

Феномен «множественной» общественной опасности у лиц, страдающих шизофренией

Белорусский государственный медицинский университет

Как в нашей стране, так и за рубежом основой для решения вопроса о выписке из психиатрического стационара пациентов с признаками общественной опасности в прошлом является предсказание хорошего социального и клинического прогноза. Оценены факторы, способствующие и препятствующие совершению множественных ООД невменяемыми лицами, страдающими шизофренией. Выделены особенности психического состояния лиц, страдающих шизофренией, совершивших множественные ООД и склонных к грубым нарушениям правил пребывания в психиатрическом стационаре. Ключевые слова: общественно опасное деяние, шизофрения, психическое состояние

Как в нашей стране, так и за рубежом основой для решения вопроса о выписке из психиатрического стационара пациентов с признаками общественной опасности в прошлом является предсказание хорошего социального прогноза. Однако, если в отечественной психиатрии вопрос надежности таких прогнозов практически не изучался, то в зарубежной литературе ему уделяется большое внимание [18,21,22]. Это прежде всего связано с состязательностью сторон в судебных процессах по делам о правонарушениях за рубежом, в том числе и по делам о правонарушениях лиц с психическими расстройствами[29]. Несмотря на это, до последнего времени проблема успешного прогнозирования общественно опасных деяний (ООД) пациентами с тяжелыми психическими расстройствами во всем мире остается далекой от своего разрешения[1,2,10]. Основных причин этому 4: первая – это относительно низкая частота повторных ООД в «психотическом» состоянии; вторая – различные подходы к пониманию «психического расстройства, обуславливающего невменяемость» в различных системах уголовного права; третья – неопределенность таких понятий как «рецидив опасного поведения» и «хороший исход» для лиц с психическими расстройствами, совершившими ООД; четвертая – отсутствие согласия относительно того, какие предикторы необходимо использовать при определении риска повторного ООД [6]. В то время, как одни специалисты используют для индивидуального прогноза различные оценочные шкалы и личностные опросники, другие-применяют с этой целью статистические таблицы либо разрешают вопросы прогноза общественной опасности лиц с психическими расстройствами эмпирически – на основании личного опыта. Вместе с тем, по свидетельству ряда исследователей, и стандартизированный, и эмпирический подход к вероятностному прогнозированию повторных ООД у лиц с психическими расстройствами равно не имеют достаточной прогностической прочности[32,33]. По мнению Monahan J., «суды доверяют клиническим прогнозам совершения ООД значительно больше, чем медицинские работники, делающие эти прогнозы»[29]. Monahan J. и Shah S. сообщают о том, что из числа больных, освобожденных вопреки прогнозу психиатров и психологов о том, что они наверняка совершат в будущем повторные акты насилия, «самое большое один из трех действительно совершал

насильственные действия в отношении окружающих; и в то же время, среди лиц, считавшихся прогностически безопасными, агрессивные действия совершала примерно десятая часть»[25].

Цель исследования: оценка факторов, способствующих совершению множественных ООД лицами, страдающими шизофренией.

Задачи исследования: 1) изучить однородность (принадлежность к одной генеральной совокупности по выделенным факторам) групп лиц, страдающих шизофренией, совершивших двукратные и множественные ООД; 2) выделить особенности лиц, страдающих шизофренией, склонных к грубому нарушению правил пребывания в психиатрическом стационаре и описать характер этих нарушений.

Материал и методы

В исследование включено 311 лиц, страдающих шизофренией, которые распределены в следующие группы: 1-я основная группа – пациенты, страдающие шизофренией, совершившие повторное ООД (N=100); 2-я группа сравнения-пациенты, страдающие шизофренией, совершившие однократное ООД (N=111); 3-я контрольная группа-пациенты, страдающие шизофренией, не совершившие ООД, но проходившие стационарное лечение в психиатрической больнице и состоявшие под диспансерным наблюдением (N=100). Критерии включения в основную группу и группу сравнения – совершение ООД на территории Могилевской области в период времени с 1970 по 2006 год включительно. Критерии исключения из группы сравнения – катamnестическое наблюдение менее 10 лет либо непрерывное пребывание в психиатрическом стационаре после совершенного ООД более 10 лет. Контрольная группа сформирована методом случайной выборки из числа лиц, страдающих шизофренией и находящихся под наблюдением врачей-психиатров Могилевской области не менее 25 лет и не совершивших ни одного ООД. Критерии исключения из контрольной группы – нахождение в психиатрической больнице либо доме-интернате за период наблюдения дольше, чем 10 лет. Соотношение мужчин/женщин в контрольной группе пропорционально таковым в основной группе и группе сравнения и составляют 7:1. Основными методами исследования явились клинко-психопатологический, клинко-катamnестический и клинко-статистический. Психический статус пациентов оценивался с использованием диагностических критериев шкал PANSS и OASCL. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивались с помощью критерия Пирсона χ^2 , Колмагорова-Смирнова, Манна-Уитни. Для статистической обработки данных использовался компьютерный математический пакет Stastica 6.0 [3,13].

Дизайн исследования: Исследование было про-ретроспективным, сравнительным, “случай-контроль”.

Для решения поставленных задач была выделена сплошным методом и изучена когорта лиц, страдающих шизофренией, которые на протяжении последних 35 лет на территории Могилевской области совершили ООД и были признаны невменяемыми (N ООД=634). В исследование были включены лица, находившиеся на принудительном лечении в Могилевской областной психиатрической больнице в период времени с 1971 по 2006 год включительно и Могилевской Республиканской психиатрической больнице специального типа в период времени с 1974 по 1991 год включительно. С целью стандартизации

оценки психического состояния пациента и ее дальнейшего изучения нами использовались диагностические критерии степени выраженности отдельных психопатологических симптомов, описанные в шкале PANSS и уровень открыто проявляемой агрессии, описанный в шкале OASCL. Учитывая субъективные сложности в оценке степени выраженности отдельных симптомов в баллах по медицинской документации, 7-ми балльная градация шкалы была заменена трехбалльной, при этом баллы 1,2, – были обозначены как «1»-«признак отсутствует, либо отсутствует указание на его наличие»; баллы 3,4,5 – были обозначены как «2»-«признак присутствует, но выражен не сильно»; баллы 6,7 – были обозначены как «3»-«признак выражен сильно». С целью оценки валидности используемых методик (шкал PANSS и OASCL) для оценки психического состояния по данным медицинской документации, было осмотрено лично 90 человек (по 30 из каждой группы), оценено их психическое состояние согласно диагностическим критериям шкалы PANSS и OASCL, а затем результаты были сопоставлены с результатами оценки психического состояния тех же пациентов по данным их медицинской документации. Для “чистоты” исследования психическое состояние по данным клинического интервью и медицинской документации отражали один и тот же период времени. В качестве критерия для оценки валидности был использован ранговый коэффициент корреляции Спирмена (R). Проведенный статистический анализ полученных результатов показал валидность отдельных пунктов (симптомов) шкалы PANSS для оценки психического состояния по данным медицинской документации. К таким пунктам шкалы (симптомам) относятся «П1. Бред», «П2. Расстройства мышления», «П3. Галлюцинации», «П4. Возбуждение», «П5. Идеи величия», «П6. Подозрительность, идеи преследования», «Н2. Эмоциональная отгороженность», «Н3. Трудности в общении», «Н4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность», «О3. Чувство вины», «О4. Напряженность», «О7. Моторная заторможенность», «О15. Загруженность психическими переживаниями». Кроме того были выявлены сильные корреляционные связи ($R > 0,6$; $p < 0,01$) при дихотомической оценке уровня открыто проявляемой агрессии согласно критериям шкалы OASCL (наличие/отсутствие признака без его деления по степени выраженности).

Исходя из целей исследования, первой рабочей гипотезой было выдвинуто предположение о том, что лица, страдающие шизофренией, совершившие двукратные и множественные ООД, имели различия, связанные с актуальным психическим состоянием и уровнем открыто проявляемой агрессии на момент прекращения принудительного лечения по поводу второго ООД. Для проверки данной гипотезы, основная группа лиц была разбита на две группы – (1) лица, страдающие шизофренией, совершившие ООД дважды и (2) лица, страдающие шизофренией, совершившие ООД трижды и более. Было оценено и сопоставлено психическое состояние по отдельным исследуемым симптомам на момент прекращения принудительного стационарного лечения, связанного с совершением второго ООД. Достоверность различий в группах оценивались по критериям Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни, т.к. параметры имели распределения отличные от нормального. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Оценка психического состояния (в баллах) по отдельным исследуемым симптомам на момент прекращения принудительного стационарного лечения, связанного с совершением второго ООД в группах.

Симптом	Средние значения в группах при завершении принудительного лечения		Достоверность различий	
	Лица с многократными ООД	Лица с двукратными ООД	Критерий Колмогорова-Смирнова	Критерий Манна-Уитни
Продуктивно-психотические симптомы				
Бред	1,24	1,73	p < .001	0,0000
Расстройство мышления	1,60	2,05	p < .001	0,0000
Галлюцинации	1,14	1,56	p < .001	0,0523
Возбуждение	1,11	1,22		
Идеи величия	1,08	1,49		
Подозрительность и идеи преследования	1,22	1,68	p < .001	0,0334
Негативные симптомы				
Эмоциональная отгороженность	1,58	1,99	p < .001	0,0000
Трудности в общении	1,46	1,85	p < .001	0,0000
Социальная отгороженность	1,85	2,00	p < .005	0,0005
Общепсихопатологические симптомы				
Чувство вины	1,06	1,06		
Напряженность	1,19	1,39		
Загруженность психическими переживаниями	1,32	1,86	p < .001	0,0000
Моторная заторможенность	1,13	1,43	p < .005	0,0018
Агрессия				
Вербальная агрессия	2,25	1,48	p < .025	0,0064
Физическая агрессия к себе	1,08	1,08		
Физическая агрессия к предметам	1,00	1,17		
Физическая агрессия к другим	1,29	1,18		
Обобщающие показатели				
Продуктивно-психотические симптомы	1,23	1,48	p < .001	0,0000
Негативные симптомы	1,56	1,94	p < .001	0,0000
Общепсихопатологические симптомы	1,17	1,44	p < .001	0,0000
Агрессия	1,41	1,20	p < .05	0,0131

Полученные результаты (табл. 1) наглядно свидетельствуют о том, что между лицами, страдающими шизофренией, совершившими двукратные и множественные ООД на момент прекращения принудительного стационарного лечения, связанного с совершением второго ООД, действительно имелись различия по степени выраженности большинства из рассматриваемых параметров (симптомов шкал PANSS и OASCL). Примечательно, что обе исследуемые группы характеризовались невысокими показателями выраженности отдельных психопатологических симптомов, характерных для шизофрении, на момент прекращения принудительного лечения. Одновременно лица, не совершившие третьего ООД, имели статистически значимые более высокие показатели степени выраженности симптомов «Бред», «Расстройства мышления», «Галлюцинации», «Подозрительность и идеи преследования», «Эмоциональная отгороженность», «Трудности в общении», «Социальная отгороженность», «Загруженность психическими переживаниями», «Моторная заторможенность», а лицам с рецидивом правонарушения в будущем были присущи более выраженные показатели по шкале открытопроявляемой агрессии. Таким образом, лица, страдающие шизофренией, совершившие 2 ООД и более не попадавшие в поле зрения правоохранительных органов в связи с совершением очередного деликта, имели более выраженные показатели интенсивности психопатологических переживаний, характерных для шизофрении, по сравнению с лицами группы сравнения, продолживших противоправную активность.

В качестве второй рабочей гипотезы было выдвинуто предположение о том, что в группе лиц, страдающих шизофренией, совершивших множественные ООД (3 и

более), психическое состояние на момент выписки из психиатрического стационара со строгим (интенсивным) наблюдением не имело различий с психическим состоянием тех же лиц на момент их выписки из психиатрического стационара с обычным наблюдением (где пациенты находились в рамках «поэтапного» прекращения принудительных мер безопасности и лечения), а также не имело различий с психическим состоянием той же группы лиц на момент совершения третьего ООД. Для проверки этой гипотезы было оценено и сопоставлено психическое состояние лиц, совершивших множественные ООД, на момент их выписки из Могилевской Республиканской психиатрической больницы специального типа и «Республиканской психиатрической больницы Гайтюнишки» (период поступления в Могилевскую областную психиатрическую больницу) – «1» с психическим состоянием тех же лиц на момент окончания принудительного лечения в психиатрической больнице с обычным наблюдением – «2». Учитывая ограниченный объем публикации, на рисунке 1 представлены результаты только для параметров, имевших статистически значимую динамику.

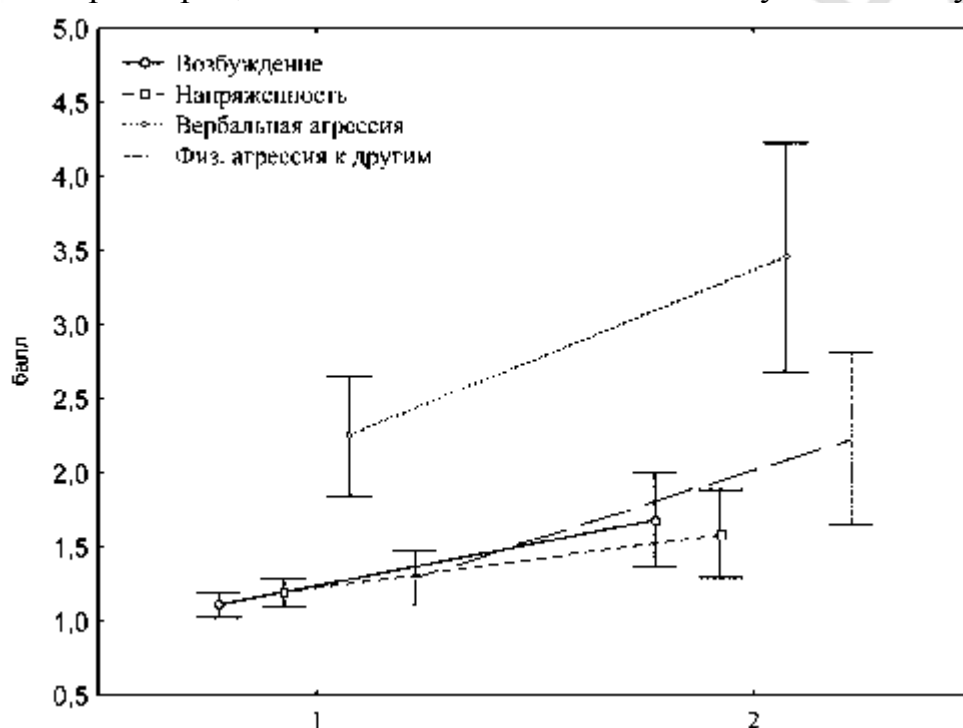


Рис. 1. Динамика изменения психического состояния лиц исследуемых групп. Как видно из рисунка 1, психическое состояние лиц, страдающих шизофренией, совершивших повторное ООД, после перевода из психиатрического стационара с более строгим режимом наблюдения претерпело некоторые изменения. Существенно, что эти изменения не коснулись характерных для шизофрении симптомов, а представлены увеличением уровня неспецифических феноменов, таких как «Возбуждение», «Напряженность», «Вербальная агрессия», «Физическая агрессия к другим лицам». Примечательно, что при сопоставлении психического состояния исследуемой группы лиц как на момент отмены принудительных мер безопасности и лечения, так и в дальнейшем не отмечено статистически значимых изменений степени выраженности ни по одному из исследуемых признаков (симптомов, свойственных шизофрении). Проведенный регрессионный анализ также не позволил построить адекватной модели для оценки динамики психического состояния. Это означает, с одной стороны, что для

группы лиц, страдающих шизофренией, совершивших многократные ООД, не характерно заметного, сколь-либо продолжительного «нарастания» характерных для шизофрении симптомов непосредственно до и во время совершения 3 ООД. Данный вывод совпадает с мнением и ряда зарубежных авторов. В частности, Davison S., et al. изучили данные о повторных обвинениях за 9 лет лиц с превалированием в клинической картине заболевания личностных расстройств, выписанных из специализированной психиатрической больницы в Англии, и пришли к выводам: «1) выписка пациентов с превалированием расстройств личностного регистра из специализированной больницы непосредственно под нестационарное наблюдение по месту жительства может быть не более рискованной, чем перевод в больницу с менее строгим режимом наблюдения; 2) надлежащий надзор в амбулаторных условиях после выписки из больницы является более важным, чем место пребывания в плане вероятности повторного обвинения; 3) увеличенный срок применения надлежащего надзора после выписки из специализированной больницы может быть полезным средством в процессе ведения пациентов с превалированием расстройств личностного регистра» [18].

Во второй части исследования рассматривались вопросы, связанные с нарушениями режима психиатрического стационара с обычным наблюдением. В первую очередь было выдвинуто предположение о том, что для всей популяции лиц, страдающих шизофренией, характерно совершение грубых нарушений режима пребывания в психиатрическом стационаре во время стационарного лечения. Для проверки этой гипотезы все исследуемые лица, страдающие шизофренией (с общественной опасностью и без таковой), были разделены на 2 группы: 1) с наличием указаний на нарушения режима психиатрического стационара, 2) без указаний на нарушения режима. В основу критериев нарушения режима пребывания в психиатрическом стационаре были взяты реакции разной продолжительности, предложенные И.Ф. Обросовым [12], которые были расценены сотрудниками психиатрического стационара как нарушающие режим пребывания, о чем были сделаны соответствующие записи в медицинских документах. Результаты обработаны с использованием математического пакета Statistica 6.0 и представлены на рисунке 2.

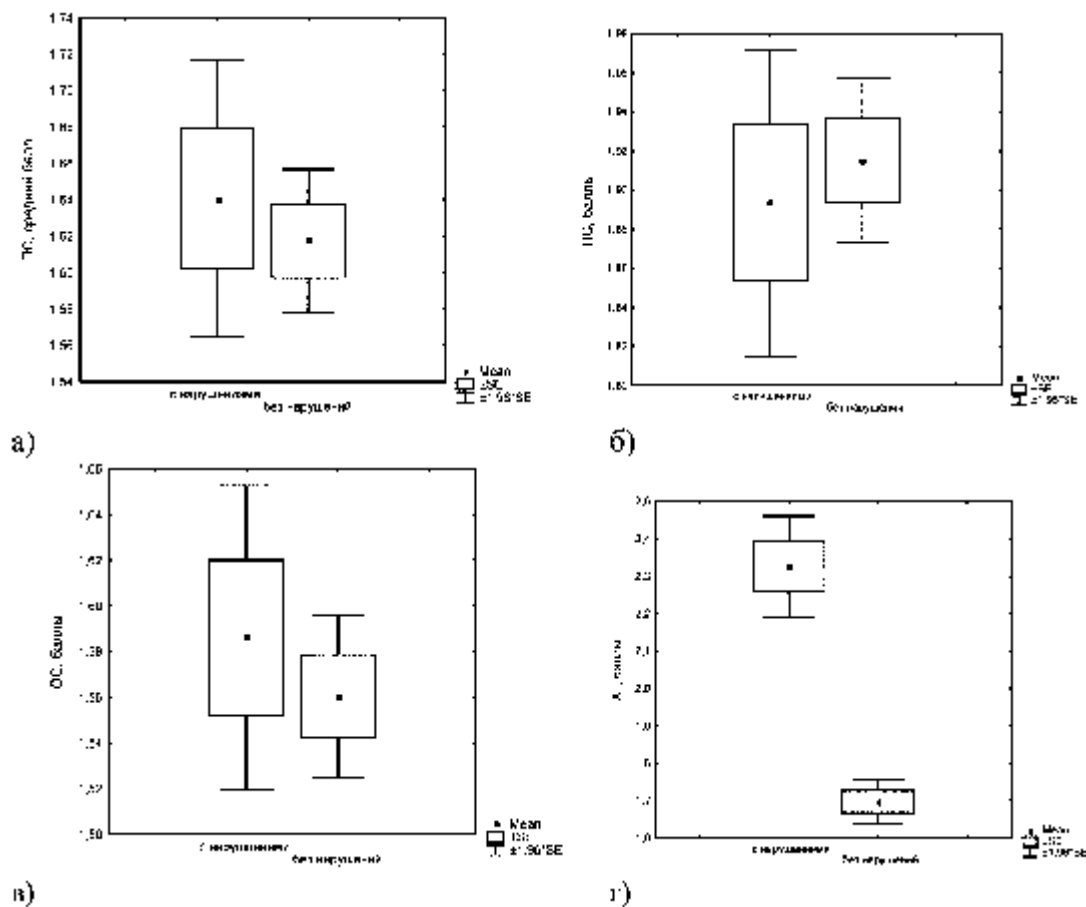


Рис. 2. Сравнение выраженности отдельных блоков психопатологических симптомов (в баллах) в исследуемых группах.

- «ПС»-Продуктивно психотические симптомы (а)
- «НС»-Негативно-личностные симптомы (б)
- «ОС»-Общепсихопатологические симптомы (в)
- «АГ»-Открытопроявляемая агрессия (г)

Как видно из рисунка 2, степень выраженности практически всех блоков исследуемых психопатологических симптомов одинакова в обеих группах, кроме блока «агрессия» ($p < 0,001$). Выраженность агрессии намного выше в группе с нарушениями режима, достоверность этих различий подтверждается критериями Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни. Примечательно, что при анализе каждой из отдельных групп, включенных в исследование (с однократными ООД, с повторными ООД, без ООД) замечено, что у лиц с повторными ООД грубые нарушения режима пребывания в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением встречаются у 1/2, в группе лиц с однократными ООД – у 1/5, у лиц без ООД – у 1/10. Существенно, что удельный вес лиц, нарушающий режим психиатрического стационара с обычным наблюдением при наличии в психическом статусе на момент нарушения хотя бы одного выраженного симптома из «продуктивно-психотических» и «негативных» шкалы PANSS (баллы 6,7) не превышает 10% от общей когорты нарушителей режима.

Переходя к рассмотрению вопроса о характере и динамике нарушений режима психиатрического стационара с обычным наблюдением, лицами, страдающими шизофренией, находящимися на принудительном лечении, коротко остановимся на актуальности данной проблемы в целом. Специфике феномена внутрибольничной агрессии лиц с психическими расстройствами посвящен ряд исследований в разных странах мира. В результате исследования данного вопроса

членами Американской психиатрической ассоциации было отмечено, что несмотря на важность проблемы насилия психически больных в условиях психиатрического стационара, меры профилактики данного явления остаются до конца не разработаны [1]. В частности, отсутствует централизованный банк данных для изучения подобной информации, остается спорным, кто должен выносить решения по предупреждению агрессивного поведения психически больных, в том числе шизофренией [1]. Существенно, что подобное исследование проводилось и белорусскими учеными в Минске на базе Республиканской клинической психиатрической больницы, в результате чего были предложены и внедрены в практику способы профилактики некриминальной агрессии у лиц, страдающих шизофренией, в условиях психиатрического стационара.

Результаты и обсуждение

По мнению ряда исследователей, предикторы внутрибольничной агрессии лиц, страдающих шизофренией, во многом повторяют предикторы ООД, и сама внутрибольничная агрессия лиц с шизофренией против медицинского персонала и пациентов часто подпадает под соответствующие статьи уголовного кодекса, но уголовные дела, как показывает практика, возбуждаются чрезвычайно редко [5,8,9]. На рисунке 3 представлена динамика частоты нарушений режима психиатрического стационара с обычным наблюдением в группе лиц с повторными ООД. Рассмотрена группа лиц, у которых в клинической картине заболевания на момент поступления на принудительное стационарное лечение в психиатрическую больницу с обычным наблюдением (как первичной меры, так и как этапа отмены принудительных мер) симптомы шизофрении, согласно их диагностическим критериям блоков «продуктивно-психотические» и «негативные» симптомы шкалы PANSS, выражены не сильно (1-4 баллы – не менее 3/4 всех пациентов с шизофренией, совершивших 2 ООД и более).

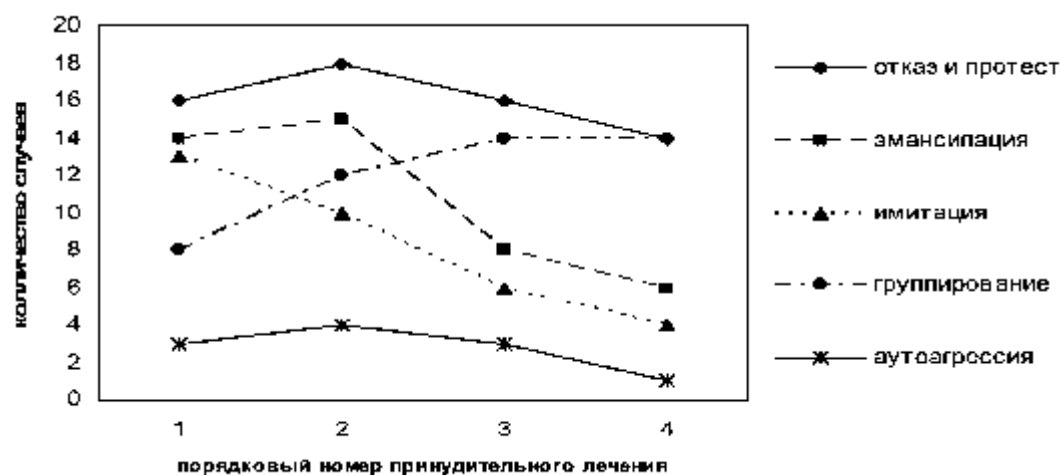


Рис. 3. Динамика частоты нарушений режима психиатрического стационара с обычным наблюдением в группе лиц, страдающих шизофренией, с повторными ООД.

Как видно из рисунка 3, поведенческие реакции рассматриваемой категории лиц, страдающих шизофренией, в условиях принудительного лечения в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением по своему характеру не отличались от аналогичных «ситуационно-личностных» реакций заключенных в местах лишения свободы и часто носили стойкий во времени характер [12]. Лицам,

страдающим шизофренией, в случае превалирования у них в клинической картине заболевания психопатологических расстройств личностного регистра при минимальной степени выраженности отдельных симптомов шизофрении, были характерны реакции, формально удовлетворяющие критериям реакций «протеста и отказа», «эмансипации», «имитации», «группирования», «аутоагрессии». Реакции «протеста и отказа» в условиях принудительного лечения в психиатрической больнице с обычным наблюдением проявлялись в диапазоне от уклонений от лечения, трудотерапии, соблюдения требований по распорядку дня до провокаций, конфликтов и подстрекательства к нарушению режима с запугиванием, угрозами и физической агрессии в отношении других пациентов и медицинского персонала. Реакции «эмансипации» проявлялись в основном побегами и попытками побегов. При этом у ряда пациентов, находящихся на принудительном лечении, планирование побегов часто само по себе носило сверхценный характер и некоторые пациенты в течение 1 года осуществляли по 3-4 состоявшихся побега при всей строгости наблюдения за ними. Реакции «имитации» чаще встречались во время первых принудительных госпитализаций и характеризовались заучиванием без должной критики у лиц с антисоциальным модусом поведения негативных моделей поведения, негативного отношения к лечению, медицинскому персоналу и психиатрии в целом. Реакции «группирования» возрастали по мере увеличения числа случаев нахождения пациента на принудительном лечении и проявлялись, в отличие от группирования других пациентов тем, что такие группы объединялись для реализации недозволенных действий – игры в карты, употребления спиртных напитков, унижения достоинства пациентов с выраженными интеллектуальными и эмоционально-волевыми расстройствами и т.д. Не останавливаясь подробно на реакциях «аутоагрессии», необходимо отметить, что у рассматриваемой группы лиц такие реакции встречались гораздо чаще, чем представлены на рисунке 3, однако учет реального количества фактов самоповреждений, по данным медицинской документации, затруднителен. Представленные на рисунке 3 данные отражают лишь факты серьезных самоповреждений, повлекших смерть пациента либо его госпитализацию с травматическими повреждениями в соматический стационар. Необходимо отметить, что факты нарушений режима пребывания в психиатрическом стационаре, носили двоякий, не исключая друг друга, характер: как проявление стойких особенностей поведения и как проявление кратковременных аффективных реакций. Стойкие особенности поведения в большей или меньшей мере наблюдались на протяжении всего времени пребывания на принудительном лечении, относились к разряду реакций «имитации», «группирования» и имели тенденцию «угасать» в периоды предшествующие заседанию врачебной комиссии по выписке, либо при реальной «угрозе» возможного усиления режима наблюдения (в период функционирования Могилевской Республиканской психиатрической больницы специального типа перевод с общего на строгий режим наблюдения с оформлением в суде всех необходимых документов осуществлялся при необходимости в течение 1 рабочего дня). Острые, «ситуационно-спровоцированные» реакции, в основном реакции «протеста и отказа», «аутоагрессия», «эмансипация» отмечались в первые недели госпитализации («период адаптации») и непосредственно после заседания врачебной комиссии в случае, если не принимался вопрос о выписке пациента.

Подводя итог настоящему исследованию, можно дать оценку динамике психического состояния лиц, перенесших приступы шизофрении и совершивших в последующем множественные ООД. По мере увеличения кратности противоправных деяний в группах лиц с шизофренией отмечается снижение степени выраженности таких, характерных для шизофрении симптомов, как «Бред», «Расстройства мышления», «Галлюцинации», «Подозрительность и идеи преследования», «Эмоциональная отгороженность», «Трудности в общении», «Социальная отгороженность», «Загруженность психическими переживаниями», «Моторная заторможенность». Характерными для них были более выраженные показатели по шкале открытопроявляемой агрессии. Для лиц, страдающих шизофренией, совершивших множественные ООД, не было отмечено значимого изменения характерных для шизофрении симптомов в периоды времени поступления на принудительное лечение в психиатрическую больницу с обычным наблюдением, ко времени отмены принудительных мер и ко времени совершения третьего ООД. Для рассматриваемой группы лиц были характерны частые, разные по характеру и продолжительности факты грубого нарушения правил пребывания в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением.

Выводы

1. По мере увеличения кратности ООД у лиц, страдающих шизофренией, наблюдается значительное снижение таких, «свойственных шизофрении» симптомов, как «Бред», «Расстройства мышления», «Галлюцинации», «Подозрительность и идеи преследования», «Эмоциональная отгороженность», «Трудности в общении», «Социальная отгороженность», «Загруженность психическими переживаниями», «Моторная заторможенность».
2. Применение принудительных мер безопасности и лечения в форме принудительного стационарного лечения в психиатрической больнице с обычным наблюдением (в общепсихиатрических отделениях) лицам, с «минимальными» симптомами шизофрении и феноменом «множественной» общественной опасности нецелесообразно.
3. Изменение принудительных мер безопасности и лечения с принудительного стационарного лечения в психиатрической больнице с усиленным наблюдением на принудительное амбулаторное наблюдение и лечение лицам с «минимальными» симптомами шизофрении и феноменом «множественной» общественной опасности является научно обоснованным, не связанным с клинически обусловленным повышенным риском рецидива ООД.
4. Целесообразна организация психиатрических отделений с усиленным наблюдением при крупных областных психиатрических больницах, что, с одной стороны, решит проблемы острого дефицита «койко-места» в психиатрическом отделении с усиленным наблюдением и приблизит пребывание пациента к его месту жительства, а, с другой,-будет способствовать дестигматизации психиатрических стационаров и облегчит условия пребывания там пациентов общепсихиатрической сети.

Литература

1. Агрессия и психические расстройства / под. ред. академика РАМН Т. Б. Дмитриевой, проф. Б. В. Шостаковича.-М.: ФГУ «ГНЦС и СП им. В.П. Сербского». 2006. Т.2. 196 с.

2. Агрессия и психическое здоровье / под. ред. академика РАМН Дмитриевой Т. Б., проф. Шостаковича Б. В. С-П.-изд. Юридический центр-пресс, 2002. 460 с.
3. Альбом, А., Норрел, С. Введение в современную эпидемиологию / Пер.с англ. Таллинн, 1996. 121 с.
4. Дмитриева, Т. Б., Игонин, А. Л., Клименко, Т. В., Пищикова, Л. Е., Кулагина, Н. Е. Злоупотребление психоактивными веществами. М., 2000. 300 с.
5. Мальцева, М. М., Котов, В. П. Опасные действия психически больных. М., 1995. 256 с.
6. Руководство по судебной психиатрии / под. ред. академика РАМН Т. Б. Дмитриевой, проф. Б. В. Шостаковича. М.: Медицина, 2004.
7. Осколкова, С. Н., Кумечко, В. М. Клинические и социальные предпосылки антисоциального поведения больных шизофренией юношеского возраста // Российский психиатрический журнал. 1999. Вып. 5. С. 19 – 23.
8. Кондратьев, Ф. В., Осколкова, С. Н. Агрессивное криминальное поведение больных шизофренией в отношении родственников / Пособие для врачей. М., 2005. 46 с.
9. Кондратьев, Ф. В., Вайнштейн, А. Э. Профилактика агрессивного поведения в семье у женщин, больных шизофренией / Пособие для врачей. М., 2005. 28 с.
10. Кондратьев, Ф. В. Судебно-психиатрические аспекты качества жизни психически больных // Российский психиатрический журнал. 1999. № 4. С. 10 – 14.
11. Кьюперс, Л., Лефф, Д., Лэм, Д. Шизофрения: работа с семьями: практическое руководство. Ассоциация психиатров Украины. Амстердам, Киев. 1996. 128 с.
12. Обросов, И. Ф. Влияние криминальной деформации на клиническое оформление расстройств личности у осужденных в местах лишения свободы // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 1. С. 49 – 53.
13. Статистика в медицине и биологии: руководство. В 2-х томах / под ред. Ю. М. Комарова. Т. 1. Теоретическая статистика. М.: Медицина, 2000. 412 с.
14. Харитоновна, Н. К., Вайнштейн, А. Э., Агрессия женщин, направленная против родных, в общей и судебно-психиатрической практике // Рос. Психиатр. Журнал. 200-. Вып. 6. С. 43 – 48.
15. Arboleda-Florez, J. Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence // Can.J. Psychiatry, 1998 Dec: 43 (10): 989-96
16. Asnis, G. M., Kaplan, M. L., Hundorfean, G., Saeed, W. Violens and homicidal behaviors in psychiatric disorders // Psychiatr Clin North Am. 1997. Jun. 20:2. P. 405 – 425.
17. Cadoret, R. J. et al. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity conduct disorders // Arch. Gen. Psychiatry. 1995. Vol. 52. № 11. P. 916 – 924.
18. Davison, S., Jamieson, E., Taylor, P. // Route of discharge for special (high-security) hospital patients with personality disorder (Relationship with re-conviction).-Br. J. Psychiatry. 1999. May. Vol. 175. P. 224 – 227.
19. Eley, T. C., Lichtenstein, P., Stevenson, J. Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: results from two twin studies // Child. Dev. 1999. Vol. 70. № 1. P. 155 – 168.
20. Eronen, M. et al. Schizophrenia and homicidal behavior // Schizophr. Bull. 1996. Vol. 22/1. P. 83 – 90.

21. Eronen, M. et al. Mental disorders and homicidal behavior in Finland // Arch. Gen. Psychiatry. 1996. Vol. 536. P. 497 – 500.
22. Eronen, M. et al. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects // American Journal of Psychiatry. 1995. Vol. 152. P. 1216-1218.
23. Epidemiology: beyond the basics / Moyses Szklo, F. Javier Nieto. – Aspen Publishers Inc: Gaithersburg, Maryland, 2000. 495 p.
24. Fundamentals of Biostatistics / Bernard Rosner.-5th ed.-US: Duxbury. Thomson Learning, 2000. 792 p.
25. Modestin, J. Criminal and violence behavior in schizophrenic patients: an overview // Psychiatry clin. Neurosci. 1998. Dec. Vol. 52. № 6. P. 547 – 554.
26. Modestin, J., Amman, R. Two methods of authenticating past criminal conduct by psychiatric inpatients: a comparison of clinical chart reports and criminal records // Med Law. 1995. 14:3. – 4. P. 667 – 675.
27. Modestin, J., Amman, R. Mental disorders and criminal behavior // Br. J. Psychiatry. 1995. May. Vol. 165. – 5. P. 667 – 675.
28. Nedopil, N. (Недопил, Н.) Опасны ли психически больные. Миф и реальность // Рос. Психиатр. Журн. 2001. № 3. С. 3 – 10.
29. Sreenivasan, S., Kirkish, P., Eth, S., Minthz., Hwang, S., Gorp, W., Von, W. Predictors of recidivistic violence in criminally insane and civilly committed psychiatric inpatients // International Journal of Law and Psychiatry / 1997. – 2-/-P 279 – 291.
30. Steiner, T. Schizophrenia and violence: epidemiological, forensic and clinical aspects // Fortschr Neurol Psychiatr. 1998. Sep. 66:9. P. 391 – 401.
31. Swanson, J., Swartz, M., Estroff, S., Borum, R., Wagner, R., Hiday, V. Psychiatric impairment, social contact and violent behavior: evidence from a study of outpatient – committed persons with severe mental disorder // Soc. Psychiatry Epidemiol. 1998. Dec. 33. Suppl. 1. S. 86 – 94.
32. Taylor, P., Gunn, J. Homicides by people with mentally ill: A dangerous misconception // British Journal of Psychiatry. 1999. Vol. 174. P. 9 – 14.
33. Wessely, S. C. et al. The criminal careers of incident cases of schizophrenia // Psychol. Med. 1994. Vol. 24. P. 483 – 502.