УДК 615.21

*В.В.ШАПОВАЛОВ (молодший), І.В.ЛІНСЬКИЙ, д-р мед. наук, проф.*

*Слідчий відділ Київського РВ ХМУ ГУМВС України в Харківській обл.,*
*Національний фармацевтичний університет,*
*ДП «Інститут неврології, психіатрії та наркології» АМН України*

# СУДОВА ФАРМАЦІЯ, СУДОВА НАРКОЛОГІЯ: МЕТОД ОЦІНЮВАННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ЗДОРОВ'Я ВНАСЛІДОК ЗЛОВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

**Ключові слова:** судова фармація, судова наркологія, психоактивні речовини

Інтеграція України до Європейського Союзу викликає необхідність від Верховної Ради України, МОЗ України, МВС України, Генпрокуратури України та Мінюсту України приведення законів і нормативно-правових актів, що регламентують медико-фармацевтичну допомогу пацієнтам, хворим на наркоманію (з психічними та поведінковими розладами) через зловживання психоактивними речовинами (наркотичними та одурманюючими засобами, прекурсорами, психотропними, отруйними, сильнодіючими, їдкими та легкозаймистими речовинами, алкоголем, тютюновими виробами та лікарськими препаратами), до єдиних стандартів і директив Євросоюзу при забезпеченні прав і свобод, життя і здоров'я конкретної людини, громадянина та пацієнта щодо доступу до життєво важливих, якісних, ефективних, безпечних та економічно доступних ліків [8]. Судово-фармацевтичний моніторинг свідчить, що за 8 місяців 2009 року в Україні службою БНОН зареєстровано: 116 957 споживачів психоактивних речовин (динаміка зменшення на –7,1 % порівняно з аналогічним періодом 2008 р.); виявлено 42 491 злочин (динаміка на –8,1 % менше порівняно з аналогічним періодом 2008 р.); тяжкі та особливо тяжкі злочини становлять 6729 (динаміка на –6,3 % менше порівняно з аналогічним періодом 2008 р.); злочинів за ознаками ст. 307 КК України (збут) — 12 807 (динаміка на –2,0 % менше порівняно з аналогічним періодом 2008 р.); виявлено 35 ОЗГ (динаміка на +45,8 % більше порівняно з аналогічним періодом 2008 р.); злочинів за ознаками ст. 315 КК України (схиляння) — 521 (динаміка на –19,2 % менше порівняно з аналогічним періодом 2008 р.); злочинів за ознаками ст. 317 КК України (притони) — 1633 (динаміка на –12,4 % менше порівняно з ана-

© В.В.Шаповалов, І.В.Лінський, 2010

логічним періодом 2008 р.); злочинів за ознаками ст. 321 КК України (збут) — 304 (динаміка на −81,0 % менше порівняно з аналогічним періодом 2008 р.); проведено 6729 оперативних закупівель (динаміка на +2,4 % більше порівняно з аналогічним періодом 2008 р.). Установлено, що існує причинно-наслідковий зв'язок у ланці «злочин — захворюваність» та «захворюваність — злочин». Нижче нами наведено приклад із судово-фармацевтичної практики.

***Приклад.*** Зміївським районним судом Харківської області (надалі — області) 13.08.2009 р. вивчено у відкритому судовому засіданні кримінальну справу щодо обвинувачення громадянина К., 17.02.1976 р. народження, уродженця м. Харкова, громадянина України, з неповною середньою освітою, розведеного, проживаючого у селищі Комсомольський, Зміївського р-ну, раніше засудженого: 02.12.1993 р. вироком Куп'янського районного суду області за ч. 3 ст. 81, ч. 1 ст. 89 КК України (у ред. 1960 р.) до трьох років позбавлення волі; 12.09.1995 р. вироком Чугуївського районного суду області за ч. 3, 4 ст. 81, ст. 86-1, ч. 1 ст. 89, ч. 2 ст. 140, ст. 183, ч. 3 ст. 208 КК України (у ред. 1960 р.) — до чотирьох років та шести місяців позбавлення волі; 11.02.2000 р. вироком Чугуївського районного суду області за ч. 2 ст. 206 КК України (у ред. 1960 р.) — до трьох років позбавлення волі, на підставі ст. 45 КК України звільнений від відбування покарання з іспитовим строком на три роки; 02.06.2003 р. вироком Чугуївського районного суду області за ч. 3 ст. 185, із застосуванням ст. 71 КК України, — до трьох років та восьми місяців позбавлення волі, звільнений умовно-достроково на два місяці двадцять днів; 11.10.2007 р. вироком Зміївського районного суду області по ч. 1 ст. 309 КК України до 1 року обмеження волі, у скоєнні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 309 КК України.

Так, 13.06.2009 р. о 23.53 год. громадянин К. у м. Харкові біля автовокзалу на пр. Гагаріна, в аптеці № 1 придбав без рецепта лікаря лікарський засіб «Терофун», який привіз до с. Комсомольського та сховав його у лісопосадці поблизу залізничного вокзалу. 14.06.2009 р. о 11.00 год громадянин К. незаконно виготовив шляхом модифікації із таблеток «Терофун» психотропну речовину первітин. У той самий день, в 12.00 год, співробітниками служби БНОН громадянина К. було затримано та у присутності понятих у нього в кишені брюк було виявлено та вилучено медичний шприц місткістю 5 мл з речовиною, яка згідно з висновком судової хіміко-фармацевтичної експертизи являє собою метамфетамін (первітин). Маса первітину в перерахунку на суху речовину становила 0,1669 г, первітин віднесено до таблиці II, списку № 2 «Психотропні речовини, обіг яких обмежений» постанови Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. №770 «Про затвердження Переліків наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів». Первітин громадянин К. незаконно виготовив, переносив та зберігав без мети збуту [6]. У ході вивчення особи громадянином К було встановлено, що він страждає на психічні та поведінкові розлади здоров'я внаслідок зловживання психоактивними речовинами. Стосовно захворювання громадянин К. до лікарів за місцем проживання не звертався. У судовому засіданні прокурор району заявив клопотання про закриття провадження у кримінальній справі у зв'язку зі смертю підсудного громадянина К. Із копії свідоцтва про смерть вбачається, що гр. К помер 28.06.2009 р. Згідно з п. 8 ст. 6 КПК України порушена кримінальна справа має бути закрита у відношенні померлої особи. Керуючись п. 8 ст. 6, ст. 273, ч. 1 ст. 282 КПК України, суд постановив: провадження у кримінальній справі з обвинувачення громадянина К у скоєнні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 309 КК України, закрити у зв'язку зі смертю обвинуваченого.

Даний приклад не поодинокий, отже становить інтерес з позиції судової фармації та судової наркології розробити метод оцінювання схильності пацієнтів, у т.ч. злочинців, до психічних та поведінкових розладів здоров'я внаслідок зловживання психоактивними речовинами. Встановлено, що психічні та поведінкові розлади здоров'я, що виникають внаслідок зловживання психоактивними речовинами (надалі у тексті статті — розлади F1, за шифром у МКХ/ICD-10), відносяться до захворювань із спадковою схильністю [3, 10–12]. Наявні свідоцтва того, що спадкова схильність ускладнює хід розладів F1, ускладнює їх лікування та погіршує прогноз у випадках, коли вони вже перейшли у хворобу [13, 14]. Вищенаведене свідчить, що своєчасне оцінювання схильності до розладів F1 може стати основою для формування банку даних щодо потенціальних пацієнтів відповідних груп підвищеного ризику з подальшою профілактикою розвитку хвороби в них, для диференційованого лікування хворих, які вже мають зазначені розлади, а також для прогнозування потенціальних правопорушників відповідних груп підвищеного ризику до скоєння злочинів різної категорії, тому метою даної роботи було створення методу оцінювання схильності до розладів F1.

Раніше нами було доведено фенотипічну дисперсію за ознакою наявності–відсутності розладів F1, що спостерігається у поколіннях родичів, хворих на опійну наркоманію, адекватно описано у рамках квазінеперервної та альтернативної

моделей спадковості [3, 4]. Обидві ці моделі припускають, що ознака (у даному випадку схильність до розладів F1) перебуває під контролем групи генів. У свою чергу, будь-який із генів визначає, як правило, формування кількох фенотипічних ознак. Тому в осіб, схильних до розвитку розладів F1, має спостерігатися значна кількість інших, що не мають безпосереднього відношення до вказаної схильності, ознак. Якщо це так, то дані ознаки можна вивчати як маркери схильності до розладів F1, що є природною підставою для методу її оцінювання.

Для виявлення маркерів схильності до розладів F1 було проведено скринінг різнопланових ознак із залученням анамнестичного, антропометричного, дерматогліфічного, експериментально-психологічного та судово-фармацевтичного методів і програми «Кримінал Стат». У даній роботі застосовувались доступні інструментальні чи лабораторні методи досліджень. Ця доступність введена свідомо для того, щоб забезпечити простоту практичної реалізації методу, що розробляється, та можливості його широкого застосування в майбутньому. Методами інтерв'ювання та опитування досліджуваних осіб та їхніх матерів [5] виявлено існування родичів першого та другого ступенів спорідненості. Вивчали поширеність серед родичів цих осіб різних хвороб (коморбидність). Оцінювали гібридність цих осіб за ступенем екзогамії їхніх батьків, що відображає генетичну віддаленість їх браку з виділенням відповідних груп (див. нижче). Антропометричне дослідження проводили за методикою НДІ антропології Московського державного університету з виділенням соматотипів за класифікацією В.В.Бунак у модифікації В.П.Чтецова [9]. У ході дерматогліфічного дослідження оцінювали лише дві ознаки: положення осьового долоневого трирадіуса «t» та довжина проксимальної долоневої складки [1]. Обидві згадані ознаки є доступними при безпосередньому вивченні долоневих шкірних візерунків, без отримання дерматокарт, що суттєво спрощує процедуру дослідження. Для вивчення типу характерологічних змін обстежуваних осіб у віці 15–18 років використовують патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) [4], а у осіб віком 19 років і старше — опитувальник Леонгарда–Шмишека [7]. Оцінювання екстра-інтравертированості особистості та рівня нейротизму проводили за допомогою особистісного опитувальника Айзенка (у адаптації А.Г. Шмельова). Оцінювання процесів збудження–гальмування в ЦНС здійснювали шляхом паралельного дослідження обстежуваних осіб за допомогою тест-опитувальника Я. Стреляу [7]. На кожному етапі дослідження оцінювали частоти досліджуваних ознак серед хворих на опіоманію (основна група) та серед здорових осіб (контрольна група). Надалі значення цих частот використовували для розрахунків діагностичних коефіцієнтів (*ДК*) та ступеня інформативності ($J(x_{ij})$) кожної ознаки за формулами:

$$\text{ÄÊ}(x_{ij}) = 10\lg\frac{P(x_{ij}/A_1)}{P(x_{ij}/A_2)},$$

$$J(x_{ij}) = 10\lg\frac{P(x_{ij}/A_1)}{P(x_{ij}/A_2)} \times 0{,}5[P(x_{ij}/A_1) - P(x_{ij}/A_2)],$$

де: $P(x_{ij}/A_1)$ — частота ознаки у групі хворих;

$P(x_{ij}/A_2)$ — частота ознаки у контрольній групі [2].

Ознаки з позитивними *ДК* (частота даної ознаки у групі хворих більше, ніж у групі здорових) розглядаються як маркери схильності до розладів F1, а ознаки з негативними *ДК* (частота даної ознаки у групі хворих менше, ніж у групі здорових) — як маркери стійкості до даної патології. *ДК* та $J(x_{ij})$ встановлених ознак використовували у майбутньому для виявлення схильності до розладів F1 через стандартну послідовну процедуру розпізнавання патологічних процесів [2].

У ході вивчення було обстежено 500 пацієнтів — чоловіків, що страждають на опійну наркоманію; 300 здорових чоловіків аналогічного віку (студенти старших курсів вищих навчальних закладів м. Харкова).

На етапі дослідження коморбидності як контрольних використовували дані з офіційних звітів МОЗ України щодо поширеності різних захворювань серед населення України. Необхідні обмеження, що забезпечили порівняння цих даних з результатами особистих досліджень, ретельно описано нами раніше [4]. Усі достатньо інформативні ($J(x_{ij}) \geq 0,05$) ознаки — маркери схильності — було розміщено в інтегральній діагностичній таблиці у порядку зниження їх інформативності (табл. 1).

Процес розпізнавання є послідовним складанням діагностичних коефіцієнтів ознак, які є в обстежуваного пацієнта. Після кожного акта складання поточний результат порівнюють з табличними значеннями порогових сум діагностичних коефіцієнтів ($\Sigma_{ДК}$) [2]. Складання здійснюють з урахуванням знака *ДК* («+» або «–»), починаючи з ознак, що мають найбільшу інформативність. У разі досягнення одного із порогових значень (зі знаком «+» або «–») діагностичну процедуру зупиняють. Найчастіше використовують порогові величини $\Sigma_{ДК} = 13$, $\Sigma_{ДК} = 20$ та $\Sigma_{ДК} = 30$, при яких імовірність помилки становить відповідно 5 %, 1 % і 0,1 %. Так, наприклад, при $\Sigma_{ДК} \geq +13$ із вірогідністю на рівні не гірше $p < 0,05$ можна зробити висновок про наявність схильності до розладів F1, а при $\Sigma_{ДК} \leq -13$ з тією ж вірогідністю можна зробити відповідно висновок про наявність стійкості до розладів F1. При виконанні умови $-13 < \Sigma_{ДК} < +13$ обстежуваного відносять до групи з невизначеним рівнем схильності-стійкості до розладів F1. Наведені в табл. 1 маркери відносяться до двох різновидів: 1) взаємовиключні та 2) компліментарні. Взаємовиключні маркери представлено в табл. 1 за групами. Одночасне використання приналежних до однієї групи двох або більше таких маркерів заборонено. Компліментарні маркери допускають використання у будь-яких сполученнях. Вони представлені під індивідуальними номерами в кінці табл. 1. Деякі маркери з групи «Розлади F1 у родичів пробанда I ступеня спорідненості» (з ДК > 13) можуть вважатися «самодостатніми», оскільки кожен з них, взятий окремо, з великою вірогідністю свідчить про існування схильності до розвитку наркоманії. Інші маркери забезпечують достатню вірогідність оцінки схильності до розладів F1 лише при використанні їх у сукупності. При цьому число використаних ознак у такій сукупності визначається величинами їх діагностичних коефіцієнтів.

Для оцінювання диференціально-діагностичної якості розробленого методу були обчислені повні $\Sigma_{ДК}$ усіх виявлених ознак членів основної та контрольної груп. Вірогідно встановлено, що 379 обстежуваних осіб, або 75,8 % від загальної кількості основної групи мали схильність до розладів F1 ($\Sigma_{ДК} \geq +13$). Щодо інших членів основної групи неможливо було зробити будь-який певний висновок ($-13 < \Sigma_{ДК} < +13$). Схильність до розладів F1 у контрольній групі було вірогідно виявлено у 7 осіб (2,33 %). Стосовно інших членів контрольної групи, як і членів основної групи, зробити певний висновок не виявилось можливим. Ні в основній, ні в контрольній групі не було виявлено жодного вірогідного встановленого випадку стійкості до розладів F1 ($\Sigma_{ДК} \leq -13$). Шляхом порівняння темпів перебігу хвороби з рівнем схильності до розладів F1 (за показником $\Sigma_{ДК}$) було встановлено, що особи з вірогідно встановленою схильністю перебігу опіоманії характеризуються високою прогредієнтністю, у той час як у осіб із невизначеною схильністю прогредієнтність опіоманії низька. Крім того, з'ясувалося, що розподіл здорових обстежуваних осіб за показником $\Sigma_{ДК}$ є мономодальним, у той час як аналогічний розподіл хворих на опіоманію — бімодальним. При цьому один з максимумів розподілу пацієнтів, хворих на опіоманію, той, що утворений хворими з невизначеною схильністю до розладів F1, збігається з максимумом розподілу здорових обстежуваних.

Таким чином, з позиції судової фармації та судової наркології створено метод оцінювання схильності пацієнтів до психічних і поведінкових розладів унаслідок зловживання психоактивними речовинами, тобто схильності до розладів F1 за сукупністю генеалогічних, конституціональних та психологічних маркерів.

Таблиця 1

*Маркери схильності до розладів F1*

| Маркери (групи маркерів) | ДК | J ($x_{ij}$) |
|---|---|---|
| *1. Розлади F1 у родичів пробанда I ступеня спорідненості* | | 18,5980 [1] |
| 1.1. Є у одного з батьків пробанда та у трьох його сибсів | 18,33 | 6,4025 |
| 1.2. Є у одного з батьків пробанда та у двох його сибсів | 16,59 | 5,0338 |
| 1.3. Є у одного з батьків пробанда та в одного його сибса | 13,68 | 2,9797 |
| 1.4. Є у одного з батьків пробанд, але немає у сибсів (або немає сибсів) | 10,21 | 0,9448 |
| 1.5. Немає у батьків, але є у трьох сибсів пробанда | 12,47 | 1,6598 |
| 1.6. Немає у батьків, але є у двох сибсів пробанда | 10,82 | 1,0535 |
| 1.7. Немає у батьків, але є у одного сибса пробанда | 8,15 | 0,4398 |
| 1.8. Немає у жодного із родичів пробанда I ступеня спорідненості | –0,91 | 0,0841 |
| *2. Акцентуації характеру пробанда* | | 0,9024 [2] |
| 2.1. Епілептоїдний тип акцентуації характеру | 5,37 | 0,4151 |
| 2.2. Відсутність акцентуації характеру | –4,00 | 0,3816 |
| 2.3. Психастенічний тип акцентуації характеру | –3,05 | 0,0589 |
| *3. Гібридність пробанда* | | 0,8725 [3] |
| 3.1. IV група гібридності [8] | 5,73 | 0,4447 |
| 3.2. I група гібридності [8] | –4,02 | 0,2504 |
| 3.3. II група гібридності [8] | –1,63 | 0,1100 |
| 3.4. III група гібридності [8] | 1,29 | 0,0674 |
| *4. Темперамент пробанда* | | 0,5676 [4] |
| 4.1. Холеричний темперамент | 3,16 | 0,3767 |
| 4.2. Сангвінічний темперамент | –1,64 | 0,0841 |
| 4.3. Меланхолічний темперамент | –1,49 | 0,0624 |
| *5. Проксимальна долонева складка* | | 0,5398 [5] |
| 5.1. Скорочена [9] | 2,20 | 0,2718 |
| 5.2. Не скорочена [9] | –2,17 | 0,2680 |
| *6. Нервова та/або психічна хвороба у родича I ступеня спорідненості* | | 0,4560 [6] |
| 6.1. Є | 3,46 | 0,3413 |
| 6.2. Немає | –1,16 | 0,1147 |
| *7. Долоневий трирадіус t* | | 0,3092 [7] |
| 7.1. Зміщений [10] | 2,75 | 0,2276 |
| 7.2. Не зміщений [10] | –0,99 | 0,0816 |
| 8. Наявність розладу F1 у родича пробанда II ступеня спорідненості | 7,28 | 0,3088 |
| 9. Грудний грацильний соматотип | 4,88 | 0,5240 |
| 10. Наявність нервового та/або психічного захворювання у родича II ступеня спорідненості | 2,46 | 0,1520 |
| 11. Наявність захворювання сечостатевої системи у родича I ступеня спорідненості | 3,25 | 0,1127 |

Примітки: [1–7] — сумарна інформативність відповідних груп маркерів; [8] — I група гібридності — шлюб батьків мононаціональний, подружжя з одного села; II група — шлюб батьків мононаціональний, подружжя з різних селищ або одного міста; III група — батьки належать до різних народів однієї етнічної групи (наприклад, слов'яни); IV група — батьки належать до народів різних етнічних груп (слов'яни-цигани, слов'яни-узбеки тощо); [9] — проксимальна долонева складка вважалась скороченою, якщо вона не досягала лінії, проведеної через середину III пальця; [10] — зміщеним вважали трирадіус «t» у разі, якщо він розташовувався до ульнарного краю долоні на відстані понад 1 см від лінії, що перетинає долонь через середину III пальця, та/або вище 1/5 висоти долоні від згинальної складки до основи III пальця.

## Висновки

1. У пацієнтів із преморбідною схильністю до розладів F1 при розвитку опіоманії її перебіг набуває високопрогредієнтний характер, а в осіб без схильності — перебіг опіоманії відносно малопрогредієнтний.

2. Даний метод надає можливість розробки заходів попереджувально-профілактичного характеру в системі елементів національної безпеки в Україні.

1. *Атраментова Л.О.* Генетичні особливості урбанізованої української популяції (на прикладі м. Харкова). — Автореф. дис. ... д-ра біол. наук. — Київ, 1992.
2. *Гублер Е.В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.
3. *Линский И.В., Атраментова Л.А., Матузок Э.Г.* // Український вісник психоневрології. — 1998. — Т. 6, вип. 3. — С. 97–99.
4. *Личко А.Е., Иванов Н.Я.* Патохарактерологический диагностический опросник для подростков: Методические рекомендации. — СПб, 1992.
5. *Мерфи Э.А., Чейз Г.А.* Основы медико-генетического консультирования. — М.: Медицина, 1979. — С. 389.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. №770 «Про затвердження Переліків наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів» / Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии / — Х.: Факт, 2003. — С. 454–464.
7. *Рогов Е.И.* Настольная книга практического психолога. Книга первая. — М.: Владос, 1998. — С. 383.
8. Фармацевтическое право в наркологии / Под ред. *В.А.Шаповаловой, И.К.Сосина, В.В.Шаповалова.* — Х.: Факт, 2004. — 800 с.
9. *Чтецов В.П., Лутовинова Н.Ю., Уткина М.И.* Опыт объективной диагностики соматических типов у мужчин // Вопросы антропологии. — 1978-6. — Вып. 58. — С. 3–14.
10. *Dinwiddie S.H., Reich T.* // J. of Addictive Diseases. — 1993. — Vol. 12, № 3. — P. 17–27.
11. *George F.R.* // Progr. Neuro-Psychopharm. and Biol. Psych. — 1993. — Vol. 17, № 3. — P. 345–361.
12. *Marley R., Collings A., Elmer G.I., Sudakov S.K.* Genetic approaches to understanding the action of drug of abuse // Probl. of Drug Depend. — 1992. — Proc. 54th Annual Sci. Med. College on Probl. of Drug Depend., Inc. — NIDA Res. Monogr. — 1993. — Vol. 132. — P. 47–51.
13. *McKay J.R., Longabaugh R., Beattie M.C., Maisto S.A., Noel N.* // Addictive Behaviors. — 1993. — Vol. 18, № 3. — P. 355–363.
14. *Peters K. R., Maltzman I., Villone K.* // International J. of the Addictions. — 1994. — Vol. 29, № 10. — P. 1259–1268.

Надійшла до редакції 30.10.2009.

*В.В.Шаповалов (мл.), И.В.Линский*

## СУДЕБНАЯ ФАРМАЦИЯ, СУДЕБНАЯ НАРКОЛОГИЯ: МЕТОД ОЦЕНКИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПСИХИЧЕСКИМ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ЗДОРОВЬЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

**Ключевые слова:** судебная фармация, судебная наркология, психоактивные вещества

С позиции судебной фармации и судебной наркологии создан метод оценки предрасположенности пациентов к психическим и поведенческим расстройствам вследствие злоупотребления психоактивными веществами, который дает возможность разработки мер предупредительно-профилактического характера в системе фармацевтического законодательства в Украине.

*V.V.Shapovalov (jun.), I.V.Linskiy*

## FORENSIC PHARMACY, FORENSIC NARCOLOGY: SCORING METHOD OF THE PREDISPOSING TO PSYCHICAL AND BEHAVIORAL FRUSTRATIONS HEALTH BY REASON OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ABUSING

**Key words:** forensic pharmacy, forensic narcology, psychoactive substances.

SUMMARY

Scoring method of the patients' predisposing to psychical and behavioral frustrations by reason of psychoactive substances abusing was created from positions of the forensic pharmacy and forensic narcology. That method gives ability to develop preventive procedures in the pharmaceutical legislation system of Ukraine.

●