

imeni M.V. Lomonosova. (Methodology and methods of sociologic study. Moscow State University named after M.V. Lomonosov.) Moscow: Akademicheskii proekt: Alma Mater. 2009: 537 p. (In Russ.)]

2. Мазур И.И., Шапиро В.Д. Управление качеством. 7-е изд. — М.: Омега-Л, 2010. — 399 с. [Mazur I.I., Shapiro V.D. *Upravlenie kachestvom. 7 izdanie.* (Quality management. 7<sup>th</sup> edition.) Moscow: Omega-L. 2010: 399 p. (In Russ.)]

3. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности, или подросток в окружении соблазнов. — Йошкар-Ола: Марево, 2002. — 239 с. [Mendelevich V.D., Sadykova R.G. *Psikhologiya zavisimoy lichnosti, ili podrostok v okruzhenii soblaznov.* (Psychology of dependant personality, or an adolescent surrounded by temptations.) Yoshkar-Ola: Marevo. 2002: 239 p. (In Russ.)]

4. Провоторов В.Я., Сидоров Г.А., Тимошилов В.И., Мастихина Т.А. Уровень и динамика охвата населения Курской области профилактическими прививками против вирусного гепатита В // Курск. науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». — 2012. — №3. — С. 93-101. [Provotorov V.Ya., Sidorov G.A., Timoshilov V.I., Mastikhina T.A. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik «Chelovek i ego zdorov'e».* (The level and dynamics of vaccination coverage of population against viral hepatitis B in Kursk region.) 2012; 3: 93-101. (In Russ.)]

5. Тимошилов В.И., Сидоров Г.А. Концепция формирования наркопредрасположенности молодежи //

Кубан. науч. мед. вестн. — 2010. — №3-4. — С. 183-187. [Timoshilov V.I., Sidorov G.A. The model of drug vulnerability among young people. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik.* 2010; 3-4: 183-187. (In Russ.)]

6. Тимошилов В.И., Сидоров Г.А. Научно обоснованный подход к планированию адресных антинаркотических акций и его эффективность (на примере Курской области) // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. — 2010. — №3. — С. 42-47. [Timoshilov V.I., Sidorov G.A. Science-based planning of addressed anti-drug events and its effect (the example of Kursk region). *Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova.* 2010; 3: 42-47. (In Russ.)]

7. Тимошилов В.И., Сидоров Г.А. Проблема индуцированной наркопредрасположенности у студентов Курской области // РАМН. Бюлл. Нац. НИИ обществ. здоровья. — 2013. — №2. — С. 261-264. [Timoshilov V.I., Sidorov G.A. The problem of induced susceptibility to drugs among the students of the Kursk region. *Rossiyskaya akademiya meditsinskikh nauk. Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya.* 2013; 2: 261-264. (In Russ.)]

8. World Drug Report 2008. United Nations Publication. UNODC 2008. — 310 p. — <http://www.unodc.org> (дата обращения: 15.05.15).

9. World Drug Report 2010. United Nations Publication. UNODC 2010. — <http://www.unodc.org> (дата обращения: 15.05.15).

УДК 616: 895.8: 616.89-008.12-008.14

## О ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ СОВЕРШЕНИИ БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ ТЯЖКИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Булат Ренатович Чембаев\*, Саида Закировна Ешимбетова

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-536

**Цель.** Изучение взаимосвязи клинической картины и психопатологических механизмов при совершении больными шизофренией тяжких общественно опасных действий.

**Методы.** Был обследован 201 больной шизофренией, совершивший тяжкие общественно опасные действия, направленные против здоровья и жизни личности. Всем больным было проведено обследование, включающее сбор социально-демографических, анамнестических и клинических данных. Больные были разделены на три группы в соответствии с выделенными авторами психопатологическими механизмами совершения тяжких преступлений: совершившие общественно опасные действия по безусловно-психотическому механизму (n=46), условно-психотическому (n=76) и негативно-личностному (n=79).

**Результаты.** При безусловно-психотическом механизме на момент совершения общественно опасных действий преобладала острая психопатологическая симптоматика в виде кататонических, аффективно-бредовых синдромов и острых бредовых состояний. У больных с данным психопатологическим механизмом статистически значимо чаще выявлялась кататоническая форма шизофрении и ремиттирующее либо перемежающе-поступательное течение с нарастанием негативной симптоматики в ремиссиях. При условно-психотическом механизме преобладала параноидная форма шизофрении с непрерывным безремиссионным течением и наличием бредовых состояний без галлюцинаций или хронических параноидных состояний. При негативно-личностном механизме ведущими психопатологическими синдромами были дефектные и конечные состояния, чаще наблюдалась резидуальная шизофрения, а также параноидная форма шизофрении, преобладало перемежающе-поступательное течение с сохраняющейся, но не нарастающей негативной симптоматикой в ремиссиях. Наибольшая средняя продолжительность заболевания на момент совершения общественно опасных действий была выявлена при негативно-личностном механизме — 13,56±9,00 лет, что значительно превышало аналогичные показатели при безусловно-психотическом механизме (7,02±7,40 года) и условно-психотическом механизме (7,38±8,35 года).

**Вывод.** При проведении лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать психопатологические механизмы совершения тяжких общественно опасных действий больными шизофренией в сочетании с данными о клинической картине заболевания.

**Ключевые слова:** шизофрения, общественно опасные действия, судебная психиатрия.

## RELATIONSHIP OF CLINICAL PRESENTATION AND PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISMS AT THE COMMITMENT OF GRAVE SOCIALLY DANGEROUS ACTS BY SCHIZOPHRENIC PATIENTS

B.R. Chemberbaev, S.Z. Eshimbetova

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan

**Aim.** To study the relationship of clinical presentation and psychopathological mechanisms at the commitment of grave socially dangerous acts by schizophrenic patients.

**Methods.** The sample consisted of 201 schizophrenic patients who have committed grave socially dangerous acts targeted at the life and health of people. The investigation that included social-demographic, anamnestic and clinical data was performed. The sample was divided into three subgroups according to psychopathological mechanisms of grave socially dangerous acts commitment, determined by authors: unconditional-psychotic mechanism (n=46), conditional-psychotic mechanism (n=76) and negative-personality mechanism (n=79).

**Results.** In patients with the unconditional-psychotic mechanism, the acute psychopathological symptoms such as catatonic, affective and delusional syndromes, acute delusional conditions were prevalent by the time of commitment of socially dangerous acts. In patients with this mechanism of catatonic schizophrenia, remittent course or intermittent-progressive course with the increased production of negative symptoms in remission were significantly more common. In patients with the conditional-psychotic mechanism, paranoid schizophrenia was prevalent, which was characterized by a continuous course without remissions, delusions without hallucinations, or chronic paranoid states. In patients with the negative-personality mechanism, the major psychopathological syndromes were defect and final states; residual schizophrenia and paranoid form of schizophrenia were common, intermittent-progressive course with stable but not increasing negative symptoms had dominated. The highest average duration of the disease at the time of committing a socially dangerous action was associated with the negative-personality mechanism. It was  $13.56 \pm 9.00$  years, which is considerably higher than at unconditional-psychotic mechanism ( $7.02 \pm 7.40$  years) and at conditional-psychotic mechanism ( $7.38 \pm 8.35$  years).

**Conclusion.** When developing treatment and prevention measures, it is necessary to take into account the psychopathological mechanisms of commitment of grave socially dangerous acts combined with data of clinical presentation.

**Keywords:** schizophrenia, socially dangerous acts, forensic psychiatry.

В 1996 г. 49-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Резолюцию WHA 49.25, объявившую насилие важнейшей и всё более обостряющейся проблемой здравоохранения во всём мире [5]. Один из важных аспектов этой проблемы – агрессивные общественно опасные действия (ООД), совершаемые лицами, страдающими психическими расстройствами, особенно шизофренией.

По данным многих судебно-психиатрических экспертных комиссий стран постсоветского пространства, больные шизофренией составляют более 50% среди лиц, признанных невменяемыми [4, 7]. При этом особенно важно подчеркнуть, что больные шизофренией чаще совершают агрессивные действия, направленные против здоровья и жизни личности [1, 2, 6, 10]. Исходя из того, что сущность ООД рассматривается как интегративный результат, формирующийся в процессе развития и течения заболевания при участии личности в многообразии социальных взаимосвязей, многими учёными были предложены различные варианты системного подхода к анализу формирования опасных тенденций и причин их реализации.

Одним из них является концепция психопатологических механизмов ООД психически больных, согласно которой все встречающиеся на практике психопатологические механизмы ООД могут быть распределены на две большие группы. В одних случаях деяние обусловлено продуктивными психотическими расстройствами

(продуктивно-психотический механизм), в других оно связано с преимущественно негативными проявлениями, а также изменениями личности (негативно-личностный механизм) [3].

Зарубежными учёными среди бредовых симптомов были выделены те, которые значительно чаще других связаны с агрессией. Эти симптомы были описаны как «страх тех, кто может нанести вред» и «преодоление внешнего контроля» и названы «симптомами угрозы/преодоления внешнего контроля» [threat/control-override (TCO) symptoms] [9]. В ходе дальнейших исследований, посвящённых связи бредовых переживаний с агрессией, было установлено, что ключевым моментом является не содержание бреда, а наличие сопутствующего аффекта злобы, обуславливающего агрессию [8, 11], сопутствующих расстройств личности и так называемого бредового дистресса, возникающего при формировании бредовых идей [12].

Целью данного исследования было изучение взаимосвязи клинической картины заболевания и психопатологических механизмов при совершении больными шизофренией тяжких ООД, направленных против здоровья и жизни личности.

Объектом исследования был 201 больной шизофренией [181 (90,05%) мужчина и 20 (9,95%) женщин], совершивший тяжкие ООД, направленные против здоровья и жизни личности, и проходивший принудительное лечение в Ташкентской республиканской психиатрической больнице с интенсивным наблюдением. Группа была

сформирована методом сплошной выборки в соответствии с основными критериями отбора:

- верифицированный в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) диагноз шизофрении;

- совершение тяжких правонарушений, предусмотренных статьями 97 и 104 Уголовного кодекса Республики Узбекистан (умышленное убийство, умышленное нанесение тяжких телесных повреждений);

- решение комиссии судебных экспертов-психиатров о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения ООД;

- назначение судом принудительных мер медицинского характера в связи с общественной опасностью больного.

Критериями исключения были начало заболевания после совершения ООД и начало заболевания во время отбывания наказания в местах лишения свободы.

Всем больным было проведено комплексное обследование, включающее сбор социально-демографических, анамнестических и клинических данных. Инструментом исследования служила специально разработанная карта обследования. Форму и тип течения шизофрении определяли в соответствии с классификацией психических и поведенческих расстройств МКБ-10. Психопатологические синдромы определяли в соответствии с методическим пособием для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний «Глоссарий психопатологических синдромов и состояний» (Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г., 1990).

Больные были разделены на три группы в соответствии с выделенными авторами психопатологическими механизмами совершения тяжких ООД: совершившие ООД по безусловно-психотическому (n=46), условно-психотическому (n=76) и негативно-личностному (n=79) механизмам.

Статистический анализ проведён с применением программы Statistica 10. Используются методы описательной статистики, сравнение групп для количественных показателей осуществляли с помощью рангового анализа вариаций по Краскелу-Уоллису, для качественных значений использовали критерий  $\chi^2$  Пирсона. При расчётах в таблицах сопряжённости 2×2 использовали поправку Йетса на непрерывность. В случае анализа нескольких групп (параметров)

при выявлении статистической значимости различий дополнительно проводили анализ четырёхпольных подтаблиц, полученных путём объединения столбцов (строк). Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ , при процедуре множественных парных сравнений групп оценку статистической значимости проводили с учётом поправки Бонферрони.

При изучении бредовых переживаний больных, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам в соответствии с систематикой психопатологических механизмов ООД психически больных [3], было выявлено, что содержание их было различным и не всегда предполагало активные агрессивные действия в отношении потерпевших. По этой причине было выделено два отдельных психопатологических механизма в зависимости от степени участия личности в реализации болезненных переживаний, которые назвали безусловно-психотическим и условно-психотическим механизмами.

Безусловно-психотический механизм (n=46) предполагал наличие такой психопатологической симптоматики, которая безусловно (независимо от личности больного) определяла совершение ООД. К такой симптоматике относили расстройства сознания, бред и такие расстройства восприятия, когда больной испытывает воображаемую непосредственную угрозу своей жизни или жизни своих близких (бред преследования с содержанием в виде физического уничтожения, бред отравления), бред с выраженным аффективным компонентом (бред самоуничтожения, бред мессии), действия больных под влиянием автоматизмов, импульсивные действия на фоне выраженных нарушений мышления. Критериями являются отсутствие сдерживающего влияния личности на действия больного в силу глубины психотического состояния (расстройства сознания, выраженные аффективные нарушения, автоматизмы, дезорганизация мышления, исключая целенаправленную деятельность) или содержания бредовых переживаний, которое обуславливает реагирование на уровне инстинкта самосохранения, и несоответствие агрессии реальной ситуации, не содержащей угрозы жизни и здоровью больного (его близких).

Условно-психотический механизм (n=76) включал наличие психопатологической симптоматики, не предполагающей однозначного совершения агрессивных дей-

Распределение больных шизофренией по психопатологическим механизмам и ведущим психопатологическим синдромам в момент совершения общественно опасных действий (ООД)

Признак	Психопатологический механизм совершения ООД						Сравнение групп	Межгрупповое сравнение
	1. Безусловно-психотический (n=46)		2. Условно-психотический (n=76)		3. Негативно-личностный (n=79)			
	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)		
Кататонические синдромы	11	23,9	0	0	0	0	$\chi^2=283,15$ ; $p < 0,001$	1 > 2, 3
Синдромы помрачения сознания	4	8,7	0	0	0	0		ns
Аффективно-бредовые синдромы	8	17,4	0	0	0	0		1 > 2, 3
Острые бредовые состояния	9	19,6	10	13,2	0	0		1, 2 > 3
Бредовые состояния без галлюцинаций	5	10,9	43	56,6	0	0		2 > 1 > 3
Хронические параноидные состояния	3	6,5	22	28,9	1	1,3		2 > 1, 3
Парафренный синдром	2	4,3	0	0	0	0		ns
Типы дефектных состояний и конечные состояния	4	8,7	1	1,3	78	98,7		3 > 1, 2

ствий. Данный механизм устанавливали в случае бреда, в своём содержании не имеющего непосредственной угрозы жизни больного, выбравшего реагирование социально неприемлемым агрессивным способом (бред ущерба, отношения, воздействия), либо при выявлении императивных галлюцинаций, определяющих агрессивные действия. Реализация ООД происходит в силу личностных особенностей больного при несоответствии агрессии как реальной, так и воображаемой ситуации, не содержащей угрозы его жизни и здоровью (или его близких).

При негативно-личностном механизме (n=79) ООД реализовывалось по той причине, что личность больного (в силу дефектного состояния или комбинации нажитой личностной деформации с асоциальными особенностями личности) приемлет противоправные действия, которые связаны с внешней ситуацией и (или) побуждениями больного. При этом механизме не исключается наличие психотической симптоматики на момент совершения ООД, в случае внешней ситуации, не конгруэнтной психотическим переживаниям больного, но включающей механизм агрессивного реагирования данной личности. Критериями являются совершение ООД по «реально-бытовым» мотивам и наличие негативной психопатологической симптоматики.

Условно-психотический механизм совершения тяжких ООД больными шизофренией занимает промежуточное положение между двумя другими механизмами: ведущим фактором для совершения ООД становятся болезненные психотические переживания (как при безусловно-личност-

ном механизме), которые реализуются по причине изменений личности (как при негативно-личностном механизме).

Была произведена оценка ведущего психопатологического синдрома на момент совершения деликта (табл. 1).

При проведении процедуры межгрупповых сравнений было установлено, что у больных, совершивших тяжкие ООД по безусловно-психотическому механизму, на момент совершения деяния среди ведущих психопатологических синдромов преобладали кататонические синдромы (11 случаев, 23,9%) и аффективно-бредовые синдромы (8/17,4%).

У больных, совершивших тяжкие ООД по условно-психотическому механизму, на момент совершения деликта ведущими психопатологическими синдромами чаще были бредовые состояния без галлюцинаций (43/56,6%) и хронические параноидные состояния (22/28,9%).

У подавляющего большинства больных, совершивших тяжкие ООД по негативно-личностному механизму, на момент совершения ООД отмечались дефектные и конечные состояния (78/98,7%).

Острые бредовые состояния наблюдались у больных, совершивших тяжкие ООД как по безусловно-психотическому механизму (9/19,6%), так и по условно-психотическому механизму (10/13,2%), статистически значимых различий между группами выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Ввиду того, что формирование психопатологических синдромов определяется клинико-динамическими особенностями шизофрении, был произведён анализ рас-

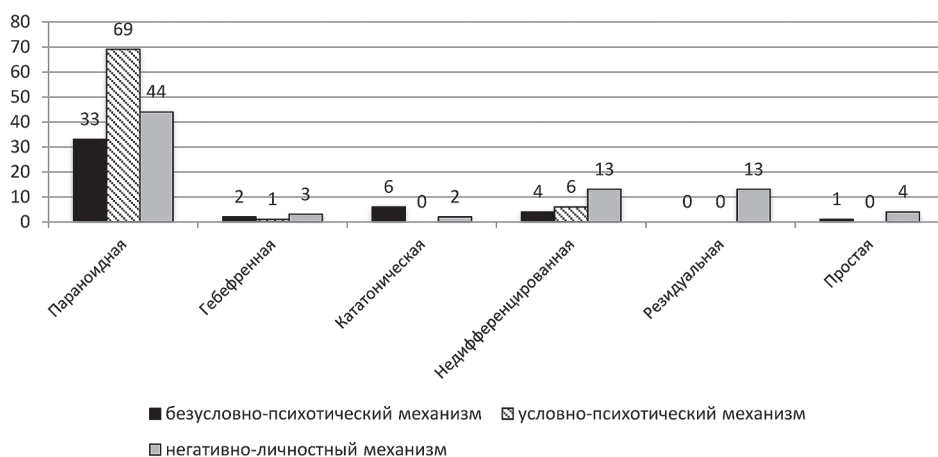


Рис. 1. Распределение больных по формам шизофрении в зависимости от психопатологических механизмов совершения общественно опасных действий

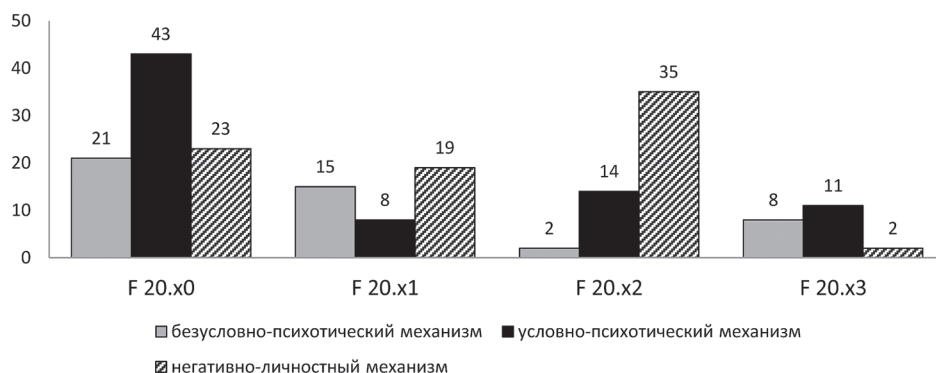


Рис. 2. Распределение больных по типам течения шизофрении в зависимости от психопатологических механизмов совершения общественно опасных действий: F 20.x0 – непрерывное безремиссионное течение; F 20.x1 – перемежающе-поступательное течение с нарастанием негативной симптоматики в ремиссиях; F 20.x2 – перемежающе-поступательное течение с сохраняющейся, но не нарастающей негативной симптоматикой в ремиссиях; F 20.x3 – ремиттирующее течение

пределения больных по формам (рис. 1) и типам (рис. 2) течения шизофрении.

Параноидная форма шизофрении в большинстве случаев выявлялась при условно-психотическом механизме совершения ООД (69 случаев, 90,8%) по сравнению с двумя другими механизмами: 33/71,7% – при безусловно-психотическом, 44/55,7% – при негативно-личностном ( $p < 0,05$ ). Кататоническая форма значительно чаще наблюдалась при безусловно-психотическом механизме совершения ООД (6/13,0%), не отмечалась при условно-психотическом механизме и выявлена в 2 случаях (2,5%) при негативно-личностном механизме ( $p < 0,05$ ). Резидуальная шизофрения наблюдалась при негативно-личностном механизме со-

вершения ООД (13/16,5%) и не была выявлена при других двух видах механизмов ( $p < 0,05$ ). Статистически значимых различий по другим формам шизофрении обнаружено не было ( $p > 0,05$ ).

Непрерывное безремиссионное течение (F 20.x0) чаще наблюдалось при условно-психотическом механизме (43 случая, 56,6%), чем при негативно-личностном механизме (23/29,1%,  $p < 0,05$ ). Перемежающе-поступательное течение с нарастанием негативной симптоматики в ремиссиях (F 20.x1) при безусловно-психотическом механизме (15/32,6%) встречалось чаще, чем при условно-психотическом механизме (8/10,5%,  $p < 0,05$ ). Перемежающе-поступательное течение с сохраняющейся, но не нарастающей



Распределение больных шизофренией по типам преморбидных личностных особенностей и психопатологическим механизмам совершения общественно опасных действий (ООД)

Вид акцентуации	Психопатологический механизм совершения ООД					
	Безусловно-психотический (n=46)		Условно-психотический (n=76)		Негативно-личностный (n=79)	
	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)
Не выявлено акцентуации	11	23,9	28	36,8	26	32,9
Шизоидный тип	22	47,8	26	34,2	31	39,1
Сенситивный тип	4	8,7	6	7,9	4	5,1
Эпилептоидный тип	8	17,4	10	13,2	9	11,4
Гипертимный тип	1	2,2	4	5,3	4	5,1
Неустойчивый тип	0	0	1	1,3	4	5,1
Истероидный тип	0	0	0	0	1	1,3
Паранойальный тип	0	0	1	1,3	0	0
Всего	46	100	76	100	79	100

негативной симптоматикой в ремиссиях (F 20.x2), чаще наблюдалось в группе с негативно-личностным механизмом (33/44,3%,  $p < 0,05$ ), чем в группах с безусловно-психотическим (2/4,4%) и условно-психотическим (14/18,4%) механизмами. Ремиттирующее течение (F 20.x3) преобладало при безусловно-психотическом механизме (8/17,4%), что значительно превышало показатели при негативно-личностном механизме (2/2,5%,  $p < 0,05$ ).

Наибольшая средняя продолжительность заболевания на момент совершения ООД была выявлена при негативно-личностном механизме (13,56±9,00 лет), что значительно превышало аналогичные показатели при безусловно-психотическом механизме, составившем 7,02±7,40 года ( $Z=4,39$ ,  $p < 0,001$ ), и условно-психотическом механизме, составившем 7,38±8,35 года ( $Z=4,91$ ,  $p < 0,001$ ). Разница по показателю продолжительности заболевания на момент совершения ООД между группами с безусловно-психотическим и условно-психотическим механизмами была незначительной ( $Z=-0,05$ ,  $p > 0,05$ ).

Для оценки роли личности в реализации тяжких ООД был произведен анализ распределения типов преморбидных личностных особенностей в зависимости от психопатологических механизмов правонарушений.

Было установлено преобладание больных с акцентуациями личности по шизоидному и эпилептоидному типу во всех группах, статистический анализ не показал значимых различий по данному признаку ( $\chi^2=11,9$ ,  $p=0,61$ ), что позволяет предположить основную роль клинического

фактора в формировании личностных изменений у больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД.

Полученные результаты не противоречат существующей систематике психопатологических механизмов ООД психически больных [3], которая универсальна для всех нозологий психических расстройств и применима ко всем видам правонарушений, а лишь дополняют её, выделяя специфику совершения больными шизофренией тяжких ООД, направленных против здоровья и жизни личности. Можно провести своеобразную параллель с концепцией «threat/control-override (TCO) symptoms»: предложенный авторами безусловно-психотический механизм включает в себя компонент «угрозы» (threat), а условно-психотический механизм – преодоление внешнего контроля (control-override).

Исследование проводилось только среди больных шизофренией, совершивших правонарушения, квалифицированные по определённым статьям Уголовного кодекса, что не позволяет распространять выводы на всех больных шизофренией, совершивших агрессивные правонарушения. Также исследование не коснулось таких видов агрессии, как внутрисемейная или внутрибольничная, если они не попадали под действие определённых статей Уголовного кодекса.

Оценка болезненных переживаний больных на момент совершения ООД в большинстве случаев производилась по целому комплексу данных, включая материалы, предоставленные на судебно-психиатрическую экспертизу (показания потерпевших, свидетелей, самих подэкспертных

и их членов семей), данные клинических бесед с больными. В некоторых случаях, когда основным источником информации были сами больные (отсутствие свидетелей, гибель потерпевших), ретроспективное восприятие ими болезненных переживаний могло быть искаженным вследствие нарушений мышления или психологической защиты, что способно повлиять на точность исследования.

## ВЫВОДЫ

1. При безусловно-психотическом механизме в момент совершения общественно опасных действий преобладала острая психопатологическая симптоматика в виде кататонических, аффективно-бредовых синдромов и острых бредовых состояний. У больных с данным психопатологическим механизмом достоверно чаще отмечалась кататоническая форма шизофрении и ремиттирующее либо перемежающе-поступательное течение с нарастанием негативной симптоматики в ремиссиях.

2. При условно-психотическом механизме в момент совершения общественно опасных действий ведущими психопатологическими синдромами были характерные для параноидной формы шизофрении с непрерывным безремиссионным течением бредовые состояния без галлюцинаций и хронические параноидные состояния.

3. При негативно-личностном механизме в момент совершения общественно опасных действий ведущими психопатологическими синдромами были дефектные и конечные состояния, наблюдалась резидуальная шизофрения, а также параноидная форма шизофрении, преобладало перемежающе-поступательное течение с сохраняющейся, но не нарастающей негативной симптоматикой в ремиссиях. При данном механизме у больных выявлялась наибольшая продолжительность заболевания на момент совершения общественно опасных действий, что объясняло формирование выраженных нарушений в эмоционально-волевой сфере.

4. При проведении лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать психопатологические механизмы совершения тяжких общественно опасных действий больными шизофренией в соче-

тании с данными о клинической картине заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов А.В., Пырклов С.Г. Структура общественно опасных действий психически больных // Украинський вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, №2 — С. 158-159. [Abramov A.V., Pyrkov S.G. The structure of socially dangerous acts of mental patients. *Ukrain's'kyj visnyk psychonevrologii*. 1995; 3 (2): 158-159. (In Russ.)]
2. Голенков А.В. Общественно опасные деяния больных шизофренией на современном этапе развития // Психическое здоровье. — 2013. — Т. 11, №10. — С. 22-26. [Golenkov A.V. Socially dangerous acts of schizophrenia patients at the present stage of development. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2013; 11 (10): 22-26. (In Russ.)]
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. — М.: Медицина, 1995. — 256 с. [Mal'tseva M.M., Kotov V.P. *Opasnye deystviya psikhicheskoi bol'nykh*. (Dangerous acts of mental patients.) Moscow: Meditsina. 1995: 256 p. (In Russ.)]
4. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Анализ работы судебно-психиатрической службы Российской Федерации в 2001 г. Аналитический обзор. — М., 2002. — 111 с. [Mokhon'ko A.R., Mugantseva L.A. *Analiz raboty sudebno-psikhiatricheskoy sluzhby Rossiyskoy Federatsii v 2001 g. Analiticheskii obzor*. (Analysis of forensic psychiatry service of Russian Federation activity in 2001. Analytic review.) Moscow. 2002: 111 p. (In Russ.)]
5. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире (материалы ВОЗ). — М., 2002. — 349 с. [Nasilie i ego vliyaniye na zdorov'e. *Doklad o situatsii v mire (Materialy VOZ)*. (Violence and its influence on health. Report of the World's situation (WHO materials).) Moscow. 2002: 349 p. (In Russ.)]
6. Савченко В.И., Савченков В.Н., Балашов А.Д. Криминогенность больных шизофренией // Рос. психиатрич. ж. — 2004. — №5. — С. 20-23. [Savchenko V.I., Balashov A.D. Liability to crime in patients with schizophrenia. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal*. 2004; 5: 20-23. (In Russ.)]
7. Юрьева Л.Н. Шизофрения. — Днепропетровск: Новая идеология, 2010. — 244 с. [Yur'eva L.N. *Shizofreniya*. (Schizophrenia.) Dnepropetrovsk: Novaya ideologiya. 2010: 244 p. (In Russ.)]
8. Coid J.W., Ullrich S., Kallis C. et al. The relationship between delusions and violence: findings from the east London first episode psychosis study // *JAMA Psychiatry*. — 2013. — Vol. 70, N 5. — P. 465-471.
9. Link B., Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to the community / *Violence and Mental Disorder: Development in Risk Assessment*. — Chicago, IL: University of Chicago Press, 1994. — P. 137-158.
10. Nedopil N. Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Prognose künftiger Delinquenz // *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*. — 1997. — Vol. 80. — P. 79-92.
11. Ullrich S., Keers R., Coid J.W. Delusions, anger, and serious violence: New findings from the MacArthur violence risk assessment study // *Schizophrenia Bulletin*. — 2014. — Vol. 40, N 5. — P. 1174-1181.
12. Van Dongen J.D.M. Pathways to violence in schizophrenia: The role of antisocial personality, substance misuse, delusions, and delusional distress. — Ede, the Netherlands: Ponsen & Looijen, 2012. — 256 p.