**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ**

**ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ОРГАНІВ ДОСУДОВОГО РОЗСЛІДУВАННЯ**

Кафедракриміналістики, судової медицини та психіатрії

**КОНСПЕКТ лекціЙ**

**з навчальної дисципліни «СУДОВА ПСИХІАТРІЯ**»

спеціальність 6.030401 Правознавство

для здобувачів вищої освіти 5 курсу факультету підготовки фахівців для підрозділів національної поліції ННІ ЗНПК, що навчаються на першому (бакалаврському) рівні вищої освіти

**Дніпро – 2018**

Конспект лекцій підготував **Христов О.Л.** – доцент кафедри криміналістики, судової медицини та психіатрії факультету підготовки фахівців для органів досудового розслідування Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, кандидат юридичних наук

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

Мінченко С.І., професор кафедри кримінології та кримінально-виконавчого права Національної академії внутрішніх справ, доктор юридичних наук, старший науковий співробітник;

Кириченко О.В., завідувач кафедри оперативно-розшукової діяльності та спеціальної техніки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, доцент.

Конспект лекцій обговорений та схвалений на засіданні кафедри криміналістики, судової медицини та психіатрії факультету підготовки фахівців для органів досудового розслідування

10.08. 2018 р., протокол № 1

**ТЕМА № 1. ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ. ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

**(2 години)**

**ПЛАН ЛЕКЦІЇ:**

Вступ……………………………………………………………………………….4

1. Мета, предмет і завдання судової психіатрії. Історія розвитку………….….4

2. Правові та організаційні основи судово-психіатричної експертизи в Україні

2.1. Нормативно-правові акти, що регламентують порядок призначення

та проведення судово-психіатричної експертизи……………………………....6

2.2. Судово-психіатрична експертиза: порядок проведення та підстави……7

Висновок………………………………………………………………………....8

Методичні поради щодо підготовки даної теми………………………………8

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:**

1. Кримінальний кодекс України : Закон України від 5 квітня 2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до кодексу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2341-14
2. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13 квітня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до кодексу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/4651-17
3. Про Національну поліцію : Закон України від 2 липня 2015 р. (зі змінами та доповненнями станом на 1 січня 2016 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до закону: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/580-19
4. Про судову експертизу : Закон України від 25 лютого 1994 р. (зі змінами та доповненнями станом на 1 січня 2016 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до закону: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/4038-12>
5. Про затвердження Інструкції про призначення та проведення судових експертиз та Науково-методичних рекомендацій з питань підготовки та призначення судових експертиз та експертних досліджень : наказ Міністерства юстиції України від 08 жовтня 1998 року № 53/5 ( в ред. від 31 липня 2015 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до Наказу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0705-98>
6. Порядок проведення судово-психіатричної експертизи, затверджений Наказом МОЗ України N 397 від 08 жовтня 2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до Порядку : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0219-02>
7. Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия: Учебник для академического бакалавриата. – М. : Юрайт, 2016. – 512 с.
8. Левенець І.В. Судова психіатрія: підручник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 328 с.
9. Спіріна І. Д. Судово-психіатрична експертиза: навч. посібник / І. Д. Спіріна. – Дніпропетровськ: Дніпропетр. юрид. ін-т., 2000. – 145с.
10. Цільмак О.М. Судово–психіатрична експертиза: навчальний посібник. / О.М. Цільмак. – Одеса: РВВ ОДУВС, 2014. – 104с. – з іл.

**Мета лекції:** сформувати у курсантів знання про сутність, роль і значення навчальної дисципліни «Судова психіатрія» длядіяльності працівників поліції, а також про сучасні досягнення науки з питань, що розглядаються, і з'ясування невирішених і дискусійних проблем, а саме:

а) *науково-юридична:* сформувати у курсантів знання щодо мети, предмету, завдання, історії розвитку судової психіатрії, а також щодо організаційно-процесуальних основ судово-психіатричної експертизи в Україні.

б) з*агальноосвітня:* навчити мислити логічно, застосовуючи для розв’язання поточних завдань формально-логічні методи: індукції, дедукції та ін. Вивчення історичних передумов розвитку судової психіатрії та їх впливу на всі галузі права й міжгалузеві зв’язки;

в) *виховна:* сприяти формуванню патріотизму та правової культури майбутнього працівника поліції.

**Вступ**

Судова психіатрія являє собою галузь психіатрії, що вивчає психічні хвороби у зв'язку з питаннями кримінального і цивільного процесу, які припускають настання специфічних правових наслідків (звільнення від кримінальної відповідальності, застосування примусових заходів медичного характеру, визнання угоди недійсної та ін.). Ця галузь психіатрії називається «судовою», оскільки на підставі висновку судових психіатрів суд у рамках кримінального або цивільного судочинства приймає процесуальні рішення.

**І.** **МЕТА, ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ.**

**ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ**

Судова психіатрія є частиною загальної медичної науки психіатрії, однак вона має самостійні завдання.

**Головна мета судової психіатрії** полягає у вивченні психічних розладів у їх специфічному відношенні до певних питань кримінального та цивільного права і процесу.

Таким чином, **предметом судової психіатрії** є психічні розлади, які мають правове значення у кримінальному та цивільному судочинстві.

**Основні завдання судової психіатрії**:

1) експертне обстеження і надання висновків (заключень) про осудність чи неосудність осіб, підозрюваних у вчиненні кримінальних правопорушень, щодо яких є сумніви в їх психічному здоров’ї у слідства чи суду, а також щодо психічного стану цих осіб на момент проведення експертизи;

2)  попередження суспільно небезпечних дій психічно хворих, у т. ч. шляхом застосування заходів медичного впливу стосовно неосудних, обмежено осудних та осіб, які захворіли після вчинення злочину;

3)  обстеження і надання експертних висновків (заключень) з питання про дієздатність осіб, які викликають сумніви в їх психічному здоров’ї у суду в цивільному процесі;

4)  визначення психічного стану свідків і потерпілих при необхідності;

5)  визначення психічного здоров’я осіб, у яких з’явились ознаки психічних розладів під час відбування покарання в місцях позбавлення волі, та подання висновків про заходи медичного характеру стосовно таких осіб;

6)  в окремих випадках, при потребі, – надавати допомогу у визначенні слідчих дій, методики розслідування.

Ще з ХІХ ст. у судовій психіатрії відоме поняття “презумпція психічного здоров’я”, згідно з яким здоров’я розглядалось як правило, а психічна хвороба – як виняток, котрий необхідно визначити. Це поняття споріднене з юридичним – презумпцію невинності, що базується на первинній цінності людської особи, факт провини якої треба довести.

Історію розвитку судової психіатрії в Україні прийнято поділяти на чотири етапи.

Перший етап (1919–1929 pp.) – накопичення досвіду судово-психіатричної експертної роботи, розробка нових форм експертизи і примусових заходів медичного характеру, становлення законодавчої та науково-технічної бази.

Другий етап (1930–1950 pp.) – організація мережі судово-психіатричних закладів (відділень, експертних комісій) у системі органів охорони здоров’я, проведення наукових досліджень, підготовка наукових кадрів.

Третій етап (1951–1991 pp.) – розширення діагностичних та експертних можливостей впровадження нової системи судово-психіатричних оціночних критеріїв стосовно всіх психічних хвороб. Початок практичного впровадження такого нового напрямку судово-психіатричної діяльності, як профілактика суспільно небезпечних дій психічно хворих.

У практику запроваджено два види примусових заходів медичного характеру – лікування в психічних лікарнях загального типу і спеціального типу, що підпорядковувалися міністерству внутрішніх справ. З 1988 р. примусове лікування почало проводитись у лікарняних закладах трьох типів, які підпорядковувалися тільки органам охорони здоров’я: зі звичайним, посиленим і суворим спостереженням.

На VІ конгресі Всесвітньої асоціації психіатрів у 1977 р. порушувалося питання про так звану “каральну психіатрію”, про використання в СРСР психіатрії з політичною метою й утисків прав людини. Відкрите визнання таких фактів почалося наприкінці 80-х років. Одночасно в результаті багатьох публікацій у пресі про використання радянської психіатрії з політичною метою, для боротьби з інакодумцями й опозицією почалося огульне та безпідставне звинувачення всіх психіатрів: їх називали “злочинцями в білих халатах”, “психіатричною мафією” тощо. В багатьох випадках це порушило нормальні відносини між психіатрами та їхніми пацієнтами.

Четвертий етап (від 1991 – донині) – здійснено перехід на МКБ-10; судовими психіатрами використовуються досконаліші та надійніші діагностичні критерії психічних розладів, завдяки чому значно підвищена вірогідність діагностики. Після розпаду СРСР інтерес громадськості до психіатрії значно впав, а практика стосунків між судовими психіатрами та правоохоронними органами стала результативнішою. Продовжується демократична судово-правова реформа. Від 22 лютого 2000 р. діє Закон України “Про психіатричну допомогу”.

**ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО ПИТАННЯ**

Отже, судова психіатрія як самостійна наука вивчає психічні розлади, чим сприяє правосуддю. Знання із судової психіатрії дозволить курсантам у їх майбутній практичній роботі правильно призначати судово-психіатричну експертизу, критично оцінювати не тільки експертний висновок, а й ті принципові положення і фактичні дані, на основі яких він базується.

**ІІ. ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ**

**2.1. Нормативно-правові акти, що регламентують порядок призначення та проведення судово-психіатричної експертизи**

Судово-психіатричне експертне обстеження проводиться на підставі наступних нормативно-правових актів:

1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР

2. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13.04.2012 № 4651-VІ За станом на 11.08.2015

3. Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04.2001 № 2341-ІІІ [За станом на 04.07.2015

4. Кодекс України про адміністративні правопорушення : Закон України від 07.12.1984 № 8073-X За станом на 11.08.2015

5. Сімейний кодекс України : Закон України від 10.01.2002 № 2947-III за станом на 04.08.2015

6. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 489-III

7. Про судову експертизу: Закон України від 25.02.1994 № 4038а-XII, станом на 1 березня 2013 р.

8. Цивільний процесуальний кодекс України: за станом на 1 березня 2015

9. Цивільний кодекс України : за станом на 1 березня 2015 р.

10. Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 3 червня 2005 р. № 7 .

11. Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади: наказ Міністерства охорони здоров’я України № 397 від 08.10.2001, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 1 березня 2002 р. за N 215/6503:

12. Про затвердження Інструкції про призначення та проведення судових експертиз та Науково-методичних рекомендацій з питань підготовки та призначення судових експертиз та експертних досліджень: наказ Міністерства юстиції України від 08 жовтня 1998 року № 53/5, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 03 листопада 1998 року за №705/3145

13. Порядок проведення судово-психіатричної експертизи: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397, зареєстрованого в юстиції України 1 березня 2002 р. № 219/6507:

14. Інструкція про порядок організації охорони приміщень і територій відділень судово-психіатричної експертизи та режиму тримання осіб, які перебувають під вартою і направлені на судово-психіатричну експертизу : наказ МВС України та МОЗ України N 751/338 від 04.11.96 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26 листопада 1996 р. за № 684/1709

15. Про судову практику в справах про визнання громадянина обмежено дієздатним чи недієздатним

16. Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах: Постанова пленуму Верховного суду України N 8 від 30.05.97, станом на 1 березня 2015 р.

**2.2. Судово-психіатрична експертиза: порядок проведення та підстави**

**Судово-психіатрична експертиза** (надалі - експертиза) призначається органами досудового слідства та суду і проводиться за їх відповідним рішенням з метою відповіді на питання, що виникають під час провадженням адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи **(**п.1 наказу МОЗ України від 08.10.2001 № 397).

**Слідчий, прокурор зобов’язані залучити експерта (експертів) для проведення психіатричної експертизи у разі, якщо:**

1) необхідно визначити психічний стан підозрюваного за наявності відомостей, які викликають сумнів щодо його осудності, обмеженої осудності (ст. 242 КПК України);

2) під час кримінального провадження будуть встановлені обставини, які дають підстави вважати, що:

А) особа під час вчинення суспільно небезпечного діяння була в неосудному або обмежено осудному стані (ст. 509 КПК);

Б) або вчинила кримінальне правопорушення в осудному стані, але після його вчинення захворіла на психічну хворобу, яка позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії або керувати ними (ст. 509 КПК).

**Обставинами, які встановлюють необхідність проведення судово-психіатричної експертизи, є** (ст. 509 КПК):

1) наявність згідно з медичним документом у особи розладу психічної діяльності або психічного захворювання;

2) поведінка особи під час вчинення суспільно небезпечного діяння або після нього була або є неадекватною (затьмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам’яті тощо).

**Питання про направлення особи до медичного закладу для проведення психіатричної експертизи вирішується** (ст. 509 КПК):

1**) під час досудового розслідування** - ухвалою слідчого судді за клопотанням сторони кримінального провадження в порядку, передбаченому для подання та розгляду клопотань щодо обрання запобіжного заходу,

2)  **під час судового провадження -** ухвалою суду.

**ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО ПИТАННЯ:**

Обставинами, які встановлюють необхідність проведення судово-психіатричної експертизи, є (ст. 509 КПК):

1) наявність згідно з медичним документом у особи розладу психічної діяльності або психічного захворювання;

2) поведінка особи під час вчинення суспільно небезпечного діяння або після нього була або є неадекватною (затьмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам’яті тощо).

**висновки З ТЕМИ:**

Судова психіатрія являє собою галузь психіатрії, що вивчає психічні хвороби у зв'язку з питаннями кримінального і цивільного процесу, які припускають настання специфічних правових наслідків (звільнення від кримінальної відповідальності, застосування примусових заходів медичного характеру, визнання угоди недійсної та ін.).

**МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ДАНОЇ ТЕМИ:**

Успішне оволодіння темою заняття передбачає не лише засвоєння лекційного матеріалу, його закріплення на семінарських заняттях, а й кропітку самостійну роботу по вивченню законодавства, набуттю навичок правильного застосування відповідних правових норм в конкретних ситуаціях, що виникають під час досудового розслідування кримінальних правопорушень.

Готуючись до семінарського заняття, насамперед курсанти зобов’язані вивчити літературні джерела з цієї теми, в яких наголошується про важливість застосування знань з судової психіатрії під час розкриття і розслідування злочинів. Визначаються найбільш поширені форми психічних розладів у практиці судової психіатрії.

Потрібно дослідити завдання судово-психіатричної експертизи. Визначити, хто може бути може бути судово-психіатричним експертом, вивчити його права та обов’язки. Розглянути, які фактори впливають на похибки в свідченнях потерпілих і свідків. А також визначити порядок призначення, продовження, зміни та припинення примусового лікування хворих на психічні розлади.

**ТЕМА № 9. АЛКОГОЛІЗМ, НАРКОМАНІЯ, ТОКСИКОМАНІЯ**

**(2 години)**

**ПЛАН ЛЕКЦІЇ:**

Вступ…………………………………………………………………………….9

1. Поняття про алкоголізм, наркоманію, токсикоманію………………….9

2. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів внаслідок алкоголізму, наркоманії та токсикоманії або психічних розладів і розладів поведінки, обумовлених вживанням психоактивних речовин …………………..........10

Висновок………………………………………………………………………..18

Методичні поради щодо підготовки даної теми……………………………..18

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:**

1. Кримінальний кодекс України : Закон України від 5 квітня 2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до кодексу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2341-14

1. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13 квітня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до кодексу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/4651-17
2. Про адвокатуру та адвокатську діяльність : Закон України від 05 липня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до закону: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5076-17>
3. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до закону: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1489-1>
4. Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи: Наказ МОЗ України від 08.05.2018 р. № 865 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до Наказу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0719-18.
5. Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 3 червня 2005 р. № 7: [Електронний ресурс]. – Режим доступу до постанови: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0705-98/page?text>
6. Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия: Учебник для академического бакалавриата. – М. : Юрайт, 2016. – 512 с.
7. Левенець І.В. Судова психіатрія: підручник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 328 с.
8. Воробйова Н.О. Правове регулювання психіатричної допомоги: Навчальний посібник для вузів. – К.: Юстініан, 2010 – 208 с.
9. Цільмак О.М. Практикум з судової психіатрії : [ Текст ] [ уклад. та загальна редакція О.М. Цільмак ] // Навчальний посібник – Одеса: ОДУВС, 2011. – 104 с.

**Мета лекції:** сформувати у курсантів знання про особливості психіатричної оцінки психічних розладів внаслідок алкоголізму, наркоманій і токсикоманій, розвивати компетентність майбутніх поліцейських, а саме:

а) *науково-юридична:* сформувати у курсантів знання, необхідні для розуміння поняття та стадій алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, а також зв’язку та впливу відповідних психічних розладів людини на вчинення нею суспільно небезпечних діянь.

б) з*агальноосвітня:* навчити мислити логічно, застосовуючи для розв’язання поточних завдань формально-логічні методи: індукції, дедукції та ін.;

в) *виховна:* сприяти формуванню патріотизму та правової культури майбутнього працівника поліції, а також здійснення своєчасної профілактики та попередження зловживання ними алкоголем, вживання наркотичних, токсичних речовин чи психотропних препаратів, у тому числі й медичних без припису лікарів.

**Вступ**

Судова психіатрія вивчає алкоголізм, наркоманію, токсикоманію як явища, які впливають на динаміку вчинення правопорушень. Взаємозв'язок наркоманії та злочинності проявляється також у вчиненні протиправних дій, пов'язаних з незаконними операціями з наркотиками (виготовлення, зберігання, збут, придбання).

**1. ПОНЯТТЯ ПРО АЛКОГОЛІЗМ, НАРКОМАНІЮ, ТОКСИКОМАНІЮ**

**Алкоголізм** — хворобливий потяг до алкогольних напоїв, в основі якого лежить фізіологічна залежність, що супроводжується соматичними, нервовими і психічними порушеннями в організмі.

Вже на перших стадіях розвитку алкоголізму помітні значні зміни особистості. Нерідко в алкоголіків виникають провали пам'яті, алкогольні психози, порушується сон, часто сняться жахи. Спостерігаються напади так званої білої гарячки (алкогольного делірію), під час яких хворий бачить велику кількість різних дрібних тварин (пацюків, змій, павуків, комах), інколи мерців, чортів тощо. Наявність таких галюцинацій свідчить про тяжке ураження центральної нервової системи, що потребує складного медикаментозного лікування.

Не менш тяжкою соціальною хворобою є **наркоманія**, що виражається фізичною і психічною залежністю від препаратів, які мають наркотичний ефект.

**Токсикома́нія** — хвороба, яка характеризується психічною, а іноді й фізичною залежністю від психоактивної токсичної речовини не віднесеної до списку наркотиків.

Токсикоманія як патологічний потяг змінює психічний стан залежної людини, викликається снодійними засобами (барбітурати), транквілізаторами (діазепам — седуксен тощо), психостимуляторами (циклодол тощо).

**ВИСНОВКИ З ПЕРШОГО ПИТАННЯ:**

Правопорушення тісно пов'язані з такими антисоціальними явищами, як алкоголізм, наркоманія і токсикоманія. Поширення останніх у суспільстві майже автоматично призводить до суттєвого зростання кількості правопорушень. Зв'язок між цими явищами і вчиненням правопорушень, очевидний – значна кількість протиправних дій скоюється в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння. Наркоманія не в меншій, а скоріше навпаки, ступеня ніж пияцтво супроводжує злочинності, тому що, з метою заволодіння наркотиками або засобами для їх придбання наркомани скоюють тяжкі та особливо тяжкі корисливі та корисливо-насильницькі злочини.

**2. СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК АЛКОГОЛІЗМУ, НАРКОМАНІЇ ТА ТОКСИКОМАНІЇ АБО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ І РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ, ОБУМОВЛЕНИХ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН**

Однією з найбільш частих і складних судово-психіатричних експертиз є експертизи осіб, що скоїли правопорушення в результаті зловживання алкоголем, наркотичними засобами та речовинами, які можуть спричиняти токсикоманії. Так, наприклад, практично важливо знати: в стані звичайного алкогольного сп'яніння чи патологічного сп'яніння було скоєно правопорушення, бо, зрештою, це питання осудності чи неосудності відповідно.

Просте алкогольне сп'яніння (гостра інтоксикація — F-10). Цим поняттям користуються переважно судові психіатри для відокремлення звичайного сп'яніння від інших тимчасових розладів психічної діяльності, котра виникають на фоні дії алкоголю.

З досліджень фізіологічної дії алкоголю на центральну нервову систему відомо, що він пригнічує її спричиняє розлади основних нервових процесів умовно­рефлекторної діяльності людини – збудження та гальмування.

Динаміка і ступінь сп'яніння залежать від кількості вжитого алкоголю, загального стану організму та функціональних особливостей вищих структур головного мозку. Клінічні прояви ступенів сп'яніння певною мірою корелюють із вмістом алкоголю в крові. При легкому ступені цей вміст становить до 0,5-1,5, при середній - 1,5-2,5, при тяжкій - до 6 проміле.

Труднощі в оцінці психічного стану сп'янілого в момент скоєння злочину нерідко пов'язані з варіабельністю проявів звичайного алкогольного сп'яніння. Стрижневим моментом у відокремленні його від патологічного є встановлення характеру і ступеню порушення свідомості у сп'янілого під час скоєння правопорушення.

Наслідком наркотизуючої дії алкоголю при звичайному сп'янінні є оглушеність свідомості, характерна звуженість уваги, недостатність усвідомлення та орієнтування в оточуючому, сповільненість та утруднення сприйняття, запам'ятовування та репродукції, мала продуктивність мислення і поверхневі асоціації. Оглушений стан свідомості не має чіткої визначеності обмежень, він наростає поступово і також поступово закінчується або переходить у сон. Деяка недостатність осмислення, сприйняття і запам'ятовування подій у жодному разі не свідчить про потьмарення свідомості; все це не позбавляє сп'янілого здатності усвідомлювати навколишнє й оцінювати свою поведінкy та вчинки загалом. Навіть у тяжких, виражених ступенях алкогольного сп'яніння в особи зберігається певний контакт із оточуючим середовищем, здійснюється контроль над своєю поведінкою.

Перелічені психічні порушення, зумовлені вживанням алкоголю, можуть відображуватися на вчинках сп'янілих під час скоєння ними правопорушень. Насамперед психічні порушення відображаються в психічній неврівноваженості, емоційній нестійкості, подразливості, швидкому переключень уявлень у рухові акти, спробах передчасної реалізації виниклих намірів і загальному психомоторному збудженні. Однак ці психічні розлади не можна розглядати ізольовано, загалом поза зв'язком з особою. Алкогольне сп'яніння виявляє схильності особи, приховані наміри, знижує можливості до спротиву здійсненню злочину. В свідомості хворого можуть легко з'являтися неочікувані, дивні думки, що негайно реалізуються в дії.

В практиці експертизи спостерігаються стани звичайного алкогольного сп'яніння з істеричними явищами (фантазуванням, вигадками, самозвинуваченнями та ін.), елементами перебільшення, бешкетування, розпусності тощо. Відношення оточуючих завжди відбивається на поведінці і характері дій сп'янілих. Так, вони, наштовхуючись на активну протидію з боку оточуючих, часто докорінно змінюють свою поведінку, намагаються виправдовуватись, уникнути відповідальності.

Таким чином, психічні зміни, що виникають в результаті дії алкоголю, відбиваються на вчинках сп'янілих і формуванні в них задуму, характеру виконання злочину. Разом з тим у стані звичайного алкогольного сп'яніння немає тієї сукупності ознак, які властиві присмерковому (сутінковому) розладу свідомості. Це свідчить, що психічні розлади при звичайному сп'янінні не можуть бути ототожнені з психотичними розладами. В деяких випадках при скоєнні злочину в стані звичайного сп'яніння здатність особи розуміти свої дії і керувати ними лише послаблюється. Все це виключає звичайне алкогольне сп'яніння в законодавстві з тих психотичних розладів, які обумовлюють неосудність. У кримінальне законодавство введено норму про те, що Особа, яка вчинила злочин у стані сп'яніння внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів або інших одурманюючих речовин, підлягає кримінальній відповідальності. (ст. 21 ККУ). Більше того, при призначенні покарання суд може визнати вчинення злочину особою, що перебуває у стані алкогольного сп'яніння або у стані, викликаному вживанням наркотичних або інших одурманюючих засобів обставинами, які обтяжують покарання (п. 13 ч.1 ст. 67 ККУ).

Патологічне сп'яніння (F-10.07). Роботами С. С. Корсакова, В. П. Сербського та інших відомих вчених, а також сучасними дослідженнями звичайному алкогольному сп'янінню було протиставлене за своєю клінічною сутністю сп'яніння патологічне, яке віднесене до гострих психотичних розладів із короткочасним перебігом. Патологічне сп'яніння прийнято розглядати тепер як присмеркове (сутінкове) потьмарення свідомості, що триває від кількох хвилин до кількох годин. Воно виникає на тлі алкогольної інтоксикації, якісно не має нічого спільного з клінічними проявами звичайного алкогольного сп'яніння.

Лікарям-психіатрам, судово-психіатричним експертам клінічну картину патологічного сп'яніння доводиться відновлювати ретроспективно, на основі по­казань свідків, які містяться в матеріалах карних справ. Свідки, звичайно, показують, що сп'янілі раптом стали тривожними, розгубленими, відстороненими від реального світу, рухи їх були нечіткими, швидкими, висловлювання їх набули погрозливого характеру. Хворобливі пережиття, котрі раптово виникли, виявляються в секундних репліках, своєрідній напруженій манері себе тримати, нерідко в самих скоєних діях, що мають захисний характер.

Для діагностики патологічного сп'яніння більш цінним є не встановлення факту забування подій, а з'ясування, що збереглося в пам'яті суб'єкта, які хворобливі переживання він пам'ятає. Суттєве значення для діагностики патологічного сп'яніння має характер поведінки суб'єкта після скоєння правопорушення. Так, наприклад, особи, котра перебувають у звичайному алкогольному сп'янінні, при затриманні спричиняють спротив, нерідко вступають у конфлікт з працівниками міліції, дебоширять, обурюються тощо. Такого ніколи не трапляється з суб'єктами, які перенесли патологічне сп'яніння. Вони, навпаки, при затриманні виявляють неадекватно байдужість до того, що сталося, спостерігається невідповідна до обставин заспокоєність; в інших відбувається намагання пригадати щось, вони напружено, перелякано озираються навколо себе, здригаються при зверненні до них. Завжди спостерігається загальна фізична слабкість, різка стомлюваність.

Судово-психіатричною практикою виправдане клінічне розслідування двох різновидів патологічного сп'яніння: параноїдної (галюцинаторно-параноїдної) та епілептоїдної форм.

Для параноїдної (галюцинаторно-параноїдної) форми патологічного алкогольного сп'яніння характерною є картина за типами присмеркового розладу свідомості, що виявляється в раптовому, без передвісників виникненні маячних переживань, втраті контакту з реальною дійсністю, психомоторному збудженні, афектах страху, гніву, безглуздих, стереотипних та імпульсних рухових розрядах. Галюцинаторно-маячні переживання, котрі виникають, як правило, мають для суб'єкта загрозливий, небезпечний для життя характер. Агресивні дії відрізняються великою руйнівною силою, раптовістю, жорстокістю.

Патологічне сп'яніння епілептоїдної форми клінічно зводиться до присмеркового (сутінкового) потьмарення свідомості. Воно проявляється у раптовому виникненні явищ різкого рухового збудження, порушення і орієнтування та контакту з реальною дійсністю, появі підозрілості, озлоблення настороженості, афектів страху, гніву. Рухове збудження в таких випадках проявляється в надто інтенсивних, бездумних, хаотичних агресивних розрядах, які скоюються з неймовірною жорстокістю, злобністю, нерідко досягають характеру автоматизмів і стереотипних дій.

При епілептоїдній формі патологічного сп'яніння рухове збудження, агресивні дії обумовлені афектами страху, гніву. Вони відірвані від реальності, інтенсивність їх проявів не залежить від яких-небудь моментів існуючої обстановки. Особи, котрі перебувають у присмерковому стані свідомості, не тікають, а зі злобністю і люттю накидаються на уявних "ворогів". При скоєнні агресивних дій, як правило, відсутнє мовна продукція, нерідко відзначається незрозуміле бурмотіння, іноді крик. Рухове збудження, агресивні дії при цій формі патологічного сп'яніння найчастіше закінчуються переходом у стан фізичної розслабленості, малорухомості з подальшим сном і повною амнезією всього скоєного.

Оскільки той чи інший експертний висновок про психічний стан досліджуваних у момент скоєння правопорушення будується ретроспективно, на аналізі матеріалів карних справ, то тут важливу роль відіграють повнота і якість показань свідків і всіх інших матеріалів справ. Вміло зібрані слідчим дані про психічний стан досліджуваного в момент правопорушення дають можливість експертам клінічно вірно оцінити цей стан і зробити відповідний висновок. Неякісні і неповні показання свідків утруднюють діагностику, створюють невпевненість в експертів, затягують у багатьох випадках проведення експертизи. Тільки повно зібраний судово-слідчими органами та добре підготовлений для судово-психіатричної експертизи матеріал забезпечує правильність діагнозу й експертних висновків.

До осіб, які скоїли правопорушення в стані короткочасного розладу психічної діяльності і визнані неосудними, необхідно застосовувати заходи медичного ха­рактеру тільки тоді, коли для цього є відповідні показання (наприклад, якщо в особи відзначається тимчасове загострення властивих їй нейропсихічних аномалій тощо). В деяких випадках такі особи можуть бути направлені до районного психіатра за місцем проживання для динамічного спостереження. При виявленні в осіб, котрі перенесли патологічне сп'яніння, того чи іншого короткочасного розладу психічної діяльності, органічних змін центральної нервової системи, хронічного алкоголізму доцільним є проведення спеціального лікування в умовах психіатричної лікарні.

Хронічний алкоголізм (синдром залежності F-1х.2 - F-1х.30 та інші). Скоєння злочинів хворими на хронічний алкоголізм найчастіше пояснюється підвищеною підозрілістю, активізацією інстинктивних механізмів, нерідко появою швидкоплинних обманів сприйняття.

Судово-психіатрична оцінка хронічного алкоголізму. Не дивлячись на певні психічні зміни особистості, раніше їй властиві, що впливають на формування у страждаючих на хронічний алкоголізм умислу та характеру скоєння злочину, вони навіть у тяжкій стадії хвороби не позбавляються можливості розуміти свої дії і керувати ними. Виключенням можуть бути лише дуже рідкісні випадки, в яких xpoнічний алкоголізм внаслідок поєднання з виниклими атеросклеротичними і віковими змінами набуває характеру виразного алкогольного слабоумства.

Алкогольний делірій (F-1x.4). Найбільш розповсюджений алкогольний психоз може виникати як у чоловіків, так і в жінок унаслідок метаалкогольної інтоксикації організму і більше відомий під назвою "біла гарячка".

Початок делірію гострий, характеризується порушенням орієнтування в місці і часі, множинними, різноманітними, переважно зоровими галюцинаціями, ілюзіями, метушливим збудженням, афектами страху. При зорових і тактильних галюцинаціях хворі струшують з себе, як вони вважають, малих звірів, комах. Під впливом виразних погрозливих галюцинацій такі особи тікають, ховаються, скоюють агресивні дії.

Типові деліріозні стани настільки виразні, що переживаються хворими як повна реальність. Хворі становлять значну небезпеку для самих себе та оточуючих. Осіб, котрі скоїли небезпечні дії в стані делірію і визнані неосудними, з метою запобігання повторення психотичних станів потрібно направляти на примусове лікування в психіатричні лікарні.

У практиці делірій нерідко виникає невдовзі після затримання особи. В таких випадках для експертів особливо важливим є встановлення часу початку делірію щодо періоду скоєного правопорушення. При проведенні експертизи осіб, які в минулому перенесли алкогольні психози, але притягуються до кримінальної відповідальності за не пов'язане з ними правопорушення, потрібно враховувати їх можливу тенденцію до навмисного, свідомого відтворення хворобливої симптоматики, що була в минулому, і віднесення її до часу скоєння злочину з метою уникнути відповідальності за нього. Звичайно, опис симптоматики делірію, який ніби-то мав місце під час скоєння правопорушення, носить клінічно неправдивий характер, розбігається з істинною психопатологічною симптоматикою, характерною для делірію. Тільки ретельне вивчення матеріалів справи, обережність при розпитуванні обстежуваного про його відчуття і переживання дозволяють розпізнати вмисне, свідоме зображення психотичного стану, що відрізняється від картини істинної хвороби. Крім цього, при дослідженні психічного стану обстежуваного потрібно враховувати відображення в матеріалах карної справи характеру поведінки в момент скоєння правопорушення, відповідність змісту описаної ним симптоматики. Щоби запобігти хибним експертним висновкам, необхідно точне встановлення початку хворобливого стану. Констатація цього стану повинна базуватися на співставленні матеріалів карної справи з суб'єктивними висловлюваннями досліджуваних.

Алкогольний галюциноз (F-1x.52). Основними його клінічними проявами що, зазвичай, починаються після алкогольних ексцесів, в перші 3-4 дні абстиненції, є збереженість свідомості, орієнтування в місці, часі, власній особі, наявність переважно слухових галюцинацій. Хворому причуваються голоси людей, які ніби-то говорять про нього, лають його, погрожують. Зміст голосів здебільшого неприємний. Вони, наприклад, говорять, що хворий - "мрець", "негідник", на якого чекають "тюрма", "страта" та ін. Голоси або звертаються до нього, або обговорюють його долю між собою, часто вони сприймаються хворим як голоси знайомих, товаришів, рідних. Маячні ідеї носять інтерпретативний характер, зміст яких витікає з галюцинацій.

У судово-психіатричній практиці частіше зустрічається гострий короткочасний алкогольний галюциноз. Його доводиться диференціювати передовсім від патологічного сп'яніння, а нерідко й від виражених варіантів простого алкогольного сп'яніння. Слухові галюцинації, маячні ідеї переслідування, страх, тривога, котрі протікають на тлі ясної свідомості, збереженого орієнтування, зовні упорядкованої поведінки, несумісні з клінікою патологічного сп'яніння, а, тим більше, станом звичайного алкогольного сп'яніння.

Необхідно пам'ятати, що як при делірії, так і при алкогольному галюцинозі можливе наступне навмисне цільове викладення досліджуваним на експертизі пережитих ним раніше хворобливих станів з метою уникнути відповідальності. Наявність алкогольного галюцинозу під час скоєння правопорушення виключає осудність. Осіб, які скоїли небезпечні дії в стані алкогольного галюцинозу і визнані неосудними, з метою профілактики психотичних станів та їх рецидивів потрібно рекомендувати направляти на тривале примусове лікування в психіатричні лікарні з подальшим, після припинення примусового лікування, направленням їх під нагляд районного психіатра. У випадках, коли алкогольний галюциноз набуває затяжного, хронічного, несприятливого перебігу, можливо застосування статей 19, 84 ККУ.

Алкогольний параноїд (F 1х.51) раніше розглядався як окремий симптомокомплекс серед різних алкогольних психозів (Е. Крепелін, Е. Блейлер, Е. Маєр та ін.). Як правило, розвиткові гострого алкогольного параноїду передують слабкість, тривога, руховий неспокій. Надалі з'являються афекти страху, тривоги, уривчасті маячні ідеї переслідування, особливого значення, фізичного впливу. Характерним є поступове наростання рухового збудження, наступне скоєння імпульсивних вчинків. Особливістю гострого алкогольного параноїду є скоєння хворими під час найбільшої інтенсивності хворобливих проявів тяжких суспільно небезпечних дій проти особи.

Практика показує, що за частотою і тяжкістю скоєння суспільно небезпечних дій перше місце належить хворим алкогольними параноїдами. Небезпечність таких хворих визначається насамперед наявністю маячних ідей ревнощів, переслідування. Потрібно пам'ятати, що ці хворі залишаються потенційно небезпечними для оточуючих, передусім для жінок, дітей і родичів. Ці обставини необхідно враховувати при призначенні заходів медичного характеру, тому що хворі (зокрема, з рецидивуючим перебігом алкогольного параноїку) потребують довготривалого примусового лікування в психіатричних лікарнях спеціального типу, незалежно від тяжкості скоєного. Крім цього, навіть не дивлячись на ретельно проведене лікування, виписка із лікарень такого роду хворих без урахування мікросоціальних умов може призвести до рецидиву алкоголізму, який в свою чергу спровокує рецидив алкогольного параноїду. Через те при зміні виду примусового лікування потрібно суворо дотримуватися поступовості і ступінчастості, при переведенні хворого в психіатричну лікарню загального типу проводити йому там протиалкогольне лікування з активною трудовою терапією.

Осіб, у котрих алкогольний параноїд виник після правопорушення, потрібно направляти в психіатричні лікарні до виходу з психотичного стану з наступним поверненням у розпорядження слідчих органів або суду. У випадках, коли алкогольні параноїди набувають затяжного перебігу, можливо застосування статей 19, 84ККУ**.**

Стан осіб, що страждають на хронічний алкоголізм з психогенно-ситуаційно обумовленими запойними станами, не може бути прирівняний до тимчасових роз­ладів психіки і тому такі особи несуть повну відповідальність за вчинене.

**Наркоманії** характеризуються хворобливим звиканням, пристрастю і неконтрольованим потягом до наркотичних засобів. Найбільш розповсюдженими з наркотичних засобів, які вживаються наркоманами, є опійні препарати. Психічна залежність від наркотику є найстійкішим симптомом захворювання і зберігається в прихованій формі навіть після припинення вживання наркотику. Фізична залежність від наркотику при розвитку захворювання виникає пізніше, ніж психічна залежність, і проявляється лише на фоні довготривалого щоденного прийому значних доз наркотику.

Випадки правопорушень, пов'язаних з гострою і хронічною інтоксикацією наркотиками, зустрічаються відносно рідко. Особи, котрі зловживають наркотиками, як правило, визнаються осудними. В окремих випадках наркоманій все ж може бути прийняте рішення про неосудність; це відноситься до правопорушень, що були скоєні в гострому психотичному стані. Наявність особливо глибоких змін особистості теж може бути основою для визнання правопорушника неосудним.

При судово-психіатричній експертизі осіб, котрі зловживають снодійними засо­бами, враховується їх психічний стан у момент скоєння правопорушення і ступінь виразності змін особистості. Неосудність встановлюється лише в тих випадках, коли правопорушення було скоєно в психотичному стані або мають місце глибокі зміни особистості. Частіше все таки ці суб'єкти несуть відповідальність за скоєне правопорушення.

**ВИСНОВКИ З ДРУГОГО ПИТАННЯ:**

В законодавстві звичайне алкогольне сп'яніння виключено з тих психотичних розладів, які обумовлюють неосудність. Особи, котрі зловживають наркотиками, як правило, визнаються осудними. В окремих випадках наркоманій і токсикоманій все ж може бути прийняте рішення про неосудність; це відноситься до правопорушень, що були скоєні, наприклад, в гострому психотичному стані.

**ВИСНОВКИ З теми:**

Зв'язок між алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією і вчиненням правопорушень, очевидний – значна кількість протиправних дій скоюється в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння. Наркоманія не в меншій, а скоріше навпаки, ступеня ніж пияцтво супроводжує злочинності, тому що, з метою заволодіння наркотиками або засобами для їх придбання наркомани скоюють тяжкі та особливо тяжкі корисливі та корисливо-насильницькі злочини

Психічні розлади при звичайному сп'янінні не можуть бути ототожнені з психотичними розладами. В деяких випадках при скоєнні злочину в стані звичайного сп'яніння здатність особи розуміти свої дії і керувати ними лише послаблюється. Все це виключає звичайне алкогольне сп'яніння в законодавстві з тих психотичних розладів, які обумовлюють неосудність. Випадки правопорушень, пов'язаних з гострою і хронічною інтоксикацією наркотиками, зустрічаються відносно рідко. Особи, котрі зловживають наркотиками, як правило, визнаються осудними. В окремих випадках наркоманій все ж може бути прийняте рішення про неосудність; це відноситься до правопорушень, що були скоєні в гострому психотичному стані. Наявність особливо глибоких змін особистості теж може бути основою для визнання правопорушника неосудним.

**МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ДАНОЇ ТЕМИ:**

В ході лекції розглянуто лише частину з того значного кола питань, що необхідно буде опанувати майбутнім правоохоронцям при вивченні курсу.

Саме тому при підготовці до практичних занять з теми рекомендується звернутись не лише до базових підручників, а ще й до інших джерел, які можна знайти у бібліотеці університету або у книжковому фонді навчально-методичного кабінету криміналістики.

Готуючись до семінарського заняття, насамперед курсанти зобов’язані вивчити літературні джерела з цієї теми, в яких розкриваються поняття алкоголізму, наркоманії та токсикології. Потрібно дослідити виключні стани, короткочасні розлади психіки внаслідок вживання алкоголю чи наркотичних речовин.