

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

С.А.Алтынбеков, Р.Г.Илешева,
А.Т.Бабыкпаева, Л.Е. Базарбаева

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
(клинико-социальные, судебно-психиатрические аспекты)
методические рекомендации



Алматы:
2010

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Республиканский научно-практический центр психиатрии,
психотерапии и наркологии

СОЦИАЛЬНАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

**ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

(клинико-социальные, судебно-психиатрические аспекты)

методические рекомендации

Алматы, 2010г.

Алтынбеков С.А. - доктор медицинских наук, директор РНПЦ ПИН МЗ РК;
Илешева Р.Г. - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РК, главный научный сотрудник РНПЦ ПИН МЗ РК;
Бабыкнаева А.Т. - кандидат медицинских наук, заместитель директора по клинической части РНПЦ ПИН МЗ РК
Базарбаева Л.Е. - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник РНПЦ ПИН МЗ РК

Общественно опасные действия больных шизофренией (клинико-социальные, судебно-психиатрические аспекты) - Алматы, 2010 - 42 с.

Рецензенты:

Кудьярова Г.М. - доктор медицинских наук, профессор КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова
Толстикова А.Ю. - кандидат медицинских наук, заведующая отделом клинической психиатрии и психотерапии РНПЦ ПИН МЗ РК

Методические рекомендации составлены научными сотрудниками РНПЦ ПИН МЗ РК, научного отряда социальной и судебной психиатрии. В них представлены на основе биopsихосоциального и системного подхода с учетом особенностей переходного периода в новых общественно-экономических условиях Республики Казахстан клинико - социальные, клинико-психопатологические, судебно - психиатрические аспекты у лиц, страдающих шизофренией, совершивших общественно опасные действия. Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров судебно-психиатрических экспертов, студентов медицинских и юридических ВУЗов, юристов, судебно-следственных органов.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан и рекомендованы к печати (председатель - доктор медицинских наук, директор РНПЦ ПИН С.А.Алтынбеков). Протокол № 3 от 26 марта 2001г.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

- УК РК - Уголовный Кодекс Республики Казахстан
РК - Республика Казахстан
ООД - общественно-опасные действия
СПЭ - судебно-психиатрическая экспертиза
Амб.СПЭ - амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза
Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза
РНПЦ ПИН - Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии
МКБ-10 - Международная классификация болезней 10-пересмотра
ПНД - психоневрологический диспансер
ПБ - психиатрическая больница
ОПНД - областной психоневрологический диспансер
РПБСТИН - Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением
РПБСТ - Республиканская психиатрическая больница специализированного типа
ЭЭГ - электроэнцефалография
ПАВ - психоактивные вещества
ЧМТ - черепно-мозговая травма

ОГЛАВЛЕНИЕ

Перечень сокращений.....	3
Введение.....	5
Обзор литературы.....	6
Статистические данные по шизофрении в Республике Казахстан и структура исследуемого материала.....	14
Социodemографический аспект больных шизофренией, совершивших противоправные действия.....	17
Судебно-психиатрический аспект у лиц, страдающих шизофренией, совершивших общественно опасные действия.....	25
Заключение.....	33
Практические рекомендации.....	34
Список использованной литературы.....	35

Введение.

История развития учения о шизофрении является одной из самых актуальных и драматических в психиатрии, а сама шизофрения до сих пор является одним из самых загадочных заболеваний в медицине.

Несмотря на то, что с момента выделения Э.Крепелиным *dementia praecox* (1897г.) и Э.Блейлером шизофрении как *dementia praecox* и группы сходных заболеваний (1911г.), прошло больше столетия, вопросы этиопатогенеза и её клинической дифференциации остаются до сих пор далекими от завершенности. Накоплено огромное число научных исследований, которые проводятся во всех странах мира как для уточнения этиопатогенетических факторов, нозологических границ, разработки методов терапии и социальной реабилитации больных.

В последние десятилетия отмечается динамизм взглядов на этиопатогенез шизофрении. Если на ранних этапах учения о шизофрении ведущее неклиническое значение предавалось генетическому фактору, то в последние десятилетия выдвинулась концепция о биopsихосоциальном подходе в теорию о развитии шизофрении. С учетом биopsихосоциального подхода в последние годы увеличилась значимость изучения клинико-социальных, клинико-психопатологических, судебно-психиатрических аспектов у лиц, страдающих шизофренией и совершивших ОД на основе биopsихосоциального и системного подхода с учетом особенностей переходных периодов в новых общественно-экономических условиях Республики Казахстан. С данного ракурса объектом исследования были 510 больных шизофренией, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в РНПЦ ППН МЗ РК г.Алматы в период 1998-2007гг. Подэкспертные относились к категории юридической оценки «исзвемляемость - ограниченная вменяемость- вменяемость». Для исследования условно время с 1998г. по 2007г. было подразделено на три периода сопоставления социodemографических, клинических, диагностических параметров исследования ОД у больных шизофренией, которое отражало различные периоды социально-экономических преобразований в РК. Эти периоды были обозначены: с 1998 по 2001 гг., с 2002-2004гг., с 2005 по 2007гг. Для рассмотрения в качестве диагностических критериев шизофрении были использованы критерии рубрики Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра

(МКБ-10). Для работы были использованы «Заключения», каждое из которых является научным исследованием, содержащим исследовательскую часть и заключение, что предусмотрено законом «О судебной экспертизе» (1997г.), законом «О судебной экспертной деятельности» (2009г.), законом Республики Казахстан «О судебно-экспертной деятельности в Республике Казахстан» (2010 года).

Обзор литературы

Как широко известно, заслуга в выделении шизофрении в качестве самостоятельной нозологической единицы принадлежит выдающемуся немецкому психиатру Эмилю Крепелину [1]. Однако еще до него в середине XIX века были описаны её отдельные основные клинические формы. L.Kahlbaum в 1863г. описал кататоническую, D.Neisser в 1865г. - гебефреническую, [2, 3, 4], V.Magnan в 1895г. - параноидную. В 1897г. Э.Крепелин объединил эти отдельные формы в общую диагностическую категорию, назвав ее «dementia praecox» (раннее слабоумие) и отдал ей от других форм психозов [5]. Следует заметить, что еще задолго до этого в 1674г. английский врач Th.Willis описал состояние «необратимой тупоты» у подростка [6]. Сходные с этим состояния в подростковом возрасте были описаны I.Esquirol в 1825г. [7]. А термин «раннее слабоумие» был введен французским психиатром B.Morel в 1856г. [8].

Критерии диагностики раннего слабоумия неоднократно менялись. В 1919г. Э.Крепелин выделил наиболее часто встречающиеся и характерные для раннего слабоумия симптомы. К ним он отнес: нарушения внимания и осмысливания ситуации, галлюцинации, в особенности слуховые (голоса); звучание мыслей (эхо - мысли); ощущение постороннего воздействия на мысли, нарушения мышления в виде непоследовательности и разорванности. Кроме того, сюда же им были отнесены нарушения когнитивных функций и способности к суждениям; обеднение аффекта; нарушение поведения в виде снижения побуждения, пассивной подчиняемости; кататоническое возбуждение, стереотипии, негативизм, аутизм; нарушения верbalного выражения мыслей [5].

В 80-е - 90-е годы ХХ века появились исследования, возвращающиеся к изучению исторического формирования понятия шизофрении [9,10]. Следствием этого явилась попытка разработки международным консенсусом психиатров единых диагностических критериев шизофрении (DCM III R, МКБ - 9, МКБ - 10, DSM - IV), с

возвратом к крепелиновским клиническим формам. За рамки шизофрении были выведены шизотипические расстройства, острые и хронические бредовые расстройства. Появилась новая попытка противопоставления позитивных и негативных расстройств с выделением двух полярных синдромов шизофрении.

С современных позиций точка зрения Е. Блейлера о реакции личности на болезненные переживания у больных шизофренией, приобретает особое значение в связи с признанием психологического фактора, которому не придавалось должного значения на протяжении ряда десятилетий. Сказанное особое значение приобретает в судебно-психиатрической практике.

Следует отметить, что современные исследователи обращают внимание на то, что Эйген Блейлер в 1911 году осторожно назвал свою знаменитую книгу «Деменция прекокс, или группа шизофрений». При этом он поставил на первое место название, принятое Крепелином. Это говорит о том, что он сам рассматривает это заболевание не как единое целое, а как группу психозов. Сказанное обозначает, что новое общее наименование, которое к тому же является «неологизмом», говорит о том, что касается новой парадигмы [11].

В 1950 - 1960-х годах K. Schneider выделял симптомы I и II ранга. Симптомы I ранга он считал наиболее патогномоничными, хотя и не абсолютно обязательными для шизофрении. Сюда он отнес вербальные галлюцинации, телесные ощущения воздействия извне, симптомы открытости, отнятия, передачи мысли на расстоянии, идеи воздействия, бредовое восприятие. Менее специфичными были симптомы II ранга: растерянность, другие виды галлюцинаций, аффективные и другие расстройства [12-14].

Вслед за Крепелином российские психиатры Эдельштейн А.О. (1938г), Снежневский А.В. (1960г), Молохов А.Н. (1967г.) считали, что дефицитарная симптоматика может появиться на любой стадии заболевания [15]. В противовес этому ряд авторов - Berze (1929г), Mayer Gross W. (1932г), Мелехов Д.Е. (1960г), считали, что состояние дефекта появляется пристабилизации или полной остановке процесса [16,17,18].

Как известно, теория о позитивных и негативных расстройствах имеет в своей основе концепцию I.H. Jacksona, относящуюся к 1864г. [19]. Автор считал, что патологический процесс поражает прежде всего физиологически более поздние корковые структуры мозга, что приводит к выпадению высших корковых функций. Это

клинически выражается в виде негативных, или «минус симптомов».

А.В.Снежневский в своих трудах, относящихся к 1960 - 1980 гг., придавал важное значение дефицитарной симптоматике, в то же время подчеркивал отсутствие абсолютной нозологической специфичности негативных расстройств, их относительную подвижность и возможность терапевтической коррекции [20]. В работах советских авторов была показана квалификационная, психопатологическая и прогностическая неоднородность шизофrenии [21-34].

Д.Е.Медехов выделил при шизофrenии 7 вариантов дефектных состояний. К ним относится: 1) астенический, 2) апато-абулический, 3) параноидный, 4) лабильности волевого усилия и дезорганизации целенаправленной активности («дистонический» по Г.Е. Сухаревой), 5) монотонной активности, тугодвижности и ригидности аффекта 6) психопатоподобные состояния 7) псевдоорганический («параорганический» по Н.М. Жарикову) [35].

Одним из первых исследователей, признавших необходимость операционной диагностики и квантитированной регистрации негативной симптоматики, была Nancy Andresen из университета Айовы, США. Она разработала вместе с единомышленниками шкалу для оценки негативных расстройств - Scale for the assessment of negative symptoms -SANS. Шкала содержала 30 негативных симптомов, разбитых на 5 групп - уплощение аффекта, бедность речевой продукции (алогия), абулия - апатия, антедония и социальная отгороженность (асоциальность) и нарушение функции внимания (Andresen N, 1985). Ею же с сотрудниками были разработаны шкалы для оценки позитивных симптомов шизофrenии SAPS [36-45].

Дихотомическая гипотеза T.Grow была построена на следующих фактах. Во-первых, он так же, как N.Andresen, обнаружил более частое расширение желудочков мозга у больных с негативной симптоматикой: эмоциональным уплощением, бедностью речевой продукции. Он показал, что это расширение не было связано с воздействием нейролептической терапии и травматическими органическими причинами. Расширение желудочков мозга, кроме названных негативных признаков, коррелировано с когнитивными нарушениями. Во-вторых, негативные расстройства не реагировали на терапию дофаминблокирующими нейролептиками. И в-третьих, в посмертальных исследованиях число D2 дофаминовых рецепторов (повышение их плотности) положительно коррелировало с преобладанием во время жизни позитивной симптоматики, а не негативной.

В отличие от N.Andresen, которая считала, что между позитивными и негативными симптомами создается непрерывный континuum, T.Grow утверждает, что они являются независимыми друг от друга факторами, но, что они могут сосуществовать у одного и того же больного.

Американские исследователи W.M.Carpenter, D.W.Heinrichs и L.D.Alphs в 1985 году [46-47] впервые подчеркнули важность разделения негативных симптомов на первичные и вторичные. Они считали, что первичные негативные симптомы происходят непосредственно вследствие патофизиологических шизофrenических нарушений. Они могут начинаться ещё в допсихотическом периоде или сразу, вместе с манифестирующим психозом, при котором они маскируются позитивной симптоматикой. С наступлением ремиссии эти негативные симптомы остаются и существенно снижают уровень социального функционирования и качество жизни больного. Вслед за Крепелином совокупность этих негативных симптомов и сейчас часто называют дефицитарным синдромом, или синдромом дефицита [48-50].

В современной западной литературе существуют две различные гипотезы развития шизофrenии. Одна рассматривает заболевание как следствие аномалий мозга, которые развиваются в эмбриональном или фатальном периоде, т.е. в первом и раннем втором триместре беременности.

Вторая гипотеза рассматривает шизофrenию как прогрессирующее нейродегенеративное заболевание мозга. Она близка к классическим представлениям, объясняющим манифестиацию продуктивной психотической симптоматики, экзацербацией, движением активного процесса и прогредиентностью заболевания, приводящего к нарастанию негативных расстройств [51-56].

Шизофrenия, по-видимому, является гетерогенным расстройством. Однако ни одна концепция не может до сих пор объяснить полностью симптоматическое многообразие заболевания, различный терапевтический эффект, различия прогноза и исхода шизофrenии.

В современной психиатрии шизофrenия остается одной из наиболее актуальных проблем. Доказательством этого служит огромное число научных исследований, которые проводятся во всех странах мира как для уточнения нозологических границ, поисков этнологических факторов, разработки новых методов терапии и социальной реабилитации больных.

Мультидисциплинарные исследования шизофrenии, такие как:

клиническое, эпидемиологическое, генетическое, психологическое, нейрофизиологическое, патофизиологическое и другие были проведены в 1962 - 1970 годах в институте психиатрии АМН СССР. Результаты этих исследований были обобщены в широко известной монографии «Шизофрения», (первое издание которой относится к 1969г., а второе к 1972г.), вышедшей под редакцией А.В.Снежневского. [20]. А.В.Снежневский говорил, что они должны быть соотнесены к таким понятиям, как нозос и патос. Нозос - это болезненный процесс, динамическое, текущее образование. Патос - патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок, отклонения развития. Нозос и патос не разделены жесткой границей.

Экспериментально-психологические исследования больных страдающих непрерывной вялотекущей шизофренией, начинавшейся в юношеском возрасте, выполненные Ю.Ф.Поляковым и его сотрудниками обнаружило у них нарушение познавательных процессов. Такие же исследования, проведенные у ближайших родственников больных без психозов, выявило у них сходные изменения [57].

Рассматривая психопатологические симптомы как проявления приспособительных механизмов, можно предположить, что изменения склада личности, психопатоподобные состояния, психопатические изменения личности, циклопимические, паранойальные расстройства, указывают на медленное развертывание патологического процесса, а также на то, что последний отражает относительно неглубокий уровень поражения биологических систем. Это выражается в том, что в клинической картине этих состояний признаки дефекта, регресса выражены незначительно.

Приведенные выше теоретические и, особенно практические положения относительно нозос и патос подробно изложены нами, т.к. они имеют важное значение в судебно-психиатрической оценке этих состояний.

Ф.В.Кондратьев в одной из последних работ отмечает, что шизофрения нередко диагностируется с опозданием в 10 лет и более от начала процесса, а частота ошибочного диагностирования, например психопатии у больных шизофренией в 8 раз превышает ошибки обратного содержания. Среди причин этого главной является отсутствие какого-либо маркера шизофрении на уровне биологических измерений [58-59].

Концепция системного подхода при диагностике больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия, была

разработана в 80-90-х годах Ф.В.Кондратьевым [58]. Эта концепция позволяет в динамике проследить связь осей психопатологии, личностных свойств и вариантов ситуационных факторов.

В диагностике шизофрении автор выделяет нейтральные, «настораживающие» и относительно определенные диагностические признаки. К числу «настораживающих» отнесена высокая степень наследственной отягощенности. Однако она не является необходимым и достаточным признаком шизофрении. Отсутствие данных о наследственной отягощенности является признаком нейтральным, но необходимо учитывать, что как больные, так и родственники могут скрывать факты наследственной отягощенности. Другим настораживающим признаком является шизоидное расстройство личности и в меньшей степени другие варианты личностных расстройств. Существенным для диагностики шизофрении является нарастание динамики личностных расстройств. Настораживающим в плане риска развития шизофрении являются те или иные признаки шизотипического расстройства (описанные в рубрике F 21, МКБ-10), когда они усложняются, нарастает у лиц генетически связанных с больным шизофренией. Настораживающим фактом является нарастание психических изменений после стресса.

Говоря о нравственной конституции, Ф.В.Кондратьев раскрывает степень опасности и прогноз социального поведения больного. Даже при бредовых состояниях в ситуациях действия конкретное поведение больного определяется его нравственной конституцией.

Ф.В.Кондратьев подчеркивает значение комплекса «личность-ситуация» в формировании криминального поведения вообще и агрессивного в частности.

Рассматривая новые ракурсы агрессивного поведения больных шизофренией, в частности, совершивших убийства, Ф.В.Кондратьев с соавторами вновь подчеркивает особое место в функциональном диагнозе анализа фактора «личность».

В целом судебно-психиатрическая практика при диагностике шизофрении не отходит от критериев, которые были сформулированы E.Kreplin, E.Bleuler (так называемые четыре «а»), K.Schneider (симптомы первого и второго ранга), а также в редакциях, представленных в руководствах по психиатрии и в МКБ-10.

В настоящее время в судебной психиатрии отмечается повышенное интереса к патопсихологическому аспекту шизофренических расстройств, обращение к работам зарубежных исследователей

50-60-80-х годов и более. Психопатология самосознания изучалась Т.А.Гафаровым, который в углубленных исследованиях, относящихся к 2000 году, показал, что расстройства самосознания происходят на всех этапах шизофренического процесса [60].

Между тем, приведенные выше данные показывают, что при шизофрении, наряду с, несомненно, психопатологическими расстройствами, могут существовать нормальные психологические переживания, которые создают трудности в судебно-психиатрической практике, вызывая расхождения в оценке медицинского и юридического критерия формулы невменяемости, вменяемости, ограниченной вменяемости.

В функциональном диагнозе, базирующемся на системном подходе - «личность-синдром-ситуация», - анализируется значение каждого из этих компонентов. Как отмечалось выше, в понятие «личность» наряду с клиническими его компонентами (темперамент, характер, направленность) в судебной психиатрии особое значение приобретает «нравственная конституция». Тяжесть синдрома нередко обратно пропорциональна частоте криминальных общественно опасных действий. А фактор ситуации определяется не только тем, что непосредственно предшествует правонарушению, а перед ним пребыванием больного в антисоциальной среде в детском и подростковом возрасте, которая формировала статную ценную систему. У таких лиц поведение трансформировалось от андидисциплинарного к делинквентному и антисоциальному.

Анализ криминального значения ситуации тесно связан с вопросами социального функционирования (СФ) и качества жизни (КЖ) больных шизофренией.

Концепция качества жизни в судебной психиатрии, в частности, и у больных шизофренией, изучена Ф.В.Кондратьевым. Автор пишет, что судебная психиатрия, имеющая главной целью профилактику общественно опасных действий психически больных, должна изучить все стороны проблемы качества жизни, которые могут быть сопряжены с риском их совершения и их профилактикой.

Многие исследования разных авторов, изучавших причины агрессивных ОД, показали, что они определялись не глубиной психотических расстройств, а в основном реальными неблагоприятными социальными фактограмами, в частности, с реально-бытовыми мотивами.

Целый ряд исследований показал, что частота случаев ОД,

совершенных больными, в том числе шизофренией, больше коррелирует не с психопатологическими особенностями, а с такими внеклиническими факторами как образование, трудовая квалификация, социальная адаптация, семейное положение, состояние социальной помощи, «психологическая экология», и, главное, с социально-нравственными установками личности больного. Попытки свести причины ОД только к психопатологии, а профилактику только к купированию последней, оказались несостоятельными. С момента выделения шизофрении в самостоятельную позологическую форму взгляды на ее судебно-экспертную оценку были различными и являются дискуссионными среди психиатров разных стран. Многие исследователи сходятся во мнении, что шизофрения является заболеванием, имеющим наибольший удельный вес среди больных, совершивших ОД [62-77]. Анализ литературы показывает, что до сих пор отсутствует единство взглядов на степень общественной опасности больных шизофренией в зависимости от форм течения, этапов развития процесса. [78-88]. Нет единства взглядов и о роли в совершении ОД продуктивной и негативной симптоматики. Следует отметить, что та классификация эндогенных психозов, в частности, шизофрении, которая была разработана школой А.В.Снежневского, была воспринята психиатрами в республиках бывшего Советского Союза, в частности, и в Казахстане. Казахстанские психиатры внесли определенный вклад в изучение клиники шизофрении, в большинстве логитуденальное, в том числе и возрастном аспекте [89-100].

Решающее значение клинико-психопатологического метода исследования, который в обозримом будущем будет основным в диагностической работе эксперта-психиатра, подчеркивалось казахстанскими авторами [101]. Вопрос об особенности психиатрической диагностики, методологии диагноза психического заболевания в последние годы актуализировался в казахстанской психиатрии. Не случайна обращенность и казахстанских авторов к функциональным исследованиям старых классиков психиатрических школ с клинической и социальной направленностью и первостепенным значением клинико-психопатологического метода в психиатрии, в частности, судебной. Психиатрический диагноз ставится на основании распознавания симптома, синдрома, закономерной смены синдромов, т.е. стереотипа развития, характерного для каждого заболевания. Но кроме диагноза болезни необходимо распознать диагноз больного. В «Методологии диагноза» известный российский психиатр прошлого

Чик (1913) писал: «Диагноз болезни - научный диагноз, а диагноз больного доступен далеко не каждому. Он является искусством». А.В.Снежневский говорил: «Неврологический диагноз является алгебраическим». По определению талантливого невропатолога Астацатурова, психиатрический диагноз можно ставить с математической логикой [102-106].

Сказанное в отношении теории и практики вопросов шизофrenии актуализирует дальнейшие исследования данной проблемы. В современных условиях они приобретают особую значимость после введения в Казахстане с 1997г. в практику судопроизводства так называемой «ограниченной вменяемости».

Статистические данные по шизофрении в Республике Казахстан и структура исследуемого материала.

Согласно данным официальной статистической отчетности, в Республике Казахстан в 2000г. число испытуемых, прошедших освидетельствование в СПЭК, составило 13717 человек, что больше прошедших освидетельствование в 1992г. на 2215 человек (19,3%). В 2000г. были признаны невменяемыми 636 лиц, из них 75 (11,8%) совершили ООД против личности (Б.С. Айдильдяев, 2003). Удельный вес больных шизофренiей в 1998г. составил 8,6%, в 2001г. 14,3 %, в 2007г. - 17,2%. Эти возрастающие статистические данные по шизофрении отражают актуальность данного исследования и правомерность выбранного его основного направления.

Ниже приведем данные из межведомственной статистической отчетности в отношении удельного веса больных шизофренiей среди основных психических расстройств по МКБ-10.

Таблица 1 - Удельный вес подэкспертных и подсудимых по нозологической квалификации за период 1998-2007гг. в РК

Годы	Удельный вес (%)				
	Органическое психическое р-во	Шизо-френия	Умствен. отсталость	Р-ва личности у взрослых	Психические здоров.
1998	12,2	3,76	10,7	7,1	58,2
1999	9,9	4,1	11,2	7,4	59
2000	9,37	3,2*	10,3	7,2	60,9
2001	9,6	3,5	12,1	6,4	59,7
2002	10,31	3,7	11,6	6,7	59,4
2003	11,45	4,5	10,7	5,7	56,5
2004	10,5	3,4	9,3	5,8	63,2
2005	10,3	3,5	9,4	5,7	62,6
2006	10,4	3,4	9,4	5,8	63
2007	11	4,3*	5,7	6,5	67,6

Данные межведомственной статистической отчетности в отношении удельного веса основных нозологических единиц в период 1998-2007гг. среди лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в РК, показали следующее: на первом месте было органическое психическое расстройство, на втором - умственная отсталость, на третьем - расстройства личности у взрослых и на четвертом - шизофрения. В динамике показатели удельного веса по шизофрении колеблются от 3,7% в 2000г. до 4,8% в 2007г., что соответствует международным данным.

Ниже приводим данные об удельном весе больных шизофренiей, признанных невменяемыми.

Таблица 2 - Удельный вес больных шизофренiей из лиц, признанных невменяемыми

Годы	Удельный вес больных шизофренiей из лиц, признанных невменяемыми (%)
1998	50,1
1999	50,8
2000	69,9*
2001	46,4
2002	48,5
2003	59,4
2004	49,1
2005	47,6
2006	43,9*
2007	46,4

Среди лиц, признанных невменяемыми в РК за все периоды исследования, удельный вес больных шизофренiей варьировал в пределах от 43,9 до 69,9%. Причем, самый высокий показатель по шизофрении приходится на 2000г., а самый низкий - на 2006г. Приведенные в таблице данные свидетельствуют о том, что в исследуемый период отмечается тенденция в последние годы (2004-2007) к уменьшению удельного веса больных шизофренiей, признанных невменяемыми. Эти данные могут говорить об определенной динамике в экспертной оценке больных шизофренiей, совершивших ОД. Это отмечено не только в нашей республике (Дмитриева Т.Б., Шестакович Б.Д. 2001г, Кондратьев Ф.В. 2002г).

Таким образом, анализ данных из ведомственной статистики за период 1998-2007гг. показал, что общее количество амбулаторных экспертиз как среди больных шизофренiей, так и в отношении всех экспертиз, значительно превышает число стационарных.

Наименьшее число стационарных экспертиз в отношении больных шизофренией, совершивших ООД, было отмечено в годы наименьшей стабильности социально-экономических условий в республике. Удельный вес больных шизофренией, совершивших ООД, в период 1998-2007г. составил 3,7-4,8%, что соответствует международным данным (Мальцева М.М., Котов В.П. 2001г, Мохонько А.Р. 2003г, Чуркин А.А. 2003г). Удельный вес больных шизофренией, признанных невменяемыми, в последние годы исследуемого периода имеет тенденцию к снижению, что отражает динамизм в экспертной оценке больных шизофренией, совершивших ООД, что отмечается и в других странах (Кондратьев Ф.В. идр., 2002г, Дмитриева Т.Б., Мохонько А.Р. 2005г).

Всего исследовано 510 больных шизофренией. Их число, подразделенное по трём годам, соответственно составило: в 1998-2001гг. - 199 больных, в 2002-2004гг. 167 больных и в 2005-2007 гг. 144 больных.

Таблица 3 - Распределение больных шизофренией по периодам исследования

Периоды	Количество подэкспертных абс, % ±		
	Абс	%	±
1998-2001	199	39,0	4,2
2002-2004	167	32,7	4,1
2005-2007	144	28,2	3,9
ВСЕГО	510	100	97-100%

В нашем материале преобладающее число подэкспертных, признанных страдающими шизофренией, были отмечены в первом периоде исследования - 39% ($\pm 4,2$), в наименьшем числе их количество было отмечено в третьем периоде исследования - 28,2% ($\pm 3,9$).

Лица, совершившие однократные ООД, были отнесены к I группе исследования - 340 человек (66,7%; $\pm 4,1$; $P<0,05$), а во II группу исследования вошли больные, совершившие повторные ОДД - 170 (33,3%; $\pm 4,1$; $P<0,05$).

В нашем исследовании самое большое число подэкспертных было в первом периоде исследования. Оно составляло в первой группе кратности ОДД 133 чел. (26,1%; $\pm 3,8$) против 66 чел. (12,9%; $\pm 2,9$); во втором периоде их число составляло 112 чел. (22%; $\pm 3,6$) против 55 чел. (10,8%; $\pm 2,7$); в третьем периоде - 95 чел. (18,6%; $\pm 3,4$) против 49 чел. (9,6%; $\pm 2,6$).

Таблица 4 - Распределение больных шизофренией по периодам исследования и группам кратности ОДД

Период	I группа (однократные) n=340			II группа (повторные) n=170		
	Абс	%	±	Абс	%	±
1998-2001	133	26,1	3,8	66	12,9	2,9
2002-2004	112	22,0	3,6	55	10,8	2,7
2005-2007	95	18,6	3,4	49	9,6	2,6
ВСЕГО	340	66,6	4,1	170	33,3	4,1

Таблица 5 - Распределение больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия, по основным диагностическим классификациям

Формы течения шизофрении (по А.В. Синявинскому)	МКБ-10 (код)	Количество	
		Абс	%
I Непрерывно текущая шизофрения	I Шизофрения, непрерывное течение F20.0	240	47,1 (4,3)
II Приступообразно-прогredientная шизофрения (щебообразная)	II Шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектами F20.1	202	39,6 (4,2)
III Шизоаффективная шизофрения	III Шизоаффективное расстройство F25	38	7,4 (2,3)
IV Особые формы Вялотекущая шизофрения	IV Шизотипическое расстройство F21	30	5,9 (2,0)
Итого		510	100,0 (97-100%)

Из общего числа подэкспертных на стационаре СПЭ были признаны страдающими непрерывно-текущей шизофренией - 240 человек (47,1%; $\pm 4,3$). Больные, страдающие приступообразно-прогредиентной шизофренией, составили 202 человека (39,6%; $\pm 4,2$). В то же время, страдающие шизоаффективной формой, составляли 38 человек (7,4%; $\pm 2,3$) и вялотекущей шизофренией 30 человек (5,9%; $\pm 2,0$).

Социodemографический аспект больных шизофренией, совершивших противоправные действия.

Среди всех лиц, страдающих шизофренией, в преобладающем числе были мужчины, которые составляли 91,8% ($\pm 2,4$; $P<0,05$), а женщины - 8,2% ($\pm 2,4$; $P<0,05$).

Таблица 6 - Распределение больных шизофренией по половой принадлежности

Пол	Количество подэкспертных абсолютн., %		
	Абс	%	±
Мужчины	468	91,8	2,4
Женщины	42	8,2	2,4
ВСЕГО	510	100	0,2

В течении всего периода исследования отмечалось абсолютное преобладание мужчин с незначительными колебаниями их числа в разные годы от 88,9 (2005-2007) до 91,4-94,6% (1998-2001; 2002-2004гг.). По статистическим данным число экспертиз колебалось от 5,4% (2002-2004гг.) до 11,1% (2005-2005гг.). При абсолютном и статистическом преобладании мужчин, больных шизофренией, отмечалось повышение удельного веса больных шизофренией женщин, совершивших ООД, более чем в 2 раза в 2005-2007гг., что свидетельствует о нарастании агрессивного поведения больных шизофренией женщин в этот период.

Из общего числа городские лица составляли 289 человек (56,7%; ±4,3; P <0,05), а сельские составляли 221 человек (43,3%; ±4,3; P <0,05).

Распределение подэкспертных в периодах исследования по месту проживания показал, что городских жителей было преобладающее число во второй группе кратности ООД в первом периоде исследования - 68,2% (P <0,05) против 67,4% в первой группе сравнения в 2005-2007гг. Сельских жителей в преобладающем большинстве было в первом периоде исследования в первой группе кратности ООД - 50,4% (P <0,05), против 38,8% во второй группе сравнения в третьем периоде исследования. В первом периоде исследования в группах сравнения соотношение городских жителей к сельским было почти равным (49,6%-50,4%), а во второй группе сравнения удельный вес городских жителей превалировал в 2 раза над сельскими (68,2% против 31,8%). В целом можно отметить, что обратное соотношение выявляется в третьем периоде исследования в группах сравнения, где городские составляли 61,2% и превалировали над сельскими жителями в 2 раза (38,8%).

В нашем исследовании подавляющее большинство испытуемых были мужчины молодого возраста. Более 2/3 (71,8 %) подэкспертных были в возрасте от 20 до 40 лет. Подростки и ранний

юношеский возраст составили 5,3 %. От 40 до 60 лет было четверть испытуемых (113 человек- 22,2%). Таким образом, абсолютное большинство испытуемых- около 97%, были лица юношеского, молодого, зрелого, трудоспособного возраста и лишь около 0,8 % - возраста старше 60 лет.

Лиц казахской национальности - 49,4% (±8,1; P <0,05), лиц русской и славянской национальности - 37,3% (±7,5; P <0,05), иных - 13,3% (±5,6).

По образовательному уровню больные распределились следующим образом: лица без образования и обучающиеся во вспомогательной школе составляли единицы. Начальное и неполное среднее образования было у меньшинства. Преобладающее большинство подэкспертных - 371 (72,8%; ±6,2; P<0,01) имело среднее, среднее специальное, незаконченное высшее и высшее образование. По сфере профессиональной деятельности больных шизофренией установлено, что около 35,7% (±4,2) испытуемых были заняты физическим трудом, не работали более 43,3% (±4,3), учащимися школ и студентами было - 5,3% (±1,5) испытуемых и лишь 14,7% (±3,1) занимались умственным трудом. Исследование профессионального статуса в изучаемых группах выявило: что число неработающих больных особенно велико в 1998г. и их доля составляла 53,8% (±6,9), а в 2007г. уменьшилась до 38,2% (±7,9) P<0,01. Возрастание доли неработающих в 1998г. шло за счет уменьшения числа лиц, занимающихся физическим трудом. В 2002г. появились психически больные, занимающиеся предпринимательской деятельностью. Высокий процент безработных в 1998г. был обусловлен негативными изменениями в социально-экономической сфере (бездействие, массовые увольнения, спад промышленного производства).

При сопоставлении уровня образования, в котором превалировало число лиц с достаточно высоким уровнем образования (среднее, незаконченное высшее, высшее) с видом профессиональной деятельности подэкспертных выступает несоответствие этих данных, свидетельствующее о девальвации в период 1998-2001гг. общественно-экономических преобразований интеллектуального труда и социально-трудовой дезадаптации испытуемых. С другой стороны подобный социально-экономический статус больных создавал риск реально опасных ситуаций и их криминальное поведение.

Оценка семейного положения подэкспертных показала, что к моменту привлечения к уголовной ответственности из общего числа

только 22,9%;($\pm 3,6$) лиц состояли в брачных отношениях, разведенные составляли 30%, вдовцы 7,8%; ($\pm 2,3$); $P<0,01$, холостые 39,2%;($\pm 4,2$). В структуре семейного положения больных за годы исследования произошло некоторое перераспределение. К 2005г. сократилась доля состоящих в браке больных до минимального уровня (5,3 против 9,8 в 1998-2001гг.) и сократилась суммарная доля холостых, вдовских и разведенных (22,8 против 29,3).

Из этих данных установлено, что в отдельных квартирах и собственном доме проживали 40,6% подэкспертных, но в половине случаев из них больные проживали совместно с близкими и родными. С учетом того, что 36,1% подэкспертных жили в семьях своих родственников, а также число лиц, проживающих в своих собственных квартирах и домах, но с родственниками, можно говорить о неустроенности в быту и неспособности подэкспертных устанавливать прочную эмоциональную привязанность. Показатели жилищно-бытовых условий подэкспертных в 1998-2001гг. и 2002-2004гг. были одинаковыми. Около четверти подэкспертных (13,4%) проживали в общежитии, не имели определенного места жительства и единицы проживали в психоневрологическом интернате. Около половины подэкспертных жили с родителями (47,5%). В 2007г. отмечается улучшение качества бытовых условий у больных, страдающих шизофренией и проживающих у родителей и близких. Из этих данных следует, что в 1998-2001гг. женатые и замужние лица (22,9%), не все имели отдельные квартиры или собственный дом, свыше 70% больных не имели нормальных жилищных условий, а около 12% вообще не имели жилищ (БОМЖ).

Приведенные выше данные по образовательному уровню, трудовой занятости, семейному положению и жилищным условиям с учетом абсолютного большинства больных молодого возраста могут быть объективными критериями социального функционирования и качества жизни больных шизофренией, совершивших ОД.

При наличии у лиц молодого возраста относительно высокого образовательного уровня преобладания числа лиц не работающих (43,3%; $\pm 4,3$), занятых физическим трудом (35,7%; $\pm 4,2$) и малое количество занимающихся умственным трудом (14,7%; $\pm 3,1$) и учащихся (5,3%; $\pm 1,5$) свидетельствует о трудовой дезадаптации.

О семейной и бытовой дезадаптации свидетельствуют данные о малом числе больных (менее четверти обследованных- 22%), состоящих в брачных отношениях, и тот факт, что свыше 70% больных не

Таблица 7 - Распределение больных шизофренией по жилищным условиям

Годы	Жилищные условия больн., %, ±										Процес шн.
	БОМЖ	Обще жите	Панхозе. интернат	Отдельны й квартира	Собствен ный дом	Проживае т родителей	У	Священ ствует жил.	попадаю		
1998- 2001	24 4,7	3 0,6	2 0,4	39 7,6	41 41	8 8	60 11,8	4 4	0,8 26	5 5	
2002- 2004	26 5	1 0,2	1 0,2	33 6,5	35 6,9	61 12	12 3	1 1	3 3	1 1	
2005- 2007	11 2,2	- -	- -	27 5,3	32 6,3	63 12,3	- -	- -	11 2,2		
Всего (%)	61 ($\pm 2,8$)	12 ($\pm 0,5$)	4 ($\pm 0,4$)	0,8 ($\pm 0,4$)	3 ($\pm 0,4$)	0,6 ($\pm 0,4$)	99 ($\pm 3,4$)	19,4 ($\pm 3,4$)	108 ($\pm 3,5$)	21,2 ($\pm 3,5$)	36,1 ($\pm 1,1$)

имели нормальных жилищных условий, и около 12% были лица без определенного места жительства (БОМЖ).

Одной из форм дезадаптации являются суицидальные попытки. Изучение мотивов суицидальных попыток, совершенных больными шизофренией в течение жизни показало: суицидальные попытки имели место у 331 ($64,9\% \pm 6,4$) подэкспертных; около половины (47,2%; $P < 0,01$) суицидальных попыток были совершены больными шизофренией по финансовым и семейно-бытовым трудностям, что также подтверждает низкое качество жизни изучаемого контингента. Незначительное число суицидальных попыток имело демонстративно-шантажный характер (1,8%; $\pm 3,4$) и психосоматическое неблагополучие (5,9%; $\pm 5,8$ %).

Обращает на себя внимание тот факт, что в период 1998-2001 гг. число суицидов было наибольшим 33,3%, в период 2002-2004 гг. - 18,2%, а в 2005-2007 гг. 13,3%. Из этих данных видно, что прослеживается наибольшее количество суицидов в наиболее тяжелых социально-экономических условиях, а затем они идут на убыль. Следует подчеркнуть тот факт, что мотивы суицидальных попыток у больных, страдающих шизофренией, более чем в половине случаев совершились по финансовым и семейно-бытовым мотивам, и почти у всех больных имели психологический, а не психопатологический характер.

Как известно, для формирования личности большое значение имеют микросоциальные условия. К последним относятся состав родительской семьи, число детей у родителей. При исследовании при анализе семьи подэкспертных были определены следующие факты: в полной семье воспитывались 235 человек (46,1%; $P < 0,01$) из числа обследованных, однако охарактеризовать их как благополучные не представлялось возможным. У 42 обследуемых (8,2%) матери и отцы были лишены родительских прав. Кроме того, проживали у дедушки с бабушкой 28 больных (5,5%). В семьях чаще воспитанием детей занималась преимущественно мать. Во всех неполных семьях (неполные отцом - 31,6%; $\pm 4,0$; $P < 0,01$) родные отцы не поддерживали никаких отношений с исследуемыми, не оказывали материальной помощи.

Почти половина обследуемых - 278 больных (54,5%) являлись единственным ребенком в семье, 178 больных (34,9%) росли в семье, имеющей до 3-х детей. Многодетные семьи, имеющие свыше 4-х детей, составляли 54 больных (10,6%), из этого числа происходили из

многодетных семей, которые имели свыше 8 детей, четверть подэкспертных, что составляет 23 человека (4,5%).

В 25% случаев (127 человек) исследуемые переживали ситуацию развода родителей в начале пубертатного периода; в большинстве случаев эта психотравмирующая обстановка имела пролонгированный характер. Пребывание в атмосфере скандалов, бытовая неустроенность имели место у 138 больных (27%), что способствовало поиску альтернативного сопререживания вне семьи. У 168 больных (33%) в семье отмечалось жестокое обращение, насилие. Агрессия приводила к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой, часто в виде криминальных поступков.

В 34% случаев (173 больных) родители подэкспертных злоупотребляли алкогольными напитками. Хронический алкоголизм у родственников встречался в 22 случаях (4,3%). Из них в 151 случае (29,6%) алкоголизм обнаруживался у обоих родителей. Наследственная отягощенность наркоманией встречалась у 61 подэкспертного (12%). Герoinовая наркомания у отцов документально подтверждалась в 24 случаях, у матери в 8 случаях. В 87 случаях (17%) имело место употребление конопли одним из родителей (чаще отцами), т.е. у 58,6% подэкспертных родители употребляли ПАВ. Алкоголизм и наркомания родителей, являясь отягощающим наследственным фактором, были отрицательным примером для имитации аддиктивного поведения детей. У исследованных больных с пубертатного возраста наблюдалась антиобщественная направленность жизненных позиций, склонность к закреплению асоциальных установок, снижение познавательной активности, недостаточная глубина эмоционального сопререживания (эмпатическая дефицитарность), нестойкость и инверсия примитивных интересов. К формам взаимоотношений в семьях, как искаженном варианте воспитания, можно было отнести 269 человек (57,7%). Таким образом, большинство подэкспертных выросли в искаженной атмосфере воспитания и сформировавшихся у них дисгармонических отношений.

Преобладающее влияние семейного микросоциума прослеживалось у исследуемых, как правило, до 9-10 летнего возраста, после которого наблюдалась преимущественно вне семейные социальные влияния. Такое смещение доминанты наблюдалась в неблагополучных семьях, в которых дети были безнадзорны, к ним применялись жестокие меры насилия и агрессии. Они росли и воспитывались в условиях эмоциональной депривации, и у них формировались формы

поведения с эмоционально-волевой неустойчивостью.

При исследовании параметров отношения к родителям и старшим: уважительное, но не подчиненное имели 171 (33,5%), подчиненное - 145 человек (28,4%), пренебрежительное, формальное - 76 человек (14,9%), индифферентное - 27 человек (7,4%), смешанное отношение - 21 человек (4,1%), невозможно судить - 70 человек (13,3%).

В нашем исследовании из общего числа подэкспертных только 141 больной (27,6%) имели собственных детей. Из числа подэкспертных, имевших своих детей, подавляющее большинство (62,4%) имело лишь одного ребенка. Воспитанием своих собственных детей ни один из подэкспертных не занимался.

Пропорции больных по периодам исследования, имеющих и не имеющих детей, были относительно стабильны и не обнаруживали существенной динамики. Однако доля многодетных больных была ниже в 1998г., что составляло 1,0%, а в 2007г.-1,8%.

При анализе данных в отношении употребления подэкспертными алкоголем (бытовое пьянство и алкоголизм 2-3-й степени) было установлено, что они наблюдались в 261 случаях, которое из общего числа составляло 51,2%. Случаев наркомании (опий, героин, гашиш) было установлено у 89 больных (17,5%). Изученная группа больных, где клиника шизофрении осложнялась алкоголизмом, наркоманией была представлена в большем числе 350 человек (68,6%). В нашем материале исследовались подэкспертные с клиникой шизофрении, которые страдали табакокурением и являлись «злостными» курильщиками. Их число составляло 418 человек (82%). Все 350 человек (68,6%), страдающих шизофренией, осложненной алкоголизмом, наркоманией, относились к группе «злостных» курильщиков. В 350 случаях (68,6%) при табакокурении у подэкспертных имелась высокая, доходящая до 90%, наследственная отягощенность табакокурением у их родителей, алкоголизмом, аномалий характера, психических заболеваний.

Приверженность к исламской религии отметили 108 человек, или 21,2%; ±3,5; P<0,01, к православной 98 человек, или 1,6%; ±3,4; P<0,01. Неверующих было 192 человека, или 37,6%; ±4,2. Единицы пациентов посещали секты. Других религий или четких данных о других религиозных убеждениях у подэкспертных не было. При установлении формы выражения религиозных убеждений был отмечен тот факт, что, хотя 22,8% испытуемых отметили, что они исповедуют ислам, православие, однако соблюдение религиозных отправлений

было лишь у четверти подэкспертных. Обращались к религиозным ритуалам в жизненных критических ситуациях в 23,1% случаев. Аспект исследования по обращаемости к «целителям» в критических ситуациях был представлен следующим образом: обращались к мулле, знахарям, экстрасенсам 295 человек, что составляет 57,8%, в то время как лица, которые в своей жизни не использовали эти виды народного «целительства», составляли 215 человек (42,2%). Из общего числа подэкспертных около 40% лиц говорили на обоих языках, 46% - на русском, менее 20% - на казахском, на иных - 3%. При сопоставлении числа лиц казахов и русских и теми данными, на каком языке они разговаривали, видно совпадение числа русских и лиц, разговаривающих только на русском языке (46%). К числу лиц, говорящих на обоих языках (40%), можно отнести подавляющее большинство казахов. Абсолютное большинство испытуемых (81,8%) разговаривало на государственном языке (казахском). Кроме того: на языке, приравненном к государственному (русском). Какой-либо стигматизации по языковому признаку не было.

Таким образом, исследование этнокультуральных особенностей показало, что только 22,8% подэкспертных были верующими, неверующими - 37,6% (более одной трети). Однако соблюдение религиозных ритуалов отмечалось лишь у четверти подэкспертных. И четверть подэкспертных обращались к ним в жизненных критических ситуациях.

Из народно-традиционных факторов нами изучался характер отношения к родителям, старшим лицам, который сохранился немногим более одной трети лиц.

Заслуживает внимания большой процент (более половины) обращавшихся за помощью к муллам, народным целителям, знахарям, экстрасенсам, что может свидетельствовать, с одной стороны, о сохранении народных и религиозных традиций, и с другой о недостаточной информированности населения о достижениях психиатрической науки и недостаточной доступности психиатрической помощи в регионах.

Судебно-психиатрический аспект у лиц, страдающих шизофренией, совершивших общественно опасные действия.

Из общего числа, проведенных стационарных ППН МЗ РК в период с 1998-2007гг. больным шизофренией было установлено, что СПЭ была назначена следствием в отношении 322 чел. (65,1%), судом - 106 чел. (20,1%), прокуратурой - 72 (14,1%). По

видам СПЭ отмечено: первичных стац.СПЭ - 342 чел. (67%), повторных - 112 чел. (22%), дополнительных - 61 чел. (12%). Причём, количество проведенных повторных стац.СПЭ значительно увеличилось с 2000г.(в первом периоде исследования составляло 22 чел. 4,3%) и возрастало во втором периоде почти в 3 раза (66 чел. -12,9%), в третьем периоде исследования отмечалось снижение показателя повторных экспертиз почти в 2 раза по сравнению со вторым периодом (24 чел. - 4,7%). От общего объема проведенных повторных стац.СПЭ подэкспертные, которые проходили экспертизу свыше двух раз по одному и тому же правонарушению составили 92 чел. (18%). Среди видов стац.СПЭ в последние годы стал увеличиваться удельный вес комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, который составлял в первом периоде 32%, во втором периоде исследования 63% от общего объема экспертиз, проведенных в отношении лиц, признанных страдающими шизофренией. В третьем периоде КСПЭ стали составлять 68%.

Противоправному деянию предшествовала: психическая травма у 9%, дебют заболевания у 25%, обострение психического расстройства у 32% испытуемых. Причем в 1998г.-2001г. отмечалось возрастание в 2,5 раза числа больных, у которых опасному поведению предшествовало ухудшение психического состояния, связанного с психотравмирующей ситуацией: вынужденная смена жительства, неблагоприятные условия жизни, конфликты на работе и в семье (в первой группе с однократными ОД составляло 65,4% против 71,2% в группе сравнения).

Из общего числа подэкспертных правонарушение было совершено в трезвом состоянии 161 чел. (31,6%), в состоянии алкогольного опьянения 322 чел. (63,1%), в состоянии наркотического опьянения (гашин, геронин)- 19 случаев (3,7%), в 8 случаях (1,6%)- в смешанном наркотическом состоянии (алкоголь совместно с геронином).

За исследуемый период в целом по стационарной СПЭ среди общего числа больных шизофренией имели вторую группу инвалидности 126 человек (24,7%; \pm 3,7), третью группу - 28 (5,5%; \pm 3,7). Причем при сравнении начального периода исследования с завершающим периодом было выявлено снижение числа больных, имеющих группу инвалидности больше чем в 2,5 раза (в первой группе кратности ОД он составлял 29,3%; \pm 7,3 против 66,6%; \pm 12 в начальном периоде, а на завершающем 10,6%; \pm 5,9 против 28,6%; \pm 7,9).

Таблица 8 - Удельный вес экспертных решений у подэкспертных по типам течения шизофрении и по группам кратности ОД

Типы течения	Количество абс. %											
	I вкл: 1 гр.		Группа n=340				II вкл: 2 гр.		II группа n=170			
			Вменяем		Невменяем				Вменяем		Невменяем	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Непрерывно-текущая шизофрения	159	46,8	8	2,4	151	44,4*	81	47,6	21	12,4	60	35,3*
Приступообразно-прогredientная шизофрения	135	39,7	26	7,4	109	32,1*	67	39,4	23	13,5	44	25,9*
Шизоаффективная шизофрения	23	6,8	3	0,9	20	5,9	15	8,8	15	8,8	-	-
Вялотекущая шизофрения	23	6,8	7	2,1*	16	4,7	7	4,2	7	4,2*	-	-
ИТОГО	340	100,0	48	12,9	296	87,1	170	100,0	66	38,8	164	61,2

Как видно из таблицы, самую большую группу в исследовании составляли по удельному весу больные с непрерывно текущей шизофренией - 59,2 из всех лиц, привлеченных к уголовной ответственности. Из них: признанные невменяемыми в I группе больных с однократными ОД было 44,4. Этот же удельный вес во II группе с повторными ОД составлял 35,3%. На втором месте по числу удельного веса среди всех типов течения шизофрении занимает приступообразно-прогredientная шизофрения. В первой группе кратности ОД удельный вес невменяемых составлял 32,1%, а во второй группе сравнения 25,9%. Самые низкие показатели удельного веса числа вменяемых лиц были отмечены в рамках вялотекущей шизофрении в первой группе однократных ОД - 2,1% (против 4,2% во второй группе сравнения). В группе подэкспертных с повторными ОД 34 человека (20%) совершили правонарушения в стадии обострения болезненного процесса. В рамках приступообразно-прогredientной шизофрении в I группе больных удельный вес лиц признанных невменяемыми составлял 80,7%, во II группе значительно ниже - 65,7%. При шизоаффективной и вялотекущей шизофрении лишь в I группе сравнения были определены лица невменяемыми, а во II группе их не было.

Согласно классификации психопатологические механизмы ООД, совершенные больными шизофренией подразделяются на:

1. Продуктивно-психотические механизмы ООД
 - с бредовой мотивацией;
 - без бредовой мотивации.
2. Негативно-личностные механизмы ООД
 - ситуационно-спровоцированные действия;
 - инициативные действия.
3. Личностно-психологические.

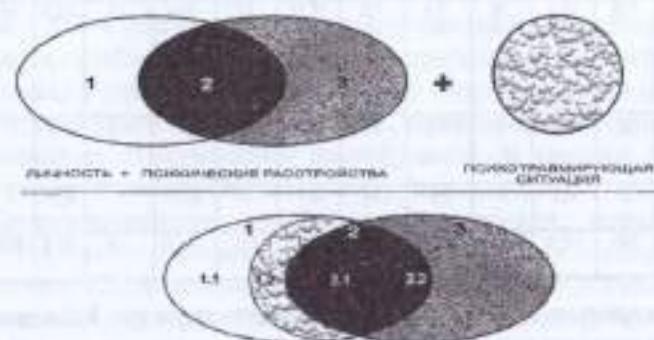


Рисунок 1 - Соотношение личностных, психопатологических и ситуационных факторов в механизмах общественно опасного поведения больных

На рисунке 1 схематично представлено присоединение ситуационных факторов риска противоправного поведения путем наложения на границу, разделяющую патологически измененные и сохранные структуры личности окружности, символично обозначающей зону воздействия ситуационных факторов. Асоциальная поведенческая реакция на психотравмирующую ситуацию может быть обусловлена как патологически измененными, так и сохранными структурами личности. При этом формируются ситуационные негативно-психопатологические и личностно-психологические подгруппы механизмов ООД поведения, что схематично представлено на рисунке 4 полями 1.2 и 2.1, а оставшиеся свободными от ситуационного воздействия поля патологически измененных (1.1) и сохранных структур личности (2.2) соответствуют дезадаптационным подгруппам негативно-психопатологических и личностно-психологических механизмов.

Таблица 9 - Структура психопатологических механизмов ООД, совершенных больными шизофренией

Психопатологический механизм ООД	Количество случаев abs	Удельный вес % (z)
I. Продуктивно-психотические механизмы ООД	314	61,6
1.С бредовой мотивацией	191	37,5(4,2)
Бредовая защита (пасынковый, Альтернативный варианты)	92	18,0
Бредовая месть. Реализация бредовых проектов (миссии)	34	6,7
Бредовая демонстрация. Косвенная бредовая мотивация	65	12,7
2. Без бредовой мотивации	123	24,1(3,7)
Импульсивные галлюцинации и автоматизмы	74	14,5
Импульсивные действия	49	9,6
II. Негативно-личностные механизмы ООД	196	38,4
1.Ситуационно-спровоцированное действие	108	21,2(3,5)
Эмоциональная беспокойность	41	8,0
Интеллектуальная беспокойность	12	2,4
Повышенная внушаемость и поддавливаемость	55	10,8
2.Инициативные действия	88	17,3(3,3)
Извергчивость и растворимость влечений	32	6,3
Дефицит высших мыслей	56	11,0
ВСЕГО p< 0,05	510	100(97<>100)

При изучении психопатологических механизмов ООД обследованные нами больные распределились следующим образом.

Первое место по частоте заняли продуктивно-психотические расстройства (61,6%, p<0,05). Среди них наиболее частыми были случаи, где ООД связано с бредовой мотивацией (37,5%;±4,2) и без бредовой мотивации (24,1%;±3,7). Второе место заняли негативно личностные механизмы ООД (38,4%, p<0,05). Среди этой группы превалировали больные, совершившие правонарушения как ситуационно-спровоцированное действие (22,1%;±3,5) и как инициативные действия (17,3%;±3,3).

Анализ экспертного решения в различные социально-экономические периоды были неоднозначными. Из общего числа: вменяемые лица составляли 21,6% ($\pm 3,1$). Причем из числа амнексимых лиц, к которым было применены положения статьи 17 УК РК, составляли 4,3%; ($\pm 1,8$).

Удельный вес невменяемых лиц был самым значительным в период с 1998-2001 гг. 33,9% (в этом периоде было самое значительное число подэкспертных). Самый низкий его показатель был в периоде с 2005-2007 годы 21,4%. Из общего числа лиц признанных вменяемыми, самый большой удельный вес отмечался в период с 2002-2004 годы (9,8%) против самого низкого в 1998-2001 и 2005-2007 годы (5,9%). При сравнении удельного веса лиц, подпадающих под действие статьи 17 УК РК было выявлено, что самый высокий его показатель отмечался в 2005-2007 годах и оно составляло 2,4% против самого низкого в 1998-2001 годах 0,4%. Удельный вес больных подпадающих под действие статьи 73 УК РК было большим в 2005-2007 годы 1,0% против самого низкого в 2002-2004 годы 0,2%.

Таблица 10 - Структура правонарушений больных в группах сравнения

Характер ОД	Количество абс, %					
	I гр (однократн) ОД n=340		II гр (повторн) ОД n=170		Все n=510	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Агрессивные действия против личности	177	52,0*	39	23	216	42,4*
Имущественные правонарушения	92	27,1	68	40,0*	160	31,4
Хулиганство	20	5,9	30	17,6	50	9,8
Сексуальные правонарушения	29	8,5	12	7,1*	41	8,0
Против здоровья	13	3,8	15	8,8	28	5,5
Прочее	9	2,7	6	3,5	15	2,9
Всего	340	100,0	170	100,0	510	100,0

При анализе характера ОД, совершенных больными шизофренией, обращает внимание то, что на первом месте по удельному весу среди всех правонарушений занимают правонарушения: агрессивные действия против личности (убийства, тяжкие телесные повреждения). Оно значительно превалировало над остальными и составляло 42,4%. Очевидно это связано с подбором подэкспертных представляющих,

наибольшую опасность в связи с тяжестью ОД лиц, направленных на стационарную СПЭ. Как видно из таблицы, второе место из показателей по совершенному правонарушению, занимают имущественные правонарушения - 31,4%. Третье место занимают больные, совершившие хулиганство - 9,8%. В несколько меньшем числе были правонарушения с сексуальными расстройствами - 8,0%. Лица, привлеченные за употребление наркотических средств, составили 5,5%, и самую меньшую из всех остальных составляют лица, привлеченные за прочие правонарушения (мошенничество, похищение людей и попытка покушения на их жизнь) 2,9%.

Большинство из совершенных тяжких ОД были совершены больными с однократными ОД (177 больных; 52,0%). Это можно объяснить сочетанием у них шизофренического процесса с одним или несколькими неблагоприятными дополнительными условиями. К этим условиям относятся: антисоциальные преморбидные личностные установки, молодой возраст до 35 лет, наличие в клинической картине выраженных галлюцинационных и бредовых переживаний, направленных на ближайшее окружение, отсутствие психиатрического наблюдения.

Для остальных 39 подэкспертных (23,0%) с аналогичными действиями, вошедшими в группу больных с повторными ОД, характерными были возраст старше 40 лет. Кроме того, у всех у них определялось наличие стойкой алкоголизации, повторный характер ОД. Из них у 30 больных превалировали в картине шизофрении психопатоподобные расстройства.

С учетом вышеизложенного, в нашем исследовании 400 подэкспертных шизофренией (78,4%), признанные невменяемыми получили те или иные меры медицинского характера, которые представлены в следующей таблице.

Таблица 11 - Структура мер медицинского характера у больных шизофренией, признанных невменяемыми. (1998-2007 гг.)

Годы	Шизофрени		Меры медицинского характера по изменимым			
	Общ	Некон	Бол-ца общ. типа	Бол-ца спец. типа	Бол-ца спец. интенсив	Амб. привуз
	abs(%)	abs(%)	abs (%)	abs (%)	abs (%)	abs (%)
1998-2001	199(39,0)	173(33,9)	78(15,3)	85(16,7)	8(1,6)	2(0,4)
2002-2004	167(32,8)	118(23,1)	48(9,4)	17(3,3)	45(8,8)	8(1,6)
2005-2007	144(28,2)	109(21,4)	44(8,6)	-	53(10,4)	12(2,4)
ИТОГО	510 (100)	400 (78,4)	170 (33,3)	102 (20)	106 (20,8)	22 (4,3)

Неоднозначными были показатели по применению рекомендаций психиатрической больницы специального типа с интенсивным наблюдением, которые занимали первое место из всех рекомендаций мер медицинского характера. Удельный вес данного вида принудительного лечения лишь появляется в конце 2001г., что составило 2%, а в последующие годы его применение с 2002 по 2007гг. приблизительно было одинаковым - 11,3-13,3%. Принудительное лечение в психиатрической больнице специального типа применялось в 25,5% случаев. Данный вид принудительного лечения существовал в периоды 1998-2004гг., а в последующем при назначении принудительных мер медицинского характера отсутствовал. Рекомендации психиатрической больницы специального типа и с интенсивным типом вместе составляли по значительности 45,5%. Значительный его удельный вес отмечался в 1998-2001гг., что составляло 21,3%, и превышало в 5 раз этот же показатель в период 2002-2004гг. На втором месте по удельному весу из числа примененных мер медицинского характера занимало применение принудительных мер медицинского характера в психиатрической больнице общего типа(33,3%). Применение амбулаторного принудительного лечения в общем числе из всех видов принудительного лечения составляло 5,5%. Однако по периодам исследования оно появилось лишь в конце 2001г. и составляло 0,5%. В последующие годы отмечается расширение его применения: в 2002-2004гг. 2%, а в 2005-2007гг. 3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ статистических показателей из межведомственной статистической отчетности РК (форма №38) за период 1998-2007гг. показал, что количество амбулаторных экспертиз, произведенных больным шизофренией, совершившим ООД за период 1998-2007гг. в целом было выше стационарных. Наименьшее количество экспертиз, проведенных больным шизофренией, отмечено в 1998-1999гг., т.е. годы наименьшей стабильности социально-экономических условий в республике. В этот период число амбулаторных экспертиз превышало стационарных в 16-20 раз, в среднем составили 4,3%. Среди удельного веса основных нозологических единиц установлено, что диагноз шизофрении занимает четвертое место (после органических психических расстройств, умственной отсталости, расстройств личности). Исследование социо-демографических характеристик больных шизофренией, совершивших ООД свидетельствуют о социальной дезадаптации и низком уровне социального функционирования и качества жизни подэкспертных. При анализе клинических особенностей у больных шизофрении по типам течения было установлено, что на стадии СПЭ преобладал непрерывно-текущий тип шизофрении, где, оказалось, что более чем у 80% больных, совершивших ООД, в картине болезни преобладал параноидный синдром (его бредовой и галлюцинаторный варианты). По психопатологическим механизмам ООД были выявлены две группы больных: группа больных с продуктивно-психотическим механизмом - 61,6% и по негативно-личностному механизму -38,4%. В 1998-2001гг. совершено ООД в 2,5 раза больше. В эти годы отмечалось ухудшение психического состояния больных, связанные с психотравмирующей ситуацией (вынужденная смена места жительства, неблагоприятные условия жизни, конфликты в семье и на работе). По характеру ООД на первом месте были агрессивные действия против личности -42,4%. На втором месте занимали имущественные правонарушения -31,4%; затем хулиганские действия -9,8%; сексуальные -8%; против здоровья граждан -5,5%; прочие -2,9%.

Анализ однократных (340 человек) и повторных (170 человек) факторов риска у больных шизофренией, совершивших ООД, позволяет решить вопросы раннего выявления шизофрении и эффективной диагностике их при СПЭ, своевременному квалифицированному их лечению. Это позволит данному контингенту больных социально реабилитироваться, адаптироваться, оставаться полноценными членами общества, имеющих достаточный уровень качества жизни и социального функционирования.

Практические рекомендации

1. Разработаны методы диагностики медицинского и юридического критерии при различных формах шизофрении у больных с различными психопатологическими механизмами общественно опасных действий. Их целесообразно внедрить в работу судебно-психиатрических экспертных комиссий (амб.СПЭ и стац.СПЭ) и психиатрических учреждениях республики.

2. Учитывая данные анализа однократных и повторных фактов риска у больных шизофренией, совершивших ОД рекомендуется в психиатрической системе ввести должность социального психолога, в пенитенциарной системе ввести должность клинического психолога, психотерапевта для лиц, страдающих шизофренией, к которым была применена ст.17УКРК.

3. Данные, полученные в результате анализов судебно-психиатрического аспекта у лиц, страдающих шизофренией, совершивших ОД, служит основанием для рекомендации судебно-следственным органам в их нацеленности в определении «настораживающих» признаков шизофрении и факторов риска повторного ОД.

4. Профилактика ОД у больных шизофренией требует улучшения психиатрической помощи городскому и сельскому населению в центрах психического здоровья (ПНД). Им необходимо системное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, активное и поддерживающее лечение, включающим современные психофармакологические препараты, в том числе больным, находящимся на принудительном лечении.

5. Привлекать к лечению родственников больных и информированием населения о новых достижениях в психиатрической науке, ее новых возможностях.

6. Расширить социально-психологическую помощь больным путем создания реабилитационных центров. Принять меры по трудовой занятости и трудоустройству, по обеспечению больных шизофренией социальным жильем и лечением. Для больных, страдающих шизофренией, осложненной алкоголизмом и наркоманией принять меры, как и в психиатрических учреждениях.

7. Улучшить взаимодействие центров психического здоровья и центров реабилитации по лечению больных шизофренией, сочетанных с наркологическими заболеваниями с учреждениями других ведомств и общественными организациями.

Список использованной литературы:

1. Kraepelin E. Psychiatrie Achte Auflage. Leizig, 1923.
2. Kahlbaum K. La catatonie ou folie tonique. (1863) Trad. fr. // Evolution psychiatrique. 1987. - vol. 52. - № 2. - p. 367-439.
3. Hecker E. L. Hebephrenie. Contre Euton a La psychiatrie clinique (1871), Trad. Fr. //Evol. Psychiatr., 1985. - vol. 50. - p. 325-355.
4. Magnan V. Les Degeneres. Etat mental et episodiques. Rneff, Paris, 1895.
5. Kniepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Livingston, Edinburgh, 1919.
6. Willis Th. Цитировано по С.Н. Мосолову. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепции позитивных и негативных расстройств. - М., 2007.
7. Esquirol J. Des maladies mentales consideres sous les rapports medical, hygieniques et medico legal. Baillere, Paris, 1925.
8. Morel B. Etudes cliniques sur les maladies mentales. Vol. 2. Navay, Paris, 1852.
9. Kraepelin E. Textbook of Psychiatriae, 8 ch.ed. Machmilan, N.-Y., 1923.
10. Гаррабе М. История шизофрении. -М.-Санкт-Петербург, 2000. 303 с.
11. Bleuler E. Demetia praecox oder gruppe der schizophrenen. Deutike. Leipzig, 1911.
12. Schneider K. Primare und secundare symptome bei schizophrenie // Fortsch. neurol. Psychiatr., 1957. - Bd. 25. - S. 487-492.
13. Schneider K. Klinisch Psychopathologie 12 unveranderte Auflage. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1920, 174 s.
14. Schneider K. Primary and secondare symptoms in schizophrenia. // Themes and Variations in European Psychiatry / Hirsch S. B., Shepherd M. (eds) John Wright, Bristol, 1974. - P. 40-46
15. Снежневский А.В. Шизофрения и проблемы общей патологии. // Вестник АМН СССР, 1969, №4, с. 5-18.
16. Berze J. Psychologie der schizophrenen Processe und schizophrenen Defekt Symptome // Wein. Med. Wochr., 1929, s. 28.
17. Mayer Gross W. Die klinik der schizophrenie Verlauf und Prognose // Bumke's Handbuch, 1932, Bd. 9.
18. Мелеков Д.Е. Прогноз и восстановление трудоспособности при шизофрении. // Автореферат дисс... доц. мед. наук, 1960, 25 с.
19. Jackson J.H. Selected writings of John Hughlings-Jackson // vol. 2. Evolution and Dissolution of the Nervous System. Varios papers, addresses and lectures. / Taylor J.(ed). Basic Books, New-York 1958.

20. Снежневский А.В. Общая психопатология. Курс лекций. Валдай 1970.
21. Сухарева Г.Е. О проблемах дефекта при малых формах шизофрении. // Советская неврология, психиатрия и психогигиена, 1933, №2, с. 24-38.
22. Внуков В.А. О дефектах при шизофреническом процессе и об отдельных его видах.// Труды II Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М. 1937.
23. Юдин Т.И. Шизофрения как первичный дефект психоз.// Труды ЦИП Министерства здравоохранения РСФСР.- Л., 1941, т.2, с. 51.
24. Юдин Т.И. очерки истории отечественной психиатрии.// М., «Медиц.» 1951, с. 479.
25. Морозов В.М., Тарасов Ю.К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении.// Ж. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова, 1951, т.5, №4, с. 44.
26. Морозов В.М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства.// Ж. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова 1960, т. 60, №4, с. 82-87.
27. Жариков Н.М. Клинические особенности ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболевания.// Ж. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова, 1960, т. 60, №4, с. 82-88.
28. Фаворина В.Н. К вопросу о поздних ремиссиях при шизофрении.// Ж. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова 1965, №1, с. 81-87.
29. Иваницкая Т.Ю. Клинические особенности группы больных шизофренией, текущей с преобладанием негативных проявлений.// Ж. невропат. и псих. м. С.С. Корсакова 1970, №9, с. 84-91.
30. Зеневич Г.В. Шизофренические ремиссии и организация диспансерного наблюдения, в этом периоде. Л., 1957.
31. Зеневич Г.В. О ремиссиях у больных шизофренией после лечения нейролептическими средствами и поддерживающей терапии.// Ж. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова 1967, т. 61, №11, с. 1728-1733.
32. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. - М. «Медицина» 1964.
33. Жариков Н.М. Клинические особенности ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболевания.// Ж. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова, 1960, т. 60, №4, с. 82-88.
34. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability.// Arch.Gen. Psychiatry, 1982, vol. 39, p. 784-788.
35. Andreasen N.C. The scale for the assessment of negative symptoms (SANS), Iowa city, the university of Iowa, 1983.
36. Andreasen N.C. The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). Iowa city, the university of Iowa, 1983.
37. Andreasen N.C. Positive VS negative schizophrenia: a critical evaluation.// Schizophr. Bull., 1985, vol. 11, p. 380.
38. Andreasen N.C. et. al. Correlational studies of the scale for the Assessment of negative symptoms and the scale for the Assessment of positive symptoms: an overview and update.// Psychopathology, 1995 (b), vol. 28, p. 7-17.
39. Andreasen N.C. et. al. Symptoms of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms.// Arch. Gen. Psychiatr., 1995 (a), vol. 52, p. 341-351.
40. Andreasen N.C., Carpenter W.T. Diagnosis and classification of schizophrenia.// Schizophr. Bull., 1993, vol. 19, №2, p. 25-40.
41. Andreasen N.C. et. al. Positive and negative symptoms in schizophrenia.// Arch.Gen. Psychiatry, 1990, vol. 47, p. 615-621.
42. Andresen N.C. et al. Neural substrates of frontal function in schizophrenia.// Dopamine disease states Beninger B.J., Palomo M., Archer T. (eds), Editorial Cym., Madrid, 1996, p. 523-356.
43. Andresen W.S. et al. Schizophrenia and cognitive dysmetria: positron emission tomography study of dysfunctional prefrontal thalamic-cerebellum circuitry.// Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1996, vol. 93, w 18, p. 9985-9990.
44. Grow T.J. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine: Discussion 2 // Rr. J. Psychiatry, 1980, vol. 137, p. 383-386.
45. Carpenter W.T. Serotonin- dopamine antagonists and treatment of negative symptoms.// J. Clin. Psychopharmacology, 1995, vol. 15, №7, Suppl. B. P. 30-35.
46. Jibson M.D., Tandon R. The negative symptoms of schizophrenia.// Directions in psychiatry, 1995, vol. 15, p. 1-7.
47. Jibson M.D. Tandon R. New atypical antipsychotic medication.// J. Psychiatr. Res., 1998, vol. 32, p. 215-228.
48. Hirsch S.R., Barnes T.R. E. The clinical treatment of schizophrenia with antipsychotic medication.// Schizophrenia. Hirsch S.R. Weinberger D.R. (eds)- Blackwell Science, Oxford, 1995, p. 443-468.
49. Mc. Evoy et al. Predictors of therapeutic response in haloperidol in acute schizophrenia.// Psychopharmacol. Bull., 1991, vol. 27, p. 97-101.
50. Loebel A.D. et al. Duration of Phsyosis and outcome in first-episode schizophrenia.// Am.J. Psychiatry, 1992, vol. 149, p. 1183-1188.
51. Szymanski S.R. et al. Course of treatment responce in first episode and chronic schizophrenia.// Am.J. Psychiatry, vol. 153, p. 519-525.

52. Lieberman J.A., Koreen A.R. Neurochemistry and neuroendocrinology of schizophrenia. Selective review. // Schizophr. Bull., 1993, vol. 19, N2, p. 197-256.
53. Lieberman J.A. Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis. // J. Clin. Psychiatr., 1996, vol. 54, suppl 11, p. 68-71.
55. Lieberman J.A. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder. A clinical and neurobiological perspective. // Biol. Psychiatr. 1999, vol. 46, p. 729-739.
56. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов. / Шизофрения. Мультидисциплинарные исследования. Под ред. А.В. Снежневского. М. «Медицина», 1972, с. 225-278.
57. Кондратьев Ф.В. Теоретические аспекты причин социально опасного поведения психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. М., 1994. С.33-42
58. Кондратьев Ф.В. Концепция качества жизни для судебной психиатрии // Судебная психиатрия (под ред. Т.Б. Дмитриевой) М.-2004.с.66-85.
59. Гафаров Т.А. Феноменология и систематика расстройств самосознания на манифестном этапе шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2000, т.10, № 2. С. 72-74.
60. Руководство по судебной психиатрии под ред. Г.В. Морозова. М., 1977. 400 с.
61. Боброва П.Н., Мальцева М.М. О некоторых клинико-социальных особенностях психически больных, совершивших общественно опасные действия // Актуальные вопросы организации психиатрической помощи, лечения и социальной реабилитации психически больных. М., 1978, с.383-386.
62. Боброва И.Н., Мохонько А.Р., Румянцева Г.М. Частота совершения психически больными общественно опасных действий один из показателей качества работы психиатрической службы // Профилактика общественно опасных действий психически больных. Калуга, 1988. С. 133-136.
63. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическое значение психопато-подобных состояний при шизофрении // Психопатия и психопато-подобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982. с. 108-115.
64. Ильинский Ю.А. Значение некоторых клинических и микросоциальных особенностей в генезе общественно опасных действий больных шизофренией // Социокультурные проблемы современной психиатрии. М., 1994. С. 50-51.
65. Ильинский Ю.А. Клиника параноидной шизофрении в период принудительного лечения // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике (клинико-катамнестический аспект). М., 1987. С.41-47.
66. Ильинский Ю.А. О механизмах формирования ОД больных приступообразно-прогредиентной шизофренией // 1-й съезд психиатров социалистических стран. М., 1987. С.333-341.
67. Ильинский Ю.А. Повторные общественно опасные действия больных приступообразно-прогредиентной шизофренией // профилактика общественно опасных действий психически больных. М., 1985. С.3-10.
68. Ильинский Ю.А. Психогенные расстройства параноидного и депрессивного характера у больных шизофренией с ремиттирующим течением // Практика судебно-психиатрической экспертизы. М., 1971. № 18.- С. 24-31.
69. Ильинский Ю.А., Трофименко С.Н. О механизмах общественно опасного поведения больных приступообразно-прогредиентной шизофренией в период ремиссии // УШ Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. М., 1988. Т.3.-С.341-344.
70. Ильинский Ю.А. Психогенные реакции у больных шизофренией в судебно-психиатрической практике // ХII съезд психиатров России. М., 1995. С.461-462.
71. Braes Kletzhandler E. Zum Problem der Kriminalitat der Schizophrenie // Mschr. Psychiat. Neurol. 1954.- Bd. 128, N 3 . s. 129-152.
72. Lindinger H. Ein Beitrag zur Beurteilung der Straftaten Schizophrener // Nervenarzt. -- 1963.- Bd. 34, - N 3. s. 107-113.
73. Hodges E.P. Crime prevention by the indeterminate sentence Law // Amer. J. Psychiat. 1971. - Vol. 128. p. 291 295.
74. Bradford J.M. The forensic psychiatric aspects of schizophrenia // Psychiatr. J. Univ. Ottawa. 1983. Vol. 8, N 2, p. 96-103.
75. Tardiff K. Characteristics of assault patients in private hospitals // Amer. J. Psychiat. 1984. - Vol. 141, N 10. p. 1232 1234.
76. Karson L. Bigelow L.B. Violent behavior in schizophrenic patients // J. neurol. ment. Disord. 1987. vol. 175, N 3. - P. 161-164.

77. Литвинова М.С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией. Автореф. ...дисс. канд. мед. наук. М., 1977. 16 с.
78. Шушанов В.М. Клинические и социально-демографические характеристики больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия. Автореф. ...дисс. докт. мед. наук. М., 1975.
79. Шушанов В.М. К сравнительной клинико-социальной оценке больных шизофренией, совершивших опасные действия // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1974. - № 22. С. 3-10.
80. Жариков Н.М. Вопросы судебно-психиатрической оценки ремиссий при шизофрении /Журн. «Судебно-медицинская экспертиза». 1969. - № 2. С. 43-46.
81. Рыбальский М.И. Диспансеризация психически больных с общественно опасными тенденциями./ Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, I-й: Труды.- М.,1963, т.2, с. 408-416.
82. Харитонова Н.К. Клинические проявления и судебно-психиатрическая оценка инициального периода шизофрении у подростков, совершивших общественно опасные действия. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1979. 20 с.
83. Харитонова Н.К. Общественно опасные действия несовершеннолетних правонарушителей в инициальной стадии шизофрении./ Актуальные вопросы социальной психиатрии.- М. 1979, с. 34-41.
84. Харитонова Н.К. Агрессия женщин больных шизофренией, направленная против родственников// Российский психиатрический журнал, М. 2000, №6, с. 43-48.
85. Stransky E. Initialdelikt// Arch. Psychiatr., Neurolog., - 1950, Bd. 185, p. 395-413.
86. Холодковская Е.М., Торубаров С.В. К вопросу о профилактике общественно-опасных действий психически больных и показания к выписке их из психиатрических стационаров / Проблемы клиники, судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии и иммунологии шизофрении. М., 1964, №3, с.366-374.
87. Лунц Д.Р., Герасимова С.М., Тальце М.Ф. и др. О некоторых особенностях общественно-опасных действий больных шизофренией с хорошей социальной адаптацией (предварительное сообщение)/ Проблемы судебной психиатрии. Сбор. науч. трудов, 1975, с. 9-17.
88. Измайлова И.Т. Шизофрения, осложненная употреблением гашиша. Дисс. докт. мед. наук. А-Ата, 1998.
89. Илешева Р.Г. Бредовые и аффективные расстройства в позднем возрасте. (Сравнительные клинические исследования). / Дисс. докт. мед. наук. - М., 1970.
90. Илешева Р.Г., Беспалов Ю.И., Русакова Н.К. Особенности бреда при шизофрении в детском, подростковом и юношеском возрасте./ Вопросы психиатрии. - А-Ата, 1976. - С. 55-60.
91. Зальцман Г.И. Острые бредовые синдромы. Клинико-психопатологическое исследование./ Дисс. док. мед. наук. - А-Ата, 1969.
92. Беспалов Ю.И. Особенности галлюцинаторных расстройств в подростково-юношеском возрасте. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1980.
93. Адильханова К.А. Парафранный синдром при различных этапах течения шизофрении. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1971.
94. Базарбаева Л.Е. Психопатоподобные расстройства возбудимого круга при различных этапах течения шизофрении. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1992.
95. Джамантаева М.Ш. Ипохондрические расстройства при различных клинических вариантах шизофрении. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1984.
96. Джангильдин Ю.Т. Неврозоподобные состояния при различных этапах течения шизофрении. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1983.
97. Измайлова Н.Т. Аффективно- парапояльные синдромы при шизофрении. Дисс. канд. мед. наук. - М., 1984. 21 с.
98. Зепер Ф.С. Принципы профилактики особо опасного поведения больных шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1990.
99. Алимханов Да.А. Парапояльная шизофрения.
100. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И. Судебная психиатрия. - Алматы, «Медицина баспасы», 1999. 207 с.
101. Илешева Р.Г. Клинико-психологический метод базисный в диагностике психических расстройств.// Психиатрия, психотерапия жане наркология. 2005, №7. - С. 54-61.
102. Илешева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Сейсебаева Г.Т. (Измайлова Н.Т., Аширбеков Б.М.). К двухгодичному опыту работы школы психиатров в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии// Судебная и социальная психиатрия. 2005, №1. - С.56-70.

103. Тиганов А.С. Проблемы классификации психических заболеваний.//Психиатрия, 2005, №3.- С. 7-9.
104. Снежневский А.В Психиатрический диагноз.// Психиатрия, 2004/- №3/- С. 11-14.
105. Чюк В.Ф. Методология диагноза./С.П.Б., 1913.