

А.Ю. Березанцев¹, Д.А. Кузнецов²¹ГБОУ ВПО «Первый МГМУ» им. И.М.Сеченова Минздрава России;²психиатрическая больница №5 Департамента здравоохранения г. Москвы

Клинико-социальные и нейробиологические аспекты оценки общественной опасности больных с шизофренией и органическими психическими расстройствами

Обследовано 114 (61 мужчина и 53 женщины) больных шизофренией и органическими психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия (ООД) и находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах общего и специализированного типа. Выявлены нозо- и гендер-специфические предикторы совершения ООД и особенности трансформации синдромов при совершении повторных ООД. Эти особенности являются дополнительными критериями для назначения и отмены принудительного лечения у данной категории лиц и позволяют разработать дифференцированные лечебно-реабилитационные мероприятия с учетом нозологии и пола пациента.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая профилактика, трансформация психопатологических механизмов, гендерные различия, принудительное лечение, повторные опасные действия психически больных.

Контакты: Андрей Юрьевич Березанцев berintend@yandex.ru

Clinical social and neurobiological aspects of the assesment of social danger of patients with schizophrenia and organic mental disorders

A. Yu. Berezantsev¹, D. A. Kuznetsov²

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University Ministry of Health of Russia, Moscow;

²Psychiatry hospital № 5 of the Department of Health in Moscow

The paper based on the study 114 (61 men and 53 women) persons with schizophrenia and organic mental disorders who have committed socially dangerous acts and under compulsory treatment in psychiatric hospitals of general and specialized types were identified nozo- and gender-specific predictors of socially committed unsafe acts and features of transformation syndromes when performing repeated socially dangerous acts. These features are additional criteria for the appointment and the abolition of forced treatment of this group of individuals and allow the development of differentiated treatment and rehabilitation, with the nosology and sex of the patient.

Key words: forensic psychiatric prevention; transformation psychopathological mechanisms, gender differences, compulsory treatment, repeated dangerous acts of mentally ill.

Contact: Andrey Yurjevich Berezantsev berintend@yandex.ru

Стационарное принудительное лечение (ПЛ) — основной этап медицинской профилактики совершения психически больными повторных общественно опасных действий (ООД). Совокупная доля ООД, совершенных лицами с психическими заболеваниями, по отношению к общему количеству правонарушений в обществе относительно невысока, но в последние два десятилетия она несколько увеличилась, особенно это касается тяжких преступлений против личности [1–3]. Поэтому профилактика ООД у психически больных приобретает существенное значение. Профилактические мероприятия у данной категории лиц подразделяют на первичные, предусмотренные Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (недобровольные освидетельствование и госпитализация), и вторичные, осуществляемые в соответствии с уголовным законодательством уже после совершения ООД. Важными звеньями таких мероприятий должны быть выбор адекватной принудительной меры медицинского характера и прогнозирование риска совершения повторных нарушений пациентами при решении вопроса об отмене принудительного

лечения (ПЛ) или изменении его типа. Выбор лечебно-реабилитационных мероприятий, не соответствующих общественной опасности больного, может привести к увеличению срока лечения и невыполнению основных задач ПЛ [4, 5].

Хорошо известно, что прогнозировать потенциальную возможность совершения правонарушений больными с психическими расстройствами, особенно делать категоричные выводы, крайне трудно [6, 7]. Это связано с тем, что психопатологический процесс часто оказывает неспецифический растормаживающий эффект на криминальное поведение, но не является его основной причиной [8]. Тем не менее многие авторы указывают, что взаимосвязь психопатологии с правонарушением довольно стабильна и значительна [9–11].

Для выбора эффективной стратегии профилактики ООД у психически больного необходимы определение влияния ведущего психопатологического синдрома (характеризующего клиническую картину) на криминальное поведение, а также степени вклада психического расстройства в совершение правонарушения в каждом конкретном случае [12].

В судебной психиатрии поиск и выявление такой корреляции — трудоемкая, многоуровневая задача [13, 14], поскольку необходимо учитывать большое количество детерминирующих факторов (клинических, социальных, психологических, демографических, криминологических, ситуационных), которые могут находиться в причинно-следственной связи и, например, определять или исключать возможность деликвентного поведения [15, 16]. Это личностный опыт индивида, характер и течение психопатологического процесса, ситуация на момент ООД. Многофакторная теория механизмов формирования ООД выделяет триаду факторов, тесно связанных с правонарушением: личность — синдром — ситуация [17]. Также подробно описаны основные психопатологические механизмы совершения ООД: продуктивно-психотические и негативно-личностные [18]. При этом устойчивость и характер психопатологического механизма совершения психически больным ООД — один из важнейших критериев выбора вида ПЛ. По мнению ряда авторов [19, 20], психиатры, давая рекомендацию суду, должны учитывать характер, тяжесть совершенного больным ООД и психопатологический механизм правонарушения.

Кроме того, актуально изучение гендерной специфики проявлений психопатологического процесса: нейробиологические и психосоциальные различия полов влияют на клинические проявления заболеваний, их течение и особенности поведения пациентов. Учет гендерных факторов [21] способствует разработке более дифференцированного подхода к назначению и отмене ПЛ и реабилитации лиц женского и мужского пола с психическими заболеваниями.

В общей популяции мужчины более агрессивны, чем женщины, но в отношении пациентов с психическими расстройствами это положение нельзя признать однозначным, и причины этого неясны [22]. В то же время, по данным А.Ю. Березанцева и О.И. Митрофановой [23], у больных шизофренией женского и мужского пола, не совершавших ООД, имеются достоверные различия клинических параметров, объективных показателей социальной адаптации и субъективных параметров качества жизни. Клинико-психопатологический анализ показал, что у мужчин по сравнению с женщинами достоверно чаще отмечались психопатоподобные проявления в структуре непрерывной малопрогредиентной шизофрении, склонность к агрессивным формам поведения, злоупотреблению психоактивными веществами. В то же время для женщин более характерна ипохондрическая симптоматика в структуре аффективно-бредовых приступов при преобладании приступообразно-прогредиентной формы. Обнаружен более высокий уровень социального функционирования и адаптации у женщин по сравнению с мужчинами. Лучшая социальная адаптация женщин была связана с более благоприятным течением болезни, большим вниманием к своему здоровью (отсутствие вредных привычек, высокий уровень комплаенса), хорошими внутрисемейными отношениями. У мужчин социальная дезадаптация во многом обусловлена менее благоприятным течением болезни (что в значительной степени объясняется низким комплаенсом и нерегулярным приемом лекарств), выраженным снижением на семейном и профессиональном уровне.

Сравнительный анализ мужчин и женщин, совершивших ООД и после прекращения ПЛ находящихся на активном диспансерном наблюдении, показал, что у женщин дольше сохраняется приемлемый уровень социальной адап-

тации благодаря более благоприятному течению болезни, большей озабоченности своим здоровьем (отсутствие вредных привычек, высокий уровень комплаенса), хорошим внутрисемейным отношениям [24]. У мужчин достоверно чаще отмечены повторные черепно-мозговые травмы (ЧМТ), сочетание ЧМТ и синдрома зависимости от алкоголя с употреблением наркотиков. У женщин экзогенные воздействия в большинстве случаев отсутствовали. У мужчин отмечалась социальная дезадаптация с явлениями социального дрейфа, которая во многом была обусловлена непрерывно-прогредиентным течением болезни, нерегулярным лечением, низким комплаенсом. У мужчин наблюдалась тенденция к закреплению в поведении психопатоподобных реакций со склонностью к формированию агрессивных форм общественно опасного поведения, что приводило к частым недобровольным госпитализациям и совершению повторных ООД.

В недавнем российско-болгарском исследовании [25] при анализе гендерных различий у больных шизофренией с общественно опасными формами поведения установлено преобладание у мужчин агрессивного вектора с доминированием негативно-личностных механизмов, тогда как у женщин достоверно чаще отмечалось аутоагрессивное поведение с продуктивно-психотическим механизмом испуга бредовой вины. При этом наблюдалась примерно одинаковая выраженность остроты психопатологической симптоматики по шкале позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) при достоверно более выраженных показателях по шкале агрессии у мужчин.

Таким образом, у больных шизофренией обнаружены универсальные гендерные различия в самых разных выборках — у пациентов с просоциальным и общественно опасным поведением, а также в различных этнокультурных группах, что подтверждает суждение Д. Беста и Д. Уильямса о панкультурном сходстве в вопросах пола и гендера [21].

Необходимо отметить значение специфических биологических периодов (беременность, роды, послеродовой период, климакс). Данные факторы могут не только дестабилизировать психическое состояние женщины, но и выступать в качестве ведущего патогенетического звена при развитии у нее психических заболеваний [26].

Пациенты и методы. Обследовано 114 пациентов (61 мужчина и 53 женщины), совершивших ООД и направленных на стационарное ПЛ в психиатрические стационары специализированного и общего типа. Были отобраны пациенты мужского и женского пола с шизофренией и органическими психическими расстройствами — ОНР (см. таблицу).

Отбор больных проводили методом случайной выборки в соответствии с критериями включения: верифицированный диагноз шизофрении или ОНР; решение суда о невменяемости пациента на момент совершения ООД и прохождение ПЛ в психиатрических стационарах общего или специализированного типа. Критериями исключения были: начало заболевания после совершенного ООД или во время отбывания наказания в местах лишения свободы, инвалидность I группы по психическому заболеванию. Помимо клинико-психопатологического метода, использовали пакет экспериментально-психологических опросников и методик.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью Т-критерия Стьюдента; дисперсионного однофакторного анализа; К-means кластерного анализа; корреляционного анализа (коэффициент корреляции Спирмена).

Распределение пациентов в зависимости от диагноза и пола

Диагноз психического расстройства по МКБ - 10	М.	Ж.	Всего
Шизофрения	36	32	68 (100)
F20.0 Параноидная	18	21	39 (57,35)
F21.4 Психопатоподобная	18	11	29 (42,65)
ОПР	25	21	46 (100)
F01 Сосудистая деменция	1	1	2 (4,35)
F06 Другие психические расстройства	9	10	19 (41,3)
F07 Органическое расстройство личности	15	10	25 (54,35)

Примечание. В скобках — процент больных.

Анализ проводили с помощью статистических пакетов SPSS 10.05 и Statistika 17.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Были изучены универсальные и нозоспецифические клинично-психопатологические, криминологические, социально-демографические и клинично-психологические характеристики группы больных шизофренией и группы больных с ОНР. *Универсальные клинично-психопатологические* характеристики: преобладание в двух группах больных малопрогрессирующих (при шизофрении — 57,4%) или стационарных (при ОНР — 63%) форм динамики психопатологического процесса; превалирование в преморбидном периоде, помимо нозоспецифических, таких характерологических особенностей, как возбудимые (шизофрения — 33,8%; ОНР — 37%) и эмоционально-неустойчивые (шизофрения — 35,3%; ОНР — 56,5%) черты личности. Общей психопатологической особенностью пациентов в этих группах оказалось значительное нарушение критических и прогностических способностей (шизофрения — 66,2%; ОНР — 76%). *Нозоспецифической* характеристикой ОНР являлось выраженное общее когнитивное снижение (89,1%); для страдающих шизофренией были типичны специфические нарушения мыслительного процесса и эмоционально-волевой сферы на фоне достаточного общего уровня познавательных способностей и объема знаний (70,6%). *Нозоспецифической криминологической* характеристикой при шизофрении оказались продуктивно-психотические механизмы реализации последнего ООД (40 пациентов, 58,8%), чаще бредовые (у 27), при ОНР — негативно-личностные (37 пациентов, 80,43%). У больных ОНР отмечалась большая склонность к агрессивным действиям во время стационарного ПЛ (63%). При оценке *социального анамнеза* у страдающих шизофренией выявлен более высокий образовательный уровень: высшее и незаконченное высшее образование имели 38,2% больных, тогда как при ОНР — всего 4,3%. *Универсальной особенностью микро-социальной среды* являлось дисгармоничное воспитание: малое количество больных воспитывались в полной семье (шизофрения — 47%; ОНР — 41,3%). Гармоничное воспитание получили 17,6% страдающих шизофренией и 13% — ОНР, в остальных случаях отмечались те или иные нарушения в процессе воспитания.

На следующем этапе выделены достоверные и значимые гендер-специфические клинично-социальные, криминологические и психопатологические характеристики больных шизофренией и ОНР ($p < 0,05$).

Гендер-специфические признаки больных шизофренией:

1) *клинично-психопатологические* — течение психопатологи-

ческого процесса было более прогрессивным у лиц женского пола; мужчинам чаще ставили диагноз шизоидного расстройства личности в преморбидном периоде, тогда как женщины впервые попадали в поле зрения психиатра только при наличии выраженной психотической симптоматики с гетероагрессивными тенденциями, служившей причиной госпитализации в психиатрический стационар; 2) *криминологические* — у женщин часто наблюдались бредовое самоутверждение и повышенная внушаемость и подчиняемость при совершении последнего ООД, агрессия чаще была направлена на близких и родственников, тогда как мужчины чаще проявляли агрессию в отношении третьих лиц и соседей.

Гендер-специфические признаки больных ОНР: 1) *клинично-психопатологические* — у женщин отмечались отягощенность анамнеза массивными смешанными экзогенными (ЧМТ, алкоголизм, наркомания), что обуславливало выраженное замедление психофизического развития, а также многочисленные аутоагрессивные эпизоды по шантажно-демонстративному механизму. У мужчин чаще встречались эмоциональная лабильность и аффективная неустойчивость, у женщин — нарушение динамического аспекта перцепции и оценочность суждений; 2) *криминологические* — у женщин наблюдалась большая представленность дисфорической агрессивности в качестве продуктивно-психотического механизма как первого, так и второго ООД; у мужчин преобладал негативно-личностный психопатологический механизм совершения последнего ООД (интеллектуальная несостоятельность, частое проявление агрессии по отношению к супруге); 3) *социальные* — у женщин часто отмечались враждебные отношения с родителями, конфликты со сверстниками в детском возрасте; у мужчин — семейное неблагополучие.

Для уточнения критериев назначения и отмены стационарного ПЛ у мужчин и женщин, страдающих шизофренией и ОНР, проанализированы группы пациентов, проходящих ПЛ, сформированные с учетом нозологического и гендерного фактора. Высокий риск совершения психически больными повторного ООД (в том числе неоднократные ООД в анамнезе) — один из критериев, снижающих вероятность отмены ПЛ. В связи с этим в результате сравнительного анализа групп мужчин и женщин, больных шизофренией и ОНР, сформированных по признаку наличия повторных уголовных правонарушений в анамнезе, были выделены достоверные и значимые ($p < 0,05$) нозо- и гендер-специфические клинично-психопатологические, криминологические, социально-психологические *предикторы риска повторного ООД*.

Нозоспецифическими прогностическими признаками для больных шизофренией, совершивших повторные ООД, независимо от половой принадлежности были: малопрогредиентное течение эндогенного психопатологического процесса с редкими обострениями; суицидальные попытки в анамнезе; дефицит высших эмоций в качестве негативно-личностного механизма совершения предыдущих ООД, которые носили корыстный характер; отсутствие физической гетероагрессии во время ПЛ. *Гендер-специфическими* признаками у мужчин, больных шизофренией, совершавших повторные ООД, были: задержка психического и физического развития в раннем детском возрасте; эмоционально неустойчивые черты личности в преморбидном периоде; эмоциональная бесконтрольность в качестве негативно-личностного механизма совершения последнего ООД; сексуальные правонарушения (ст. 131–135 УК РФ); конфликты с асоциальными пациентами во время ПЛ в стационаре; отсутствие семьи и ближайшего социального окружения; психопатологические особенности, в частности низкий самоконтроль, аффективная неустойчивость, низкий интеллект, эгоцентризм, импульсивность и высокие показатели внутренней конфликтности. *Гендер-специфическими* признаками у женщин, больных шизофренией, совершавших повторные ООД, были: хронический алкоголизм в анамнезе; возбудимые черты личности в преморбидном периоде; чаще агрессивный характер последнего ООД (преступление против личности или убийство); многочисленные эпизоды аутоагрессии во время ПЛ; патопсихологические особенности (снижение работоспособности и общее когнитивное снижение, высокая импульсивность, аффективная неустойчивость, низкая эмпатийность, паранойальность и склонность к риску, ригидность установок).

Гендер-специфические прогностические признаки у мужчин, больных ОПР, совершавших повторные ООД: задержка физического и психического развития в раннем детском возрасте; неоднократные ЧМТ и хронический алкоголизм в анамнезе, многократные суицидальные попытки; корыстный характер без насилия последнего ООД; нарушения внутрибольничного режима в течение всего срока ПЛ в стационаре; неблагополучный социально-трудовой статус (отсутствие определенного места жительства, трудовой стаж — не более 3 лет, утрата связей с родственниками); психопатологические особенности: низкий самоконтроль, аффективная неустойчивость, низкий интеллект, эгоцентризм, низкий уровень эмпатийности, импульсивность и высокая внутренняя конфликтность.

Гендер-специфические признаки у женщин, больных ОПР, совершавших повторные ООД: умеренная прогредиентная динамика экзогенного органического процесса; агрессивный характер последнего ООД (правонарушения против личности, реализованные в состоянии наркотического опьянения); предыдущие корыстные ООД без насилия (кража) и с насилием (разбой, грабеж); негативное влияние микро-социальной среды (частые конфликты с отцом, систематическое грубое физическое и сексуальное насилие в детском и подростковом возрасте, в том числе со стороны близких родственников); психопатологические особенности, такие как развитая эмпатия в сочетании с уходом от решения проблем.

Таким образом, при решении вопроса об отмене стационарного ПЛ у больных шизофренией и ОПР необходимо учитывать комплекс нозо- и гендер-специфических клинико-психопатологических, криминологических и социально-психологических предикторов повторных ООД, а также особенности течения психического заболевания и динамику психопатологических механизмов, повлиявших на тяжесть совершенных правонарушений. Анализ клинико-социальных и нейробиологических характеристик позволил разработать алгоритм принятия решения судебно-психиатрической экспертной комиссией при выборе вида стационарного лечения больных шизофренией и ОПР на основе многофакторной оценки риска нарушений больничного режима. Для выбора вида стационарного ПЛ у таких больных необходимы: 1) выявление ведущего синдрома заболевания на момент проведения экспертизы и анализ особенностей динамики психопатологического процесса; 2) оценка психопатологического механизма реализации ООД с учетом его характера и тяжести; 3) многофакторная оценка риска грубых нарушений больничного режима (агрессивные действия, инициирование групповых беспорядков, побеги и др.); 4) криминологический анализ (с выявлением в анамнезе кратности ООД, ПЛ и/или отбывания наказания в местах лишения свободы и др.).

Необходимость анализа первых пунктов объясняется тем, что при оценке общественной опасности пациента будет иметь значение влияние течения психопатологического процесса на механизм совершения ООД. Чаще всего обострение или декомпенсация заболевания связаны с экзacerbацией продуктивно-психотической симптоматики. Поэтому на практике большое значение придается выявлению и оценке ведущего психопатологического синдрома в клинической картине болезни (на момент судебно-психиатрического или врачебно-комиссионного освидетельствования) с дальнейшим учетом дифференцированного влияния продуктивно-психотических и негативно-личностных синдромов на механизм совершения ООД.

В случае преобладания в клинической картине негативно-личностных изменений, важен анализ стойких негативно-личностных механизмов совершения ООД. Как показало наше исследование, у мужчин и женщин, страдающих шизофренией, и мужчин с ОПР негативно-личностный механизм совершения первого правонарушения часто трансформировался в продуктивно-психотический механизм при повторных ООД. Причем тяжесть последнего правонарушения увеличивалась (агрессивные правонарушения против личности и убийства). Иначе говоря, при неблагоприятной динамике психического заболевания с тенденцией к полиморфизму психопатологической симптоматики и наличии отягощенного криминального анамнеза повышается общественная опасность больного.

Соответственно, в зависимости от этапа, динамики заболевания, особенностей криминального анамнеза (характер, тяжесть ООД и др.) можно дать прогноз общественной опасности больного (как во время судебно-психиатрической экспертизы, так и в процессе ПЛ) с учетом нозологии и гендера, что также будет способствовать прогнозированию характера и тяжести потенциального ООД.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Руководство по судебной психиатрии. М.: Медицина, 2004; 592 с.
2. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., Щукина Е.Я. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно опасные действия (по данным отчетов о работе судебно-психиатрических экспертных комиссий Российской Федерации). Рос психиатр журн 1999;5:16–9.
3. Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия. Психиатрия и общество. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001;275–84.
4. Дмитриева Т.Б. Клиническое обоснование рекомендаций по изменению и прекращению принудительных мер медицинского характера у больных шизофренией. Методические рекомендации ФГУ «ГНЦССП Росздрава». М., 2009;16 с.
5. Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. и др. Порядок составления заключения о психиатрическом освидетельствовании лица, находящегося на принудительном лечении. Методические рекомендации ФГУ «ГНЦССП Росздрава». М., 2007;17 с.
6. Funis B.J., Litwack T.R. Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. California Law Review 1974;62,693–752.
7. Steadman H.J., Cocozza J.J. Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance. Lexington, M.A.: Lexington Books, 1974;227 p.
8. Monahan J. Mental disorders and violent behavior. Am Psychol 1992;47:511–21.
9. Douglas K.S., Hart S.D. Major mental disorder and violent behavior: A meta-analysis of study characteristics and substantive factors influencing effect size. Poster presented at the biennial meeting of the American Psychology-Law Society. Hilton Head, SC., 1996.
10. Swanson J.W. Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. In: Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. J. Monahan, H.J. Steadman (eds). Chicago: University of Chicago Press, 1994;101–36.
11. Webster C., Douglas K., Eaves D. et al. HCR – 20 Assessing Risk for Violence: Version II. Burnaby, British Columbia: Menial Health, Law and Policy Institute, Simon Frasier University, 1997;32–47.
12. Вандыш В.В. К проблеме профилактики противоправного поведения лиц, страдающих органическим психическим расстройством. Проблемы профилактики общественно опасных деяний. М.: Троицкое, 2007;35–7.
13. Антонян Ю.М. О методологической концепции причин преступности. Преступное поведение (новые исследования). Сборник научных трудов ВНИИ МВД России. М., 2002;3–13.
14. Клинико-психопатологические и психологические методы выявления и предупреждения агрессивно-насиленного поведения лиц с психическими расстройствами. Под ред. Т.Б. Дмитриевой М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2001;56 с.
15. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М.: Медицина, 1995;256 с.
16. Шостакович Б.В. Методология, этапы и стадии судебно-психиатрического диагноза. В кн: Функциональный диагноз в судебной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. М., 2001;7–19.
17. Кондратьев Ф.В. Теоретические аспекты причин социально опасного поведения психически больных. Проблемы судебно-психиатрической профилактики. М., 1994;33–42.
18. Котов В.П., Мальцева М.М. Диагности-ка потенциальной общественной опасности больных с психическими расстройствами. В кн: Функциональный диагноз в судебной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. М., 2001;166–93.
19. Винникова И.Н., Дмитриев А.С., Лазыко Н.В. и др. Роль клинико-социальных и личностных особенностей у больных шизофренией в переходный период со стационарного на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Рос психиатр журн 2008;4:10–6.
20. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Рук-во для врачей. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006;346 с.
21. Бест Д., Уильямс Д. Гендер и культура. Психология и культура. Под ред. Д. Мацумото. СПб.: Питер, 2003;316–55.
22. Krakowski M., Czobor P. Gender Differences in Violent Behaviors: Relationship to Clinical Symptoms and Psychosocial Factors. Am J Psychiatry 2004;161:459–65.
23. Березанцев А.Ю., Митрофанова О.И. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты). Рос психиатр журн 2009;3:26–34.
24. Березанцев А.Ю., Белоус И.В. Качество жизни и социальная адаптация больных шизофренией с общественно опасными формами поведения в условиях амбулаторной психиатрической помощи. Рос психиатр журн 2011;2:4–12.
25. Ангелова-Барболова Н.С., Березанцев А.Ю. Клинические и правовые аспекты недобровольной госпитализации в психиатрический стационар больных шизофренией в Республике Болгария. Мед право 2009;4:37–42.
26. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А. и др. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. М.: Медицина, 2003; 248 с.