичної комісії, як і будь-який інший психіатричний медичний документ у справі, можуть бути враховані судом тільки після отримання висновків судово-психіатричної експертизи.

П'ята. Спроба усамостійнення судово-наркологічної експертизи не має наукових підстав і тому є штучною.

З наукової точки зору саме психіатрія володіє тими спеціальними знаннями, на які посилається законодавець в ч. 1 ст.75 КПК. Наркологічні знання (тобто наркологія) входять невід'ємною частиною до психіатрії. Через це, так звана судово-наркологічна експертиза, не має природнього наукового обґрунтування, а саме, окремих предмета та методу дослідження, які би відрізнялися від предмета та методу судової психіатрії. Якби ця обставина не була визначальною, поряд з судово-медичною експертизою мали б існувати, наприклад, судово-неврологічна, судово-фтізіатрична або судово-терапевтична експертиза тощо.

Нехтування цією обставиною призводить до позбавлених наукового сенсу хибних пропозицій про проведення «комплексних судових нарколого-психіатричних експертиз» [3]. Через відсутність своєї інструктивної бази щодо судово-психіатричної експертизи станів залежності і певні колізії в законодавстві, деякі СПЕ в Україні, на жаль, некритично ставляться до таких рекомендацій. Порушуючи закон, експерти самостійно перейменовують доручені їм психіатричні експертизи на «комплексні нарколого-психіатричні», або на «наркологічні» і припускаються інших процесуальних помилок.

Між тим, питання про комплексні експертизи розглянуто на пленумі Верховного Суду України в травні 1997 року. У п.12 відповідної Постанови зазначено, що «комплексна експертиза призна-

часться у випадках, коли необхідно провести дослідження за участю декількох експертів, які є фахівцями у різних галузях знань»[4]. Будь-якому фахівцю, який знається на проблемах психіатрії, відомо, що психіатрія і наркологія не є різними галузями знань. Тому їх поєднання через поняття «комплексності», не тільки спотворює зміст цього поняття, але тягне за собою перспективу шматування судово-психіатричної експертизи на дрібні самостійні або «комплексні» «неврологічні», «епілептологічні», «шизофренічні» експертизи тощо.

Тобто, згідно з чинним законодавством та науковими даними, якщо у слідства є достатньо підстав вважати можливим застосування до обвинуваченого ст. 14 КК, має призначатися тільки судово-психіатрична експертиза. В організаційному плані для вирішення цих питань в Україні діє достатня мережа судово-психіатричних підрозділів у складі психіатричних лікарень.

Слід зазначити, що такому підходу не може зашкодити ст. 324 КПК, у п. 14 якій наголошено, що примусове лікування, про яке йдеться у ст. 14 КК., може бути застосовано лише за умови наявності відповідного висновку лікувальної установи.

По-перше, ця стаття принципово протирічить п. 1 ст. 75 КПК, яка регулює питання призначення судово-психіатричної експертизи, коли в справі виникає необхідність у спеціальних знаннях. Визначення необхідності застосування лікувальних заходів вимагає саме спеціальних знань, бо базується передусім на виявленні ознак алкоголізму чи наркоманії та визначенні ступеня активності цих хвороб.

По-друге, ст. 324 КПК пропонує позапроцесуальний шлях вирішення питання, яке має не тільки юридичне, але і особистісне значення для обвинуваченого, про що трохи далі. Навряд чи треба доводити, що «висновок лікувальної установи» не є висновком судової експертизи з усіма наслідками щодо постанови про її проведення, надання об'єктів для дослідження, попередження про відповідальність тощо. І через все це незрозуміло, чому, коли питання можна вирішити за допомогою судової експертизи, його штучно розділяють на дві частини. Першу — про наявність алкоголізму і наркоманії — доручають

вирішувати судовій експертизі, а другу — про лікування — медичній установі, яка не має ніяких експертних повноважень. Тим більше, що навіть порядку такого призначення законом не передбачено.

По-третє, ст. 324 КПК не заперечує призначення судово-психіатричної експертизи для вирішення питань, передбачених ст. 14 КК, і тому не є вирішальною щодо прийняття судом рішення про застосування примусового лікування до осіб з алкоголізмом чи наркоманією, які вчинили злочин на ґрунті своєї хвороби.

По-четверте, висновок будь-якої медичної комісії стосовно обставин, які мають юридичне значення і встановлення яких вимагає спеціальних знань, отриманий позапроцесуальним порядком, може бути лише підставою для призначення судової експертизи у відповідній галузі знань.

З набуттям Україною незалежності ситуація ще більше ускладнилась. Відсутність національної інструктивно-методичної бази щодо порядку вирішення обговорюваного питання спонукає слідчі та судові органи діяти за застарілою схемою, яка базується на документах часів СРСР. У свою чергу, експерти, через відсутність науково-методичного керівництва, діють на власний розсуд.

Це призводить до певних хиб у методиці дослідження і, як наслідок, до помилкових рішень, які не тільки порушують права людини, але й перешкоджають правосуддю. Існуюча практика вирішення питань щодо наявності у обвинуваченого алкоголізму або наркоманії входить у все більше протиріччя як з науковими даними, так і чинним недосконалим законодавством.

Всі зазначені вище обставини свідчать про загальну потребу термінового усунення протиріч, що накопичились у практиці призначення та проведення експертизи на предмет застосування ст. 14 КК, та приведення їх у відповідність до наукових підстав з необхідною корективною законом.

Викладені далі узагальнення і факти є наслідком експертного аналізу матеріалів 1684 хворих на алкоголізм, 183 хворих на наркоманію і 32 осіб, які епізодично вживали наркотичні засоби. Всі досліджені притягались до кримінальної відповідальності і піддавались судово-психіатричній експертизі в експертних установах м.Києва у 1976-1987 р.р. [5,6].

1. Типові помилки при призначенні судово-психіатричної експертизи щодо застосування ст. 14 КК України

1.1 Юридичне значення алкоголізму та наркоманії

Юридичне значення алкоголізму та наркоманії

визначається передбаченою законодавством у ст. 14 КК можливістю застосування до осіб, які вчинили злочин на ґрунті алкоголізму та нарко-

манії, примусового лікування незалежно від міри кримінального покарання, відповідно у місцях позбавлення волі або спеціальних медичних закладах.

Визнання обвинуваченого хворим на алкоголізм або наркоманію має для нього суттєве значення. Застосування до такої особи примусового лікування згідно із ст.14 КК може позбавити його певних пільг при засудженні за скоєний злочин. Так, до осіб, яким поряд з покаранням призначено заходи примусового лікування, не може бути застосовано умовне засудження до позбавлення волі з обов'язковим залученням до праці (ст.25-1 КК). Те саме стосується і відстрочки виконання вироку (ст.46-1 КК) та умовного звільнення з місць позбавлення волі з обов'язковим залученням засудженого до праці (ст.56-2 КК).

Така суворість законодавця щодо осіб хворих на алкоголізм та наркоманію базується на визнанні їх підвищеної суспільної небезпечності. Але ця суворість має і інший бік. Позбавлення особи будь-яких надій щодо пом'якшення покарання робить для неї призначення ст.14 КК небажаною і спонукає до приховування ознак хвороби, тобто до дисимуляції.

Зазначені обставини вимагають певних гарантій щодо вірогідності встановленого діагнозу та запобігання помилок, починаючи з призначення експертизи і завершуючи обґрунтуванням експертами висновків.

1.2 Типові помилки при призначенні експертизи.

Аналіз практики призначення та проведення судової експертизи при вирішенні питання щодо застосування ст.14 КК виявляють типові помилки, які свідчать про недостатню обізнаність слідчих у зазначених питаннях і можливостях їх експертного вирішення.

Так, при необхідності отримання експертного висновку щодо наявності у обвинуваченого ознак алкоголізму або наркоманії слідчі призначають такі експертизи:

- судово-психіатричну; - судово-наркологічну;
- комплексну нарколого-психіатричну.

Типовим є складання слідством водночас двох окремих постанов про проведення судово-психіатричної та судово-наркологічної експертизи одній особі, які здійснює один склад експертів.

Питання, що ставляться перед експертами будь-якої з означених експертиз, принципово не відрізняються. Разом з цим, мають місце випад-

ки, коли питання щодо наявності алкоголізму та наркоманії ставляться перед судово-психіатричною експертизою, а щодо необхідності примусового лікування — перед судово-наркологічною.

Ніколи перед експертами не ставиться питання про те, чи знаходився обвинувачений в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння на момент скоєння злочину.

Перед експертами ставиться питання про наявність протипоказань для примусового лікування від алкоголізму чи наркоманії, хоча це не передбачено законом.

Щодо надання для дослідження об'єктів експертизи, зокрема медичної документації, слідчі обмежуються довідками або виписками, не вилучаючи повністю наявну медичну документацію, як це вимагає закон. А в деяких випадках тільки ставлять експертів до відома про місце знаходження необхідної документації, мабуть, вважаючи, що вилучати її повинен сам експерт.

1.3 Типові помилки при проведенні експертизи.

Певних помилок при проведенні експертизи при вирішенні питання щодо застосування ст. 14 КК припускаються і експерти. Серед них найбільш кричущими є такі:

- при наявності двох постанов про проведення судово-психіатричної і судово-наркологічної експертизи готується один акт експертизи, де даються відповіді на всі питання;

- експертиза, що проведена, самостійно перейменовується експертами в іншу, відмінну від призначеної слідством, наприклад, призначена «судово-психіатрична експертиза» перейменовується у «комплексну судову нарколого-психіатричну»;

- експертами у висновках надається рекомендація про застосування до обвинуваченого примусового лікування;

- для вирішення питання про наявність протипоказань, до проведення експертизи замість судово-медичного експерта залучаються лікарі-консультанти терапевт та невролог;

- не витримуються вимоги чинного законодавства та відповідних інструктивно-методичних документів щодо складання експертного заключення та обґрунтування висновків.

Зокрема, в актах відсутня мотивувальна частина, протирічущі факти не обговорюються, обґрунтування висновків не проводиться.

2. Законодавчий аспект судово-психіатричної діагностики алкоголізму та наркоманії.

Законодавчий аспект цієї проблеми складається з низки статей КК та КПК, що містять підста-

ви та регулюють експертний процес у галузі знань, що розглядається [7,8]. Наведемо їх.

Ст.75 КК. Заключення експерта

(1) Експертиза призначається у випадках, коли для вирішення певних питань при провадженні справи необхідні наукові, технічні або інші спеціальні знання.

(2) В якості експерта може бути викликана будь-яка особа, яка володіє необхідними знаннями для надання заklючення щодо досліджених питань. Питання, які ставляться експерту, не можуть виходити за межі спеціальних знань експерта.

Ст. 75 КПК визначає загальні підстави призначення будь-якої експертизи з використанням будь-яких спеціальних знань. Природньо, що під це визначення підпадають знання в галузі психіатрії.

Слід підкреслити, що в деяких підручниках з судової психіатрії ч.2 ст.75 КПК розуміють спрощено, як можливість доручити проведення «будь-якій особі», хоча провідною ознакою в даному випадку є володіння «необхідними знаннями». Щодо судово-психіатричної експертизи, то такими необхідними знаннями є не просто психіатричні знання, а саме судово-психіатричні як похідні, які мають специфічні відмінності. При цьому слід нагадати, що судово-психіатрична експертиза є окремим різновидом професійної діяльності в переліку лікарських спеціальностей, встановлених МОЗ України.

Важливою для нашої теми є також передбачена законодавством заборона ставити експерту питання, які виходять за межі його компетенції і експерту, в свою чергу, робити те ж саме у заklюченні. До цієї заборони ми ще повернемося розглядаючи медичні підстави обговорюваної експертизи. Якщо звернутися до ст. 75 КПК, яка передбачає обставини для обов'язкового призначення експертизи, то легко впевнитися, що серед них немає алкоголізму або наркоманії. Згідно з науковими даними, ця патологія не є такою, що може викликати сумнів щодо осудності особи. Через це слід вважати, що судово-психіатрична експертиза для встановлення наявності алкоголізму та наркоманії не є обов'язковою з точки зору чинного законодавства.

Тепер розглянемо ст. 324 КПК «Питання, що вирішуються судом при постанові вироку». Зокрема, нас має цікавити п.14, згідно з яким суд при постанові вироку повинен вирішити питання «чи слід у випадках, передбачених ст.14 КК, застосувати до підсудного примусове лікування або встановити над ним піклування». Частина 4 цього пункту наголошує, що «примусове лікування, передбачене п.14 цієї статті, може бути засто-

совано лише за наявності відповідного заklючення лікувальної установи».

Законодавець не пояснює, яка лікувальна установа мається на увазі і не передбачає певного процесуального порядку отримання такого заklючення. Пояснень з цього приводу не міститься і у науково-практичному коментарі до цієї статті. Таким чином, і слідство, і суд позбавлені законного шляху для отримання «заklючення лікувальної установи».

Разом з цим, п. 14 ст. 324 КПК не узгоджується з розглянутою вище ст. 75 КПК, тому немає підстав вважати, що «заklючення лікувальної установи», навіть якщо воно буде надано, має будь-яку перевагу перед висновком судово-психіатричної експертизи. Необов'язковий характер «заklючення лікувальної установи» щодо застосування примусового лікування походить із ст.411-1 КПК, яка врегульовує порядок застосування судом примусового лікування до засуджених, які є алкоголіками або наркоманами, та його припинення.

Згідно з ст.411-1, «Питання про застосування примусового лікування до засуджених, які є алкоголіками або наркоманами і відбувають покарання у виправно-трудовій установі, якщо примусове лікування їм не було призначено вироком суду у відповідності до ст.14 КК України, вирішується районним (міським) народним судом за місцем відбування ними покарання, за поданням адміністрації виправно-трудової установи на підставі заklючення лікарської комісії». Тобто, якщо з будь-якої причини питання щодо примусового лікування на етапі судового процесу не розглядалося, а підстави для цього є, то це питання може бути вирішене і після суду.

Разом з цим, у цій статті законодавець нехтує принциповою підставою для застосування примусового лікування до особи з алкоголізмом або наркоманією — це **вчинення злочину на ґрунті цієї хвороби**. Тобто має бути доведено причинно-наслідковий зв'язок між хворобою і вчиненим діянням. Тут виникає багато питань суто юридичного характеру, які, природньо, психіатри-експерти не можуть вирішувати. Наприклад, чи може такий причинно-наслідковий зв'язок бути встановлено без розгляду справи після того, як вирок набув законної сили, або, чи є рішення про застосування примусового лікування елементом вироку, чи це є окрема категорія. У чинному законодавстві відповідей на ці питання немає, а тому зазначені колізії лишаються, як і **лишається єдиний законний шлях отримання**

висновку щодо наявності у обвинуваченого ознак алкоголізму або наркоманії та необхідності лікування згідно зі ст.14 КК — призначення судово-психіатричної експертизи.

Щоб встановити питання, які має вирішувати судово-психіатрична експертиза, звернемося безпосередньо до ст.14 КК.

Ст.14 КК

Відповідальність за злочин, вчинений в стані алкогольного сп'яніння

(1) Особа, яка вчинила злочин в стані сп'яніння, не звільняється від кримінальної відповідальності.

(2) Суд, незалежно від призначеного кримінального покарання, може направити на примусове лікування особу, засуджену за злочин, вчинений на ґрунті алкоголізму чи наркоманії. Примусове лікування цих осіб проводиться, залежно від міри кримінального покарання, відповідно в місцях позбавлення волі або спеціальних медичних закладах.

(3) Припинення примусового лікування проводиться судом у порядку, встановленому Кримінально-процесуальним кодексом України.

(4) В разі вчинення злочину особою, яка зловживає спиртними напоями або наркотичними засобами і ставить у зв'язку з цим себе і свою сім'ю в тяжке матеріальне становище, суд, поряд з застосуванням за вчинений злочин покарання, не пов'язаного з позбавленням волі, може, за клопотом членів її сім'ї, профспілкової чи іншої громадської організації, прокурора, органу опіки

і піклування або лікувальної установи, визнати її обмежено дієздатною. Над цією особою встановлюється піклування в порядку, передбаченому Кодексом про шлюб та сім'ю України.

Зі змісту ст.14 КК випливає **п'ять** основних питань, які мають цікавити слідство і суд (не будемо звертати увагу на деяку невідповідність назви статті її змісту):

1. Наявність стану сп'яніння на момент скоєння злочину. Ця обставина має юридичне значення через ст. 41 КК, п.11 якої передбачає вчинення злочину особою, яка перебуває в стані сп'яніння, в якості обставини, що обтяжує відповідальність.

2. Наявність хронічного алкоголізму або наркоманії. Має юридичне значення, як передумова встановлення причинно-наслідкового зв'язку між цією хворобою і скоєним злочином, та як підстава до застосування примусового лікування.

3. Наявність зловживання спиртними напоями або наркотичними засобами. Має юридичне значення згідно з ч.4 ст.14 КК, яка передбачає можливість визнання такої особи обмежено дієздатною з встановленням над нею піклування.

4. Встановлення причинно-наслідкового зв'язку між алкоголізмом або наркоманією у обвинуваченого та скоєним злочином. Має юридичне значення через ст. 14 КК, яка передбачає застосування примусового лікування до обвинуваченого, якщо злочин вчинено на ґрунті алкоголізму або наркоманії.

5. Необхідність застосування примусового лікування. Передбачено ч.2 ст.14 КК.

3. Психіатричний аспект експертної діагностики алкоголізму та наркоманії стосовно вимог ст.14 КК.

3.1 Стан сп'яніння.

Згідно з науково-практичним коментарем до Кримінального Кодексу України, під сп'янінням, про яке йдеться в ч.1 ст.14, мається на увазі звичайне сп'яніння, як алкогольне, так і токсичне та наркотичне. Як правило, особа свідомо приводить себе в стан звичайного сп'яніння. Цей стан не позбавляє її здатності усвідомлювати свої дії та свідомо керувати ними, на відміну від патологічного сп'яніння. Особи, які вчинили злочин у стані звичайного сп'яніння, визнаються осудними.

Однак цим психіатричне значення звичайного сп'яніння не вичерпується. До обсягу поняття «звичайне сп'яніння» входять різні за ступенем тяжкості стани, які супроводжуються різної забарвленості психічними порушеннями. Наприклад, у низьких дозах алкоголь викликає сти-

мулюючий ефект. З підвищенням дози можуть виникати ажитація та гіперактивність. Великі дози призводять до седативного ефекту. Певний відсоток серед випадків звичайного сп'яніння займають так звані змінені форми, які зовнішніми ознаками можуть нагадувати патологічне сп'яніння.

Змістовну частину всіх варіантів звичайного сп'яніння становить токсичний вплив психоактивної речовини на центральну нервову систему, отож на психіку та свідомість. Цей вплив призводить до психічних відхилень кількісного характеру і проявляється через обмеження здатності особи у стані звичайного сп'яніння повністю усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Через відсутність юридичних підстав та механізму врахування судом всіх аспектів звичайного сп'яніння, встановленню і доведенню цієї

обставини на сьогодні приділяється недостатньо уваги. Так, судово-психіатрична експертиза для встановлення факту звичайного сп'яніння практично не призначається.

Висновки експертів, які констатують звичайне сп'яніння, зустрічаються тільки тоді, коли слідством ставиться питання про патологічне сп'яніння, яке згодом не знаходить підтвердження при експертизі.

Між тим, сп'яніння під назвою «гостра інтоксикація» передбачено міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду в розділі «Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» під шифром F1x.O.

Визначення поняття

Під гострою інтоксикацією, за МКХ-10, розуміється тимчасовий стан услід за вживання алкоголю або іншої психоактивної речовини, що призводить до розладів свідомості, когнитивних функцій, сприймання, емоцій, поведінки або інших психофізіологічних функцій та реакцій.

Згідно з наведеним визначенням гостра інтоксикація охоплює широкий спектр розладів психіки внаслідок вживання психоактивних речовин від простого сп'яніння до гострих психотичних розладів, зокрема патологічного сп'яніння.

Діагностичні ознаки

МКХ-10 пропонує діагностувати гостру інтоксикацію як основний діагноз на підставі таких ознак:

- відсутність стійких розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю або наркотиків;
- пряма відповідність з рівнями доз (глава XX МКХ-10);
- плінність інтоксикації, зменшення її інтенсивності з часом і зникнення при відсутності подальшого вживання речовини;
- повне видужання (зникнення безпосередніх ознак інтоксикації), за виключенням випадків, коли має місце тканеве пошкодження або інше ускладнення.

З вищевикладеного можна зробити наступні висновки:

- встановлення звичайного сп'яніння є обставиною, що має юридичне значення;
- звичайне сп'яніння є обставиною, встановлення якої вимагає застосування спеціальних знань;
- для встановлення звичайного сп'яніння, при наявності кримінальної справи, має призначатися судово-психіатрична експертиза.

Слід враховувати, що діагностика звичайного сп'яніння або його змінених форм не може базуватися тільки на заявах обвинуваченого або

інших осіб у справі. Вона вимагає повноцінного експертного дослідження всіх об'єктів експертизи, аналізу і співставлення виявлених фактів, диференціальної діагностики з іншими станами, які за зовнішніми ознаками можуть нагадувати сп'яніння. Бажано, щоб клінічні висновки підкріплювались об'єктивними даними параклінічних досліджень.

3.2 Наявність хронічного алкоголізму або наркоманії.

Хронічний алкоголізм та наркоманія є другою юридично значущою обставиною, яка входить до обсягу норми ст.14 КК. Ці хвороби складають медичний критерій примусового лікування, передбаченого цією статтею.

Поняття «сп'яніння» та «алкоголізм» і «наркоманія» не співпадають. Вони не визначають одне одного в часі. Тобто сп'яніння може не свідчити про наявність алкоголізму чи наркоманії як хвороби. В свою чергу ці хвороби в окремий проміжок часу можуть не супроводжуватися сп'янінням. З експертної точки зору, сп'яніння та алкоголізм і наркоманія потребують окремого доведення. Тим більш, що вони мають різне юридичне значення.

Психіатричний сенс хронічного алкоголізму і наркоманії полягає у синдромі залежності (за МКХ-10 шифр F1x.2.). В експертній практиці слід використовувати визначення та діагностичні ознаки синдрому залежності наведені у МКХ-10.

Визначення поняття

Під синдромом залежності розуміється сполучення фізіологічних, поведінкових і когнитивних явищ, за яких зловживання речовин або класу речовин починає займати перше місце у системі цінностей індивідуума. Основною характеристикою синдрому залежності є потреба приймати психоактивну речовину (яка може бути або не бути призначена лікарем), алкоголь або табак. Є в наявності докази того, що повернення до вживання психоактивних речовин після періоду утримання призводить до більш швидкої появи ознак цього синдрому, ніж у осіб, які раніше його не мали.

Діагностичні ознаки.

МКХ-10 пропонує діагноз синдрому залежності діагностувати тільки при наявності 3-х або більше викладених нижче ознак, які виникали у певний проміжок часу минулого (за часом досліджень) року:

- сильна потреба або необхідність прийняти речовину;
- порушення здатності контролювати вживання речовини, тобто початок вживання, закінчен-

ня або дозу речовин, які вживаються;

- фізіологічний стан відміни, при якому вживання речовин зупиняється або зменшується, про що свідчать: характерний для речовини синдром відміни або свідоме використання цієї ж або подібної речовини для полегшення симптомів відміни;

- такі ознаки толерантності, як підвищення дози речовини, котра необхідна для досягнення ефекту, який раніш виникав від менших доз;

- прогресуюче зменшення обсягу інших інтересів на користь вживання речовини, зростання проміжку часу, необхідного для виникнення стану сп'яніння після вживання наркотику;

- продовження вживання речовини, не дивлячись на шкідливі наслідки, такі як пошкодження печінки внаслідок зловживання алкоголем, депресивні стани після періодів інтенсивного вживання речовини, зниження когнитивних функцій внаслідок вживання наркотиків.

Закон накладає відомі обмеження на діагностичні можливості експерта, забороняючи йому самостійно добувати докази, за виключенням даних безпосереднього клінічного дослідження підекспертного. А міжнародні норми, які зобов'язують медичних робітників охороняти фізичне і психічне здоров'я засуджених або затриманих осіб (резолюція 37/94 Генеральної Асамблеї ООН), виключають застосування без дозволу підекспертного, при підозрі на наркоманію, антагоністів наркотика для провокування абстинентного синдрому, який безумовно погіршить його психічний та фізичний стан. Зрозуміло, що в цих умовах суттєво збільшується залежність експертного рішення від повноти та інформативності зібраних матеріалів справи.

Нарешті, на відміну від клінічної наркології, де частіше виникає питання про діагностику стадії наркоманії, важливим моментом експертного дослідження є зміщення при ньому акценту в бік диференціальної діагностики наркотизма та наркоманії. До того ж наявність наркоманії та період перебігу хвороби є самостійними предметами доведення.

Наведені особливості експертного підходу, а також медико-соціальна природа наркоманії, яка обумовлює по мірі перебігу хвороби різне співвідношення та динаміку доступних і недоступних об'єктивній реєстрації клінічних проявів, передбачає обов'язкове дотримання низки методичних вимог до збору матеріалів і направлення підекспертного на СПЕ.

Відповідно до ст.196 КПК України «при необхідності проведення експертизи слідчий скла-

дає мотивовану постанову в якій... вказує підстави для проведення експертизи». Це означає, що під час винесення постанови слідчий повинен мати свідчення, що особа вживає наркотичні речовини, страждає на наркоманію. Посилання на ці дані повинні бути вказані в постанові про проведення СПЕ, а їх джерела залучені до матеріалів справи і представлені експерту.

Необхідно розрізнити підстави для проведення наркологічного огляду і підстави для призначення СПЕ. Характерною помилкою, яка допускається на цьому етапі, є їх змішання і направлення підозрюваного (обвинуваченого) на СПЕ тільки, наприклад, за фактом вилучення у нього наркотичної речовини. Частіше це бувають особи, які були затримані на шляхах транспортування наркотика, які є мешканцями інших міст, для отримання медичних свідоцтв про яких слідству необхідно достатній термін часу. До отримання цих відомостей експертне дослідження затриманого немає ніякого сенсу у зв'язку з очевидністю негативного висновку. Тому їх відсутність може служити підставою для відмови від надання експертного висновку за браком необхідних для експертного дослідження матеріалів.

Вилучення у особи наркотичних речовин, речовин і засобів для їх приготування та вживання, при відсутності інших даних, може служити тільки підставою для наркологічного огляду (клінічного та лабораторного). До цього слідство також можуть привести певні прояви порушення з боку психічного стану, які дають підстави підозрювати у затриманого наркотичне сп'яніння.

Наркологічний огляд в таких випадках є підставою для залучення спеціаліста для участі в проведенні слідчого діяння (ст.128,1 КПК України). Воно дозволяє виявляти клінічні ознаки наркотичного сп'яніння та зафіксувати характерні для наркоманії соматичні ознаки. Останнє є підставою для призначення судово-медичної експертизи для виявлення проколів вен з визначення їх локалізації та строків давнини. Обов'язковим є лабораторне дослідження біологічних середовищ організму (кров, сеча, піт, слина) для документального закріплення факту наявності в організмі наркотичної речовини і її метаболітів.

Проведення вказаних досліджень слід вважати обов'язковими не тільки особам, які затримані за незаконні операції з наркотиками, але й особам, які вчинили інші протиправні дії, якщо в них візуально виявляються ознаки сп'яніння або характерні зміни з боку вен. Таким чином, поперше, об'єктивно встановлюється важливий для суду факт стану сп'яніння в період скоєння

діяння, що може враховуватися як обставина, що обтяжує відповідальність.

По-друге, виявляються підстави для призначення стаціонарної СПЕ з наступних міркувань. Виявлення наркотичних речовин в організмі або стан наркотизації можуть свідчити як про наявність наркоманії, так і про епізодичність вживання наркотичних речовин. Важливим для диференціації цих станів є виявлення абстинентного синдрому, для чого потрібен нагляд в стаціонарних умовах.

Виявлення абстинентного синдрому використовується в системі доказів наявності наркоманії в якості аксіоми. Однак, за нашими даними, 66,2 % підекспертних поступають на експертизу для вирішення питання про наявність наркоманії через 2 і більше тижнів після затримання, коли виявити ознаки абстинентного синдрому вже не вдається. Те саме відбувається, якщо:

- за обвинуваченим не було своєчасно організовано достатній нагляд і після чого настала спонтанна ремісія;
- підекспертний продовжує наркотизуватися після затримання та в період експертизи;
- в нього не сформувалась фізична залежність від наркотика.

У всіх цих випадках діагноз наркоманії не може бути відкинута до виключення ознак психічної залежності. Про її наявність можуть свідчити дані про відповідну пошукову активність підекспертного, як на свободі, так і в період перебування на обстеженні. Це спілкування з наркоманами, неадекватно позитивна оцінка всього, що пов'язане з наркотиком, бесіди про його добування, засобах виробництва, відчуттях, яких зазнали. У цих випадках необхідно порівняти відомості, отримані від підекспертного, з типовими реакціями і відчуттями від одноразового і систематичного прийому наркотика. Однак, оскільки наркомани знають про діагностичне значення вказаних ознак, вони можуть їх приховувати. Тому дуже виживим є пошук об'єктивних даних, з яких найбільш характерним є комплекс: систематичний характер вживання наркотика при доведеній тривалості прийому більше року з переходом на внутрішньовенний шлях введення.

Доведення систематичного вживання наркотика, яке постійно повторюється та нескінчається, на ранніх стадіях захворювання, при дисимуляції психічної залежності, відсутності фізичної залежності та соматичних стигм наркоманії, базується виключно на матеріалах справи. При цьому необхідно враховувати неминучу втрату частини інформації під час ретроспективної оці-

нки шуканої обставини. Це значить, що довести кожний прийом наркотика неможливо. Тому діагностичне значення кожного певно встановленого факту суттєво зростає, оскільки за ним, як правило, ховається більш або менш тривале вживання наркотика.

Такими доказами можуть бути документально засвідчені дані про затримання, які мали місце раніше, або перебування підекспертного в стані наркотичного сп'яніння, свідчення осіб, які вживали наркотики разом з ним, інші свідчення наявності у нього наркоманічної домінанти.

Під час приготування матеріалів на СПЕ слід виходити з того, що ступінь певності діагностики наркоманії знаходиться у прямій залежності від тяжкості захворювання. На більш пізніх стадіях зростає можливість виявлення об'єктивних ознак хвороби безпосередньо у хворого, незважаючи на дисимулятивні тенденції. На цих стадіях дефекти слідства, які стосуються повноти та інформативності матеріалів справи, строків направлення на СПЕ мають значно менше негативне значення.

На ранніх стадіях наркоманії зростає ймовірність гіподіагностики захворювання у зв'язку з незначною соматизацією клінічних проявів та дисимуляцією їх психічних компонентів, внаслідок чого суттєво зростає діагностичне значення матеріалів справи і строків направлення на експертизу.

3.3 Наявність зловживання спиртними напоями або наркотичними засобами.

Відповідно до ч.4 ст.14 КК в разі вчинення злочину особою, яка зловживає спиртними напоями або наркотичними засобами і ставить у зв'язку з цим себе і свою сім'ю в тяжке матеріальне становище, суд, разом з покаранням, якщо воно не передбачає позбавлення волі, може визнати таку особу обмежено дієздатною. Над нею має бути встановлено піклування, термін якого не визначається.

Слід зазначити, що у практиці ми не зустрічалися з випадками використання ч.4 ст.14 КК, можливо, через те, що цим особам призначається покарання, пов'язане з позбавленням волі.

Поняття «зловживання» у даному контексті вжито як загальне, порівняно з поняттям «алкоголізм» та «наркоманія». Воно включає до свого обсягу і так зване побутове п'янство [9]. Зловживання алкоголем є медичним критерієм обмеженої дієздатності. Щодо зловживання наркотичними засобами, нам невідомі наукові праці в яких би доводилась відмінність поняття зловживання наркотичними засобами від наркоманії.

Тому слід вважати що ч.4 ст.14 КК може застосовуватись тільки до осіб, які страждають на наркоманію. Через це медичним критерієм обмеженої дієздатності необхідно вважати саме наркоманію.

Юридичним критерієм є тяжке матеріальне становище, в яке ставить себе та свою сім'ю така особа. Ці обидва критерії і причинно-наслідковий зв'язок між ними повинні бути доведені. Тільки за такої умови особа може бути визнана обмежено дієздатною. Таке рішення передбачено законодавцем як один із заходів подолання алкоголізму і захисту осіб, які залежать від особи, котра зловживає алкоголем або наркотиками.

Компетенція експерта в даному випадку вичерпується доведенням факту зловживання алкоголем або наркотичними засобами. Звичайно, що ніяких рекомендацій щодо застосування до обвинуваченого ч.4 ст.14 КК експерт не має права давати, оскільки це виходить за межі його компетенції.

3.4 Встановлення причинно-наслідкового зв'язку між алкоголізмом або наркоманією у обвинуваченого та скоєним злочином.

Найбільш суттєвим для застосування до обвинуваченого примусового лікування є встановлення причинно-наслідкового зв'язку між алкоголізмом (наркоманією) та скоєним злочином. Поки що цій важливій обставині не приділяється належної уваги.

Практика свідчить про те, що це питання, як правило, не аналізується в необхідному обсязі через підміну понять. У більшості випадків, принаймі при алкоголізмі, кримінальні дії вчиняються у стані сп'яніння. Цього стає достатнім для вирішення судом питання щодо «грунту». Таким чином поняття «алкоголізм» підміняється поняттям «сп'яніння». Хоча в дійсності мова має йти зовсім про інше. Особа може страждати на алкоголізм, знаходитись у стані сп'яніння і вчинити злочин на зовсім іншому «грунті». Для того щоб вважати таким «грунтом» алкоголізм чи наркоманію, треба довести вплив цієї патології на ідеаторну або суто вольову частину дійового акту, який прийняв форму злочину. Патологія має відбитися у кримінальних діях.

Між іншим, за змістом, це частина проблеми обмеженої осудності, і може бути згодом вирішена, в межах своєї компетенції, психіатром-експертом за допомогою ситуаційного аналізу, основи якого поки що розробляються теорією судової психіатрії [10,11]. Але доки будуть відсутні

чіткі науково обгрунтовані рекомендації з цього приводу, слід вважати, що компетенція психіатра-експерта в цьому питанні вичерпується доведенням наявності хронічного алкоголізму чи наркоманії.

3.5 Необхідність застосування примусового лікування.

Згідно з практикою, яка склалася, розглядаючи питання щодо ст. 14 КК, слідство та суд, як правило, ставлять перед експертами питання про необхідність застосування до обвинуваченого примусового лікування та цікавляться, чи немає до такого лікування протипоказань. Експерти готують висновки з цих питань, не замислюючись щодо меж своєї компетенції. Але є достатньо і наукових, і юридичних підстав вважати хибною існуючу практику визначення необхідності застосування примусового лікування. Розглянемо означені питання більш докладно.

3.5.1 Примусове лікування.

По-перше. З невідомої причини вважається, що примусове лікування осіб згідно зі ст.14 КК є медичним заходом. В дійсності це не так. Медицина взагалі і психіатрія зокрема не знають інших медичних підстав для застосування примусового лікування, окрім станів, які загрожують життю. Лікування в таких випадках здійснюється за життєвими показниками, без згоди хворого, його законних представників тощо.

Примусове лікування осіб з алкоголізмом та наркоманією не є таким, тому що ці хвороби не загрожують життю їх носіїв безпосередньо. Через це їх лікування, згідно зі ст. 14 КК, є **передусім не медичним, а юридичним заходом**. Це державне примушування до лікування, як спосіб соціального захисту суспільства від можливого злочину, суттєвою причиною якого є алкоголізм чи наркоманія. Саме у визначенні цієї патології і наголосі на необхідності її лікування (якщо є ознаки активної хвороби) і полягає компетенція психіатра-експерта. Він не має права визначати спосіб лікування — добровільний чи примусовий — це прерогатива суду, причому лише у випадку, коли буде доведено причинно-наслідковий зв'язок між алкоголізмом (наркоманією) обвинуваченого та злочином.

Таким чином, примусове лікування, в сенсі ст.14 КК, є юридичним заходом, який характеризується двома критеріями:

- юридичним — доведеним фактом вчинення обвинуваченим злочину;
- медичним — доведеним фактом наявності у обвинуваченого на момент вчинення злочину ознак алкоголізму або наркоманії.

Але для того, щоб з'явилося поняття «примусове лікування», кожен з критеріїв повинен мати необхідну для цього суттєву ознаку.

Для юридичного критерію — це вчинення злочину на ґрунті алкоголізму чи наркоманії, тобто причинно-наслідковий зв'язок між хворобою та діяння.

Для медичного критерію — це активна стадія хвороби, коли є медичні підстави для лікування.

До компетенції психіатра-експерта входить визначення хвороби та її стадії, а звідси ствердження про наявність підстав для лікування.

До компетенції суду входить оцінка висновків психіатра-експерта; визначення причинно-наслідкового зв'язку між хворобою обвинуваченого і скоєним злочином; визначення примусового характеру лікування. До речі, останнє питання чітко визначено у п.14, ст.324 КПК.

3.5.2 Протипоказання до примусового лікування.

Питання про протипоказання до примусового лікування не входить до обсягу ст. 14 КК і не згадується у чинних КК і КПК взагалі. Законодавець не обумовлює застосування примусового лікування жодними обставинами, окрім вчинення злочину на ґрунті алкоголізму та наркоманії. Вже це дає підстави для ствердження, що наявність протипоказань для примусового лікування не має юридичного значення. Крім того, це питання за своїм змістом не входить до компетенції психіат-

ра-експерта.

Таким чином, і питання щодо протипоказань, і відповіді на них не є законними. З процесуальної точки зору не є законною і практика вирішення цього питання через залучення до експертної комісії лікарів невропатолога та терапевта. Вони не є експертами і не мають права підписувати спільний з психіатрами висновок. Якби протипоказання до примусового лікування мали юридичне значення, питання про їх наявність повинна була б вирішувати судово-медична експертиза, а не лікарі-консультанти.

Слід враховувати і таку обставину. Застаріла інструкція часів СРСР про протипоказання для лікування від алкоголізму та наркоманії не диференціює видів такого лікування та методів його здійснення. Між тим їх діапазон досить широкий від психотерапевтичних та психокорекційних заходів до стресових і медикаментозних, які потребують певного стану соматичного здоров'я. Через це, якби ознака визначення протипоказань мала юридичні підстави, то слід було б визначити і необхідний обсяг і вид лікування, що вочевидь виходить за межі компетенції психіатра-експерта.

Викладені аргументи дають підстави для висновку, що в разі прийняття судом рішення про застосування примусового лікування, комплекс питань пов'язаних з його виконанням має вирішуватись медичними органами пенітенціарної системи.

4. Питання до експертів щодо застосування ст. 14 КК.

Підсумовуючи викладене, можна зазначити наступне. У випадках, коли йдеться про можливість застосування до обвинуваченого ст.14 КК, має призначатися тільки судово-психіатрична експертиза відповідно до вимог ст. 75 КПК. До компетенції психіатра-експертами входять такі питання:

- чи знаходився обвинувачений у стані сп'яніння у проміжок часу, до якого відносяться інкриміновані йому діяння?

- чи страждає обвинувачений на алкоголізм (наркоманію)?

- чи потребує обвинувачений лікування від алкоголізму (наркоманії)?

- чи є у обвинуваченого ознаки зловживання алкоголем чи наркотичними засобами?

Зрозуміло, якщо у слідства є сумніви щодо осудності обвинуваченого, то експерт має надати висновки стосовно наявності інших психічних

хвороб і здатності особи усвідомлювати свої дії та керувати ними, відповідно до ст. 12 КК. Зайве зазначати, що при проведенні експертизи, про яку йдеться у статті, мають бути витримані всі вимоги чинного законодавства щодо складання акту експертизи, а висновки експерта — належним чином мотивовані.

Запропоновані підходи до проведення судово-психіатричної експертизи при вирішенні питання щодо застосування ст. 14 КК дозволяють узгодити цей процес з основними принципами судово-психіатричної експертизи. Розв'язання питань, що продовжують існувати в цій галузі судово-психіатричної експертизи, безперечно поліпшить її якість, допоможе здолати полегшене ставлення до цього різновиду судової експертизи, зробить її проведення, з означеної вище підстави, керованим і таким, що піддається обліку, аналізу і контролю за якістю та обґрунтованістю висновків.

НЕОТЛОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СОСТОЯНИЙ ЗАВИСИМОСТИ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии, Украина

На основании анализа материалов судебно-психиатрической экспертизы 1899 лиц, у которых диагностированы алкоголизм, наркомания или эпизодическое употребление наркотических веществ показаны типичные ошибки при назначении и проведении экспертизы. Рассмотрены коллизии в системе: законодательство — наука — практика и предложены пути их устранения. (Журнал психиатрии та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 35-45).

V.B.Pervomaisky, V.R.Ileiko, A.I.Tsubera

EMERGENCY PROBLEMS OF FORENSIC PSYCHIATRY EXPERTIZE OF ADDICTION STATE

Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry, Ukraine

The forensic psychiatry materials of 1899 persons with alcohol's, drug's abuse and episode drug's apply were researched. The typical mistakes of appoint and conducting of forensic psychiatry expertize has being displayed. The collision between the law, the science and the practice of forensic psychiatry were revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 35-45).

Література

1. Первомайский В.Б. Замечания по «Временной инструкции о производстве судебно-наркологической экспертизы Минздрава СССР» // Вопросы наркологии.-N 3.-1991.-С. 45-47.
2. Первомайський В.Б. Чи слід змінювати підвідомчість ЛТП?//Радянське право.-N.2.-1991.-С.25-27.
3. Кондратьев Ф.В., Клименко Т.В. Комплексная судебная нарколого-психиатрическая экспертиза // Комплексные судебно-психиатрические экспертизы / Пособие для врачей / Под ред. проф.Т.Б.Дмитриевой и проф. Б.В. Шостаковича.-М.:1996. — С.59-73.
4. Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 30 травня 1997 р. N 8 // Вісник Верховного Суду України. — 3(5). — 1997. С. 2-5.
5. Разработать и внедрить в практику судебно-психиатрической экспертизы и наркологической службы меры дифференцированной профилактики общественно-опасных действий лиц с медико-социальными последствиями алкоголизма: Отчет о НИР (Инв N.02870033951), Укр. филиал

- ВНИИОиСП им.В.П.Сербского, Киев,1986,128 с.
6. Особенности диагностики наркомании в условиях судебно-психиатрической экспертизы: Отчет о НИР (Инв N.02880076679),Укр. филиал ВНИИОиСП им.В.П.Сербского, Киев, 1988,100 с.
7. Науково-практичний коментар Кримінального Кодексу України / Відповід. ред. Я.Ю.Кондратьєв, С.С.Яценко.-К.,1994.-800 с.
8. Уголовно-процессуальный Кодекс Украинской ССР: Научн.-практ. коммент./ В.Г.Белоусенко, Ю.М.Грошевой, А.Я.Дубинский и др.; Отв. Ред. П.Г.Цупренко.-К.,Политиздат Украины,1984,-595 с.
9. Бехтель Э.°. Донозологические формы злоупотребления алкоголем.М.: Медицина,1986.-272 с.
10. Сегай М.Я., Первомайський В.Б. Обмежена осудність: перспективи впровадження // Державно-правова реформа в Україні. -К.,1997. — 420 с.
11. Сегай М.Я., Стринжа В.К. Судебная экспертиза материальных следов-отображений. — Киев: «ін Юре», 1997.— 174 с.

Поступила в редакцию 24.05.99г.