

ФАКТОРЫ РИСКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Иванова Л.А.¹,
Туаева Е.Е.²,
Рожкова Н.Ю.¹

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (664049, Иркутск, микрорайон Юбилейный, д. 100, Россия)

² ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1 (664059, Иркутск, микрорайон Юбилейный, 11А, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Иванова Людмила Александровна,
e-mail: ivanova.l@bk.ru

РЕЗЮМЕ

Обоснование. Определение факторов риска совершения опасных действий при психических расстройствах является актуальным в психиатрии.

Цель. Изучение факторов риска общественно опасных действий (ООД) у пациентов с параноидной шизофренией.

Материалы и методы. Изучены пациенты мужского пола (средний возраст $41,3 \pm 12,8$ лет) с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения, находящиеся на принудительном стационарном лечении. Использованы клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, психометрический (шкала PANSS) методы. Статистический анализ проведен с использованием точного критерия Фишера.

Результаты. В 72,7 % случаях ООД совершены пациентами с галлюцинаторно-бредовым (22,7 %), бредовым (50 %) синдромами, в 27,3 % – с негативной симптоматикой и выраженными нарушениями поведения. Причинение лёгкого вреда здоровью и преступления против незнакомых пациентам лиц встречались чаще в группе с негативной симптоматикой (соответственно $p = 0,042$ и $p = 0,012$). Статистически значимо чаще пациенты с бредовым синдромом были холосты ($p = 0,035$); пациенты с негативной симптоматикой проживали с супругой ($p = 0,038$). Акцентуация по эмоционально-неустойчивому типу, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя, психоактивных веществ (ПАВ) статистически значимо чаще встречались у пациентов с негативной симптоматикой ($p = 0,008$, $p = 0,011$); синдром зависимости от алкоголя, средней стадии – в группе с галлюцинаторно-бредовой структурой приступа ($p = 0,042$).

По шкале PANSS в группе с галлюцинаторно-бредовым синдромом статистически значимые различия среди позитивных синдромов получены в 71,4 %. У пациентов с бредовым синдромом и негативной симптоматикой выявлены статистически значимые различия среди негативных синдромов в 71,4 % и 51,7 % соответственно.

Заключение. Учет факторов риска ООД, в том числе клиничко-психопатологических, социально-демографических, социальных, личностных, коморбидных расстройств, связанных с употреблением ПАВ, способствует предупреждению общественно опасного поведения у больных шизофренией.

Ключевые слов: факторы риска, общественно опасные действия, параноидная шизофрения, психопатологические механизмы, аддиктивные расстройства

Статья поступила: 29.12.2024
Статья принята: 06.06.2025
Статья опубликована: 17.07.2025

Для цитирования: Иванова Л.А., Туаева Е.Е., Рожкова Н.Ю. Факторы риска общественно опасных действий у пациентов с параноидной шизофренией. *Acta biomedica scientifica*. 2025; 10(3): 164-177. doi: 10.29413/ABS.2025-10.3.17

RISK FACTORS FOR SOCIALLY DANGEROUS ACTIONS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRIA

Ivanova L.A.¹,
Tuaeva E.E.²,
Rozhkova N.Yu.¹

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, (Yubileiny microdistrict, 100, Irkutsk 664049, Russian Federation)

² Irkutsk regional clinical psychiatric hospital №1 (Yubileiny microdistrict, 11 A, Irkutsk, 664059, Russian Federation)

Corresponding author:
Lyudmila A. Ivanova,
e-mail: ivanova.l@bk.ru

RESUME

Background. The definition of risk factors for dangerous actions in mental disorders is relevant in psychiatry.

The aim. Study of risk factors for socially dangerous actions (SDA) in patients with paranoid schizophrenia.

Materials and methods. Clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, and psychometric (PANSS scale) methods were used. The study examined male patients (average age 41.3 ± 12.8 years) with paranoid schizophrenia, an episodic type of course, undergoing compulsory inpatient treatment.

Results. In 72.7 % of cases, SDA was committed by patients under the influence of psychotic experiences with hallucinatory-delusional (22.7 %), delusional (50 %) syndromes, in 27.3 % of cases – with negative symptoms and severe behavioral disorders. Minor injury to health and crimes against persons unknown to patients were more common in the group with negative symptoms ($p = 0.042$ and $p = 0.012$, significant differences – s.d.), patients with delusional syndrome were s.d. more likely to be single ($p = 0.035$). The accentuation of the emotionally unstable type, alcohol consumption, and psychoactive substances were s.d. more common in patients with negative symptoms ($p = 0.008$, $p = 0.011$); alcohol dependence syndrome, of the middle stage, with a hallucinatory-delusional seizure structure ($p = 0.042$).

According to the PANSS scale, in the group with hallucinatory delusional syndrome, s.d. among positive syndromes was 71.4 %. In patients with delusional syndrome and negative symptoms, the reliability among negative syndromes was 71.4 % and 51.7 %, respectively.

Conclusions. Identification of risk factors for the formation of socially dangerous actions in patients with schizophrenia helps to prevent dangerous actions.

Keywords: risk factors, socially dangerous actions, paranoid schizophrenia, psychopathological mechanisms, addictive disorders

Received: 29.12.2024
Accepted: 06.06.2025
Published: 17.07.2025

For citation: Ivanova L.A., Tuaeva E.E., Rozhkova N.Yu. Risk factors for socially dangerous actions in patients with paranoid schizophrenia. *Acta biomedica scientifica*. 2025; 10(3): 164-177. doi: 10.29413/ABS.2025-10.3.17

Предупреждение совершения больными общественно опасных действий при психических расстройствах и определение факторов риска их формирования является актуальным в психиатрической профилактике [1]. Первичная профилактика направлена на выявление пациентов с опасным поведением среди лиц, получающих психиатрическую помощь, и предупреждение его реализации. Вторичная профилактика связана с предупреждением у больных с психическими расстройствами повторных общественно опасных действий (ООД) [2].

Наибольший удельный вес психически больных, совершающих ООД, составляют лица, страдающие шизофренией; признаются невменяемыми 60 % из них [3, 4, 5]. В формировании ООД у больных подчеркивается значение молодого возраста, низкого образовательного уровня, раннего криминального опыта, участия в насильственных действиях, социальной дезадаптации, неблагоприятного социального окружения, материального неблагополучия [6, 7, 8]. Из факторов совершения особо опасных действий обсуждаются употребление больными психоактивных веществ (ПАВ), наличие коморбидной психической патологии, отягощенной приемом ПАВ, личностными и органическими расстройствами, в том числе черепно-мозговыми травмами [9].

Риск совершения ООД у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и употребляющих наркотические вещества, более чем в 10 раз выше, чем у пациентов без аддиктивного поведения [10]. Считается, что «пусковым фактором» для развития аддиктивного поведения у пациентов с шизофренией является наличие невротических расстройств в детском возрасте, нарушений поведения у подростков, увеличение частоты попыток самоубийства, органические поражения головного мозга [11, 12].

В связи с этим актуальным является исследование факторов риска совершения опасных действий больных с шизофренией, включая клинко-психопатологические, социально-демографические, социальные, личностные, в предотвращении криминального и агрессивного поведения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение факторов риска формирования общественно опасных действий у пациентов с параноидной шизофренией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучена группа пациентов ($n = 44$) с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения (F20.x1, F20.x2). По заключению судебно-психиатрической экспертизы пациенты были признаны невменяемыми и направлены судом для прохождения стационарного принудительного лечения в ОГКУЗ Иркутскую областную клиническую психиатрическую больницу № 1. Средний

возраст пациентов составил $41,3 \pm 12,8$ лет. В соответствии с синдромальной структурой приступа среди пациентов с параноидной шизофренией, совершивших ООД, выделены 3 группы: 1 группа – с галлюцинаторно-бредовым синдромом (10 человек, 22,7 %), 2 группа – с бредовым синдромом (22 человека, 50 %), 3 группа – с расстройствами преимущественно негативного спектра и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой в анамнезе (12 человек, 27,3 %).

Из исследования исключались пациенты с деменцией, эпилепсией, аффективными расстройствами, тяжелыми соматическими заболеваниями.

В исследовании были использованы клинко-психопатологический, клинко-анамнестический методы. Изучение клинических особенностей шизофрении было дополнено применением шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) [13, 14]. Настоящее исследование проведено в соответствии с положениями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. Проведение исследования одобрено Комитетом по этике научных исследований ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (выписка из протокола N 1 от 22.02.2024 г.). Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакета программ Statistica 10,0 for Windows (StatSoftInc., США). Так как в таблицах сопряженности одна и более ожидаемые частоты были меньше 5, использован точный критерий Фишера для анализа различий признаков между группами. Метод не требует предположений о распределении и является точным для малых выборок. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общественно опасные действия, совершенные пациентами с параноидной шизофренией, распределились следующим образом: убийство – 23 человека (52,3 %), причинение средней тяжести и тяжкого вреда здоровью – 10 (22,7 %), преступления общественной опасности, против собственности – 6 человек (13,6 %), причинение легкого вреда здоровью – 5 (11,4 %) (табл. 1). Наиболее часто противоправные действия были направлены против знакомых (43,2 %), реже – против родственников (31,8 %), против незнакомых людей (25 % со статистически значимой разницей между 2 и 3 группами пациентов, $p = 0,012$). Статистически значимо чаще причинение легкого вреда здоровью встречалось среди пациентов с негативной симптоматикой по сравнению с пациентами с бредовым синдромом (33,3 % и 4,5 %, $p = 0,042$). Убийства были наиболее частым преступлением во всех группах пациентов (с галлюцинаторно-бредовой структурой приступа – 54,5 %, бредовым синдромом и негативной симптоматикой – соответственно по 50 % без статистической значимости).

Среди пациентов с параноидной шизофренией, совершивших ООД, одна госпитализация была у 2 пациентов (4,5 %), 2 – у 11 (25 %), 3 – у 5 (11,4 %), 4 и более госпитализаций – у 26 пациентов (59,1 %). Наиболее часто среди трех клинических групп встречались 4 и более госпитализации (соответственно 60 %, 63,6 %, 50 %) (табл. 2). Возраст манифестного проявления заболевания составил у пациентов с галлюцинаторно-бредовой структурой приступа $26,8 \pm 7,2$ лет, бредовой – $23,4 \pm 10,2$ года, преимущественно с негативной

симптоматикой – $25,6 \pm 8,7$ лет без статистически значимой разницы. Средняя длительность заболевания от манифеста была $9,1 \pm 5,4$ лет (в 1 группе – $9,5 \pm 3,9$ лет, 2 – $10,1 \pm 6,3$ лет, 3 – $9,1 \pm 5,4$ лет) без статистически значимых различий между клиническими группами. Промежутки между госпитализациями были непродолжительными; пациенты, как правило, эпизодически принимали поддерживающую антипсихотическую терапию и перед совершением преступления лечение не получали.

ТАБЛИЦА 1

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Синдромальная характеристика	1 группа Галлюцинаторно-бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)		Итого n = 44	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Правонарушения								
Причинение легкого вреда здоровью	0	0	1	4,5	4	33,3 $p_{2-3} = 0,042$	5	11,4
Причинение средней тяжести и тяжкого вреда здоровью	4	40	4	18,2	2	16,7	10	22,7
Убийство	5	50	12	54,5	6	50	23	52,3
Преступления общественной опасности, против собственности	0	0	4	18,2	2	16,7	6	13,6
Преступления против знакомых	5	50	10	45,5	4	33,3	19	43,2
Преступления против родственников	4	40	10	45,5	0	0	14	31,8
Преступления против незнакомых	1	10	2	9,1	8	66,7 $p_{2-3} = 0,012$	11	25

TABLE 1

CHARACTERISTICS OF OFFENSES IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

ТАБЛИЦА 2

КОЛИЧЕСТВО ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Синдромальная характеристика	1 группа Галлюцинаторно-бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)		Итого n = 44	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1 госпитализация	0	0	2	9,1	0	0	2	4,5
2 госпитализации	3	30	4	18,2	4	33,3	11	25
3 госпитализации	1	10	2	9,1	2	16,7	5	11,4
4 и более госпитализации	6	60	14	63,6	6	50	26	59,1

TABLE 2

THE NUMBER OF HOSPITALIZATIONS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

По возрастным периодам на момент обследования пациенты с параноидной шизофренией, совершившие ООД, распределилась следующим образом: 21–30 лет – 10 человек (22,7 %), 31–40 лет – 17 (38,6 %), 41–50 лет – 7 (15,9 %), 51–60 лет – 10 (22,7 %) (табл. 3).

При этом наиболее часто встречались пациенты в возрасте 31–40 лет с галлюцинаторно-бредовой и бредовой структурой приступа (соответственно 40 % и 40,9 %). У 74,9 % пациентов определялся неблагоприятный социальный статус: 43,2 % из них были холосты

ТАБЛИЦА 3

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

TABLE 3

SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)		Итого n = 44	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Средний возраст	44,7 ± 9,18 лет		37,5 ± 11,35 лет		37,8 ± 12,16 лет		40,7±10,7 лет	
Возрастные периоды								
21-30	0	0	7	31,8	3	25	10	22,7
31-40	4	40	9	40,9	4	33,3	17	38,6
41-50	3	30	2	9,1	2	16,7	7	15,9
51-60	3	30	4	18,2	3	25	10	22,7
Образование								
9 классов	2	20	3	13,6	3	25	8	18,2
11 классов	2	20	8	36,4	3	25	13	29,5
Средне-специальное	3	30	9	40,9	6	50	18	40,9
Высшее	1	10	2	9,1	0	0	3	6,8
Малоквалифицированный труд	2	20	6	27,3	1	8,3	9	20,5
Квалифицированный труд	4	40	6	27,3	8	66,7 p ₂₋₃ =0,036	18	40,9
Служащие	1	10	0	0	0	0	1	2,3
Не работают	3	30	10	45,5	3	25	16	36,4
Брачный статус								
В браке	1	30	2	9,1	1	8,3	4	9,1
Сожительство	0	0	4	18,2	3	25	7	15,9
Холост	5	50	12	54,5 p ₂₋₃ =0,035	2	16,7	19	43,2
В разводе	4	40	5	22,7	5	41,7	14	31,8
Нет детей	7	70	15	68,2	7	58,3	29	65,9
1 ребенок	2	20	4	18,2	4	33,3	10	22,7
2 детей	1	10	1	4,5	0	0	2	4,5
3 детей	0	0	2	9,1	1	8,3	3	6,8
Проживают								
С женой	2	20	2	9,1	5	41,7 p ₂₋₃ =0,038	9	20,5
С женой, детьми	0	0	2	9,1	1	8,3	3	6,8
С родителями	2	20	8	36,4	1	8,3	11	25
Одиноки	6	60	7	31,8	4	33,3	17	38,6
С родственниками	0	0	4	0	0	0	4	9,1
Инвалидность								
2 группа	8	80	21	95,5	12	100	41	93,2
3 группа	2	20	1	4,5	0	0	3	6,8

(статистически значимо чаще пациенты с бредовым синдромом (54,5 %, $p = 0,035$) по сравнению с пациентами с негативной симптоматикой, 16,7 %); находились в разводе – 31,8 %. У 65,9 % отсутствовали дети. Статистически значимо чаще проживали с супругой пациенты с негативной симптоматикой (41,7 %, $p = 0,038$) по сравнению с пациентами с бредовым синдромом (9,1 %), были одиночками – 38,6 %. Работниками квалифицированного труда были 40,9 % (со статистически значимой разницей у пациентов с негативной симптоматикой в сравнении с пациентами с бредовым синдромом, соответственно 66,7 % и 27,3 %, $p = 0,036$). У подавляющего числа пациентов (93,2 %) на момент исследования имела 2 группа инвалидности, в единичных наблюдениях третью группу имели пациенты с галлюцинаторно-бредовым и бредовым синдромами.

У 24 пациентов (54,5 %) с параноидной шизофренией, совершивших ООД, выявлена наследственная отягощенность психическими и поведенческими расстройствами у родственников первой степени родства. В 38,6 % случаев выявлена наследственная отягощенность алкоголизмом среди 3 групп пациентов без статистически значимых различий (соответственно 40 %, 36,4 %, 41,7 %), шизофренией (22,7 %), эпилепсией и суицидами – соответственно по 9,1 % (табл. 4).

Проведен анализ экзогенных факторов (экзогенной компрометации головного мозга, ЭКМ) среди пациентов с параноидной шизофренией, совершивших ООД (табл. 5). Более чем у половины пациентов (65,9 %) выявлялись черепно-мозговые травмы легкой и средней степени (чаще в группе с галлюцинаторно-бредовым синдромом – 80 % и с негативной симптоматикой – 75 %),

ТАБЛИЦА 4

**НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ
У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ
ДЕЙСТВИЯ**

	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром ($n = 10$)		2 группа Бредовой синдром ($n = 22$)		3 группа Негативная симптоматика ($n = 12$)		Итого $n = 44$	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отягощенность психическими расстройствами	5	50	13	59,1	8	66,7	24	54,5
Шизофрения	3	30	6	27,3	1	8,3	10	22,7
Алкоголизм	4	40	8	36,4	5	41,7	17	38,6
Суицид	2	20	0	0	2	16,7	4	9,1
Эпилепсия	0	0	2	9,1	2	16,7	4	9,1

TABLE 4

**HEREDITARY BURDEN IN PATIENTS WITH PARANOID
SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY
DANGEROUS ACTS**

ТАБЛИЦА 5

**ЭКЗОГЕННАЯ КОМПРОМЕТАЦИЯ МОЗГА
У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ
ДЕЙСТВИЯ**

Синдромальная характеристика	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром ($n = 10$)		2 группа Бредовой синдром ($n = 22$)		3 группа Негативная симптоматика ($n = 12$)		Итого $n = 44$	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тип ЭКМ								
Перинатальная патология	3	30	2	9,1	2	16,7	7	15,9
Инфекции детского возраста с выраженной интоксикацией	2	20	1	4,5	0	0	3	6,8
Черепно-мозговые травмы легкой и средней степени	8	80	12	54,5	9	75	29	65,9
В том числе с потерей сознания	3	30	3	13,6	2	16,7	8	18,2

TABLE 5

**EXOGENOUS BRAIN COMPROMISE IN PARANOID
PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO
HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS**

у 15,9 % – перинатальная патология (недоношенность, преждевременное излитие околоплодных вод, затяжные роды) без статистически значимой разницы между клиническими группами.

В квалификации преморбидных особенностей личности использовались диагностические рубрики МКБ-10 (табл. 6). Среди пациентов с параноидной шизофренией, совершивших ООД, наиболее часто акцентуация по эмоционально-неустойчивому типу выявлялась в 63,6 % (статистически значимо чаще у пациентов с негативной симптоматикой ($p = 0,008$) по сравнению с галлюцинаторно-бредовым синдромом), по шизоидному – 22,7 % (чаще у пациентов с галлюцинаторно-бредовым синдромом – 40 %). В литературе подчеркивается значение патологического склада личности с наличием таких черт, как агрессия, ригидность, возбудимость, мстительность в формировании агрессивного поведения у лиц с психическими расстройствами [15].

В соответствии с традиционным делением психопатологических механизмов ООД для пациентов параноидной шизофренией с галлюцинаторно-бредовым и бредовым синдромами был характерен продуктивно-психотический механизм, в том числе с бредовой мотивацией (бредовая защита – 34,1 %, бредовая месть – 15,9 %, реализация бредовых проектов – 9,1 %), без бредовой мотивации (императивные галлюцинации и автоматизмы – 11,5 %, импульсивные действия – 2,3 %) (табл. 7).

Бред мог характеризоваться фабулой ревности, чужой родни («другая женщина заменила мать»). При бреде некоторые воздействия пациент считал, что «сделали инъекцию в сердце и хотят провести эксперименты», «КГБ загипнотизировало». Ипохондрический бред включал сенестопатии движения, фантастические сенестопатии («в голове что-то шевелится, ощущение кручения и вращения мозгов в лобной

области, голова воспалена»); бредовые идеи в сфере отношений включали высказывания «за спиной шепчутся, хотят убить». При интеллектуальном бреде воображения пациент «расшифровывал русскую азбуку словом божием»; при бреде символического значения татуировка на левой лопатке в виде мишени означала для пациента «факт закрытия души родственницы и необходимостью её выпустить». В одном наблюдении выявлен инвертированный идеаторный вариант психического автоматизма. В другом случае у пациента с галлюцинаторно-бредовым синдромом, псевдогаллюцинациями императивного содержания возникали эпизоды психомоторного возбуждения, агрессивного поведения, нецензурной брани. Вербальный галлюциноз (истинный или псевдогаллюцинаторный, его варианты) мог быть императивным (например, «голос приказывает убить мать»), характеризоваться угрожающим или обвиняющим содержанием.

Негативно-личностный механизм ООД в виде эмоциональной бесконтрольности соответствовал пациентам с параноидной шизофренией и преимущественно негативной симптоматикой (27,3 %) и характеризовался нарушениями в поведении, несдержанностью, конфликтностью, агрессией. Больные затевали ссоры, скандалы, не следили за собой, убежали из дома, бродяжничали, категорически отказывались от лечения. В единичных наблюдениях в анамнезе привлекались к уголовной ответственности в связи с избиением родственников.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя, ПАВ в анамнезе были выявлены у 25 человек (56,8 %), в том числе синдром зависимости от алкоголя – 14 человек (31,8 %), употребление алкоголя с вредными последствиями – 11 (25 %), преходящее, эпизодическое злоупотребление алкоголем 19 (43,2 %) (табл. 8).

ТАБЛИЦА 6

ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Синдромальная характеристика	1 группа Галлюцинаторно-бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)		Итого n = 44	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Преморбидные особенности								
Ананкастный	3	30	1	4,5	-	-	4	9,1
Шизоидный	4	40	5	22,7	1	8,3	10	22,7
Эмоционально-неустойчивый	2	20	16	72,7	10	83,3 $p_{1-3}=0,008$	28	63,6
Смешанный	1	10	-	-	1	8,3	2	4,5

TABLE 6

PREMORBID PERSONALITY TRAITS IN PARANOID PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

ТАБЛИЦА 7

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

TABLE 7

PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISMS SOCIALLY
CONTRIBUTE TO THE ACTIONS OF PATIENTS WITH
PARANOID SCHIZOPHRENIA

Синдромальная характеристика	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)		Итого (n = 44)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Продуктивно-психотические	10	100	22	100	0	0	32	72,7
Бредовая мотивация, в том числе:	4	40	22	100	0	0	26	59,1
Бредовая защита	2	20	13	59,1	0	0	15	34,1
Бредовая месть	1	10	6	27,3	0	0	7	15,9
Реализация бредовых проектов	1	10	3	13,6	0	0	4	9,1
Без бредовой мотивации	6	60	0	0	0	0	6	13,6
Императивные галлюцинации и автоматизмы	5	50	0	0	0	0	5	11,4
Импульсивные действия	1	10	0	0	0	0	1	2,3
Негативно-личностные	0	0	0	0	12	100	12	27,3
Эмоциональная бесконтрольность	0	0	0	0	12	100	12	27,3

ТАБЛИЦА 8

АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ
С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ
ДЕЙСТВИЯ

TABLE 8

ADDICTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH
PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED
SOCIALLY DANGEROUS ACTS

Синдромальная характеристика	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)		Итого n=44	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Аdditивные расстройства								
Психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления алкоголя, ПАВ	7	70	8	36,4	10	83,3 $p_{2-3} = 0,011$	25	56,8
Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия	5	50 $p_{1-2} = 0,042$	4	18,2	5	41,7	14	31,8
Употребление алкоголя с вредными последствиями	3	30	3	13,6	5	41,7	11	25
Употребление ПАВ (каннабиноиды, летучие растворители, амфетамины) с вредными последствиями	1	10	0	0	2	16,7	3	6,8
Преходящее, эпизодическое злоупотребление алкоголем	3	30	9	40,9	7	58,3	19	43,2

Статистически значимо чаще психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя, ПАВ встречались у пациентов с негативной симптоматикой (83,3 %, $p = 0,011$) по сравнению с бредовым синдромом (36,4 %). Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия статистически значимо чаще диагностирован в группе с галлюцинозно-бредовой структурой приступа (50 %, $p = 0,042$) по сравнению с пациентами с бредовым синдромом (18,2 %). В единичных наблюдениях (6,8 %) употребление каннабиноидов, летучих растворителей, амфетаминов встречалось у пациентов с галлюцинозно-бредовым синдромом и негативной симптоматикой. В состоянии алкогольного опьянения совершили ООД 68,2 % пациентов.

Приведена сравнительная оценка представленности и тяжести синдромов по шкале PANSS для пациентов с параноидной шизофренией, совершивших ООД (табл. 9). У пациентов с галлюцинозно-бредовым и бредовым синдромами получены наибольшие показатели по шкале позитивных синдромов (соответственно $27,0 \pm 7,59$ баллов и $25,8 \pm 6,31$ баллов). По шкале негативных синдромов наиболее высокие баллы выявлены у пациентов с бредовым синдромом и негативной симптоматикой ($30,1 \pm 6,04$ баллов; $23,7 \pm 5,47$ баллов). По общепсихопатологической шкале наиболее высокий балл зарегистрирован у пациентов с бредовым синдромом ($27,0 \pm 5,71$ баллов). Для пациентов с бредовым синдромом статистически значимо чаще, чем для галлюцинозно-бредового синдрома и негативной симптоматики, встречались выраженная интенсивность возбуждения (соответственно $p < 0,001$, $p = 0,011$), подозрительности, идей преследования ($p = 0,006$, $p < 0,001$); притупленного аффекта ($p < 0,001$, $p < 0,001$); пассивно-апатической отгороженности ($p < 0,001$, $p < 0,001$); эмоциональной отгороженности ($p < 0,001$, $p = 0,001$); трудности в общении ($p < 0,001$, $p = 0,001$); стереотипного мышления ($p < 0,001$, $p = 0,037$); напряженности (соответственно $p < 0,001$, $p = 0,004$). Статистически значимая разница в 1-й и 2-й группах пациентов в сравнении с 3-ой касалась выраженных проявлений бреда ($p < 0,001$, $p < 0,001$). Для галлюцинозно-бредового синдрома в сравнении с бредовым и негативной симптоматикой чаще встречались галлюцинации с выраженной интенсивностью ($p < 0,001$, $p = 0,010$); в сравнении с бредовым синдромом – умеренная выраженность возбуждения ($p = 0,024$), эмоциональной отгороженности ($p < 0,001$), трудности в общении ($p < 0,001$); с группой пациентов с негативной симптоматикой – выраженная интенсивность расстройств мышления ($p = 0,012$), подозрительности ($p = 0,010$), необычного содержания мыслей ($p < 0,001$). Среди пациентов с негативной симптоматикой статистически значимо чаще, чем у пациентов с галлюцинозно-бредовым и бредовым синдромами выявлены умеренная выраженность расстройств мышления ($p = 0,012$, $p < 0,001$), нарушений спонтанности и плавности речи ($p = 0,029$, $p = 0,037$); по сравнению с бредовым синдромом – умеренная выраженность эмоциональной отгороженности ($p = 0,001$), трудности

в общении ($p < 0,001$), пассивно-апатического аффекта ($p < 0,001$), напряжения ($p < 0,001$), нарушения внимания ($p < 0,001$); по сравнению с галлюцинозно-бредовым синдромом – выраженные проявления враждебности ($p = 0,029$), нарушений абстрактного мышления ($p = 0,046$), напряженности ($p = 0,030$), умеренная выраженность малообщительности ($p < 0,001$). Таким образом, среди позитивных симптомов (умеренные, выраженные и сильно выраженные) для 1 и 2 групп пациентов статистически значимо чаще встречались возбуждение, подозрительность, бред; для 1 группы – расстройство мышления, галлюцинации; для 3 группы – враждебность. Среди негативных синдромов для 3-х групп пациентов были характерны эмоциональная отгороженность, трудности в общении, для 2 и 3 группы – пассивно-апатическая отгороженность, для 2 группы – притупленный аффект, нарушение спонтанности и плавности речи, для 3 группы – нарушение абстрактного мышления. Для 2 и 3 групп пациентов среди общепсихопатологических синдромов статистически значимо чаще встречались напряженность, для 1 группы – необычное содержание мыслей, для 3 группы – нарушение внимания, малообщительность.

У пациентов с галлюцинозно-бредовым синдромом статистически значимые различия среди позитивных синдромов получены в 71,4 %. У пациентов с бредовым синдромом и негативной симптоматикой выявлена статистически значимая разница среди негативных синдромов в 71,4 % и 51,7 % соответственно (табл. 10).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучены факторы формирования общественно опасных действий у пациентов с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения, находящихся на принудительном стационарном лечении. В 72,7 % случаях ООД были совершены под влиянием психотических переживаний пациентами с галлюцинозно-бредовым (22,7 %) и бредовым (50 %) синдромами. В 27,3 % случаях противоправные действия были обусловлены преимущественно негативной симптоматикой с выраженными нарушениями поведения. Наиболее часто пациенты совершали убийства (с бредовым синдромом – 54,5 %, галлюцинозно-бредовой структурой приступа и негативной симптоматикой – соответственно по 50 %) без статистически значимой разницы. Причинение легкого вреда здоровью и преступления против незнакомых людей встречались статистически значимо чаще среди пациентов с негативной симптоматикой по сравнению с пациентами с бредовым синдромом ($p = 0,042$, $p = 0,012$). На момент исследования около 40 % пациентов были в возрасте 31–40 лет (как правило, с галлюцинозно-бредовой и бредовой структурой приступа) и характеризовались неблагополучным социальным статусом (в 43,2 % были холосты – статистически значимо чаще пациенты с бредовым синдромом ($p = 0,035$) по сравнению с пациентами

с негативной симптоматикой, (16,7 %); в 31,8 % находились в разводе и 38,6 % проживали одни, больше чем у половины (65,9 %) отсутствовали дети. Только пациенты с негативной симптоматикой статистически значимо чаще проживали с супругой ($p = 0,038$) по сравнению с пациентами с бредовым синдромом.

Аддитивные расстройства в анамнезе наиболее часто были представлены психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя, ПАВ у пациентов с негативной симптоматикой (83,3 %, $p = 0,011$) по сравнению с галлюцинаторно-бредовым синдромом (36,4 %). Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия статистически значимо чаще диагностирован

в группе с галлюцинаторно-бредовой структурой приступа (50 %, $p = 0,042$) по сравнению с пациентами с бредовым синдромом (18,2 %). В 68,2 % случаев пациенты совершили ООД в состоянии алкогольного опьянения.

Среди факторов риска ООД у большей половины пациентов с параноидной шизофренией выявлена наследственная отягощенность психическими заболеваниями (54,5 %, наиболее часто (38,6 %) алкоголизмом), экзогенная компрометация головного мозга (в том числе в 65,9% случаев - черепно-мозговые травмы), акцентуация по эмоционально-неустойчивому типу (63,6 %) без статистически значимой разницы между группами пациентов.

ТАБЛИЦА 9

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ПО ШКАЛЕ PANSS У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

TABLE 9

SEVERITY OF SYMPTOMS ON THE PANSS SCALE IN PARANOID PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

Шкала PANSS	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)	
Шкала позитивных синдромов, средний балл	27,0 ± 7,59		25,8 ± 6,31		11,3 ± 4,25	
Шкала негативных синдромов, средний балл	19,8 ± 2,81		30,1 ± 6,04		23,7 ± 5,47	
Общесихопатологическая шкала, средний балл	22,2 ± 3,39		27,0 ± 5,71		15,2 ± 2,34	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
П1 Бред						
Очень сильная выраженность	10	100 $p_{1-3} < 0,001$	22	100 $p_{2-3} < 0,001$	0	0
П2 Расстройство мышления						
Умеренная выраженность	1	10	0	0	8	66,7 $p_{1-3} = 0,012$ $p_{2-3} < 0,001$
Сильная выраженность	9	90 $p_{1-3} = 0,012$	0	0	4	36,3
Очень сильная выраженность	0	0	22	100 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$	0	0
П3 Галлюцинации						
Очень сильная выраженность	10	100 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} = 0,010$	0	0	0	0
П4 Возбуждение						
Умеренная выраженность	3	30 $p_{1-2} = 0,024$	0	0	1	8,3
Сильная выраженность	3	30	22	100 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} = 0,011$	8	66,7

ТАБЛИЦА 9 (продолжение)

TABLE 9 (continued)

Шкала PANSS	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)	
П6 Подозрительность, идеи преследования						
Сильная выраженность	5	50 $p_{1-3} = 0,010$	21	95,5 $p_{1-2} = 0,006$ $p_{2-3} < 0,001$	0	0
П7 Враждебность						
Сильная	6	60	22	100 $p_{1-2} = 0,006$	12	100 $p_{1-3} = 0,029$
Н1 Притупленный аффект						
Сильная выраженность	1	10	22	100 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$	1	8,3
Н2 Эмоциональная отгороженность						
Слабая выраженность	0	0	0	0	5	41,7 $p_{1-3} = 0,040$
Умеренная выраженность	7	70 $p_{1-2} < 0,001$	0	0	6	50 $p_{2-3} = 0,001$
Сильная выраженность	3	30	22	100 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$	1	8,3
Н3 Трудности в общении						
Слабая выраженность	6	60 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} = 0,0015$	0	0	1	8,3
Умеренная выраженность	3	30 $p_{1-2} < 0,001$	0	0	7	58,3 $p_{2-3} < 0,001$
Сильная выраженность	1	10	20	90,9 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} = 0,001$	4	33,3
Н4 Пассивно-апатическая отгороженность						
Слабая выраженность	3	30 $p_{1-2} = 0,024$	0	0	0	0
Умеренная выраженность	6	60 $p_{1-2} < 0,001$	0	0	7	58,3 $p_{2-3} < 0,001$
Сильная выраженность	1	10	22	100 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$	1	8,3
Н5 Нарушение абстрактного мышления						
Умеренная выраженность	3	30 $p_{1-2} = 0,0012$	0	0	3	25
Сильная выраженность	3	30	22	100 $p_{1-2} < 0,001$	9	75 $p_{1-3} = 0,0456$
Н6 Нарушение спонтанности и плавности мышления						
Слабая выраженность	4	40 $p_{1-2} = 0,006$	0	0	0	0
Умеренная выраженность	0	0	0	0	5	41,7 $p_{1-3} = 0,030$ $p_{2-3} = 0,037$
Сильная выраженность	0	0	22	100 $p_{1-2} < 0,001$	0	0

ТАБЛИЦА 9 (продолжение)

TABLE 9 (continued)

Шкала PANSS	1 группа Галлюцинаторно- бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)	
H7 Стереотипное мышление						
Сильная выраженность	0	0	22	100 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} = 0,037$	0	0
O2 Тревога						
Умеренная выраженность	5	50 $p_{1-3} = 0,043$	20	90,1 $p_{1-2} = 0,019$	1	8,3
O4 Напряженность						
Умеренная выраженность	9	90 $p_{1-2} < 0,001$	1	4,5	7	58,3 $p_{2-3} < 0,001$
Сильная выраженность	0	0	20	90,1 $p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-3} = 0,004$	5	41,7 $p_{1-3} = 0,030$
O7 Моторная замедленность						
Умеренная выраженность	2	20	21	95,5 $p_{2-3} < 0,001$	0	0
O8 Малоконтактность						
Умеренная выраженность	3	30	0	0	12	100 $p_{1-3} = 0,001$
O9 Необычное содержание мыслей						
Умеренная выраженность	0	0	0	0	3	25 $p_{2-3} < 0,001$
Сильная выраженность	10	100 $p_{1-3} < 0,001$	22	100 $p_{2-3} < 0,001$	0	0
O11 Нарушение внимания						
Умеренная выраженность	4	40	0	0	12	100 $p_{2-3} < 0,001$
Сильная выраженность	0	0	22	100 $p_{2-3} < 0,001$	0	0
Позитивные симптомы	2/7	71,4	3/7	28,6	2/7	9,1
Негативные симптомы	5/7	42,9	5/7	71,4	4/7	51,7
Общепсихопатологические симптомы	1/11	28,6	1/11	9,1	3/11	27,3

По шкале PANSS у пациентов с параноидной шизофренией, совершивших ООД, среди позитивных синдромов для 1 и 2 групп выявлена статистически значимо большая представленность возбуждения, подозрительности и бреда, для 1 группы – галлюцинаций, для 3 – враждебности. Для трех групп пациентов были характерны такие негативные синдромы, как эмоциональная отгороженность, трудности в общении, для 2 и 3 группы – пассивно-апатическая отгороженность, только для 2 группы – притупленный аффект, нарушения спонтанности и плавности речи, для 3 группы – нарушение абстрактного мышления. Среди общепсихопатологических синдромов во 2 и 3 группах отмечена статистически большая частота напряжения, для 1 группы

– необычного содержания мыслей, для 3 группы – нарушения внимания, малоконтактности. Выявлена большая представленность позитивных синдромов среди пациентов с галлюцинаторно-бредовым синдромом (71,4 %), у пациентов с бредовым синдромом и негативной симптоматикой чаще встречались негативные синдромы (соответственно 71,4 % и 51,7 %).

Выявление факторов риска формирования общественно опасных действий у пациентов с шизофренией является важным в судебно-психиатрической профилактике. В настоящем исследовании в зависимости от синдромальной структуры приступа наиболее тяжелые преступления, в том числе убийства, совершались пациентами с галлюцинаторно-бредовой и бредовой

ТАБЛИЦА 10

**ЧАСТОТА СИМПТОМОВ ПО ШКАЛЕ PANSS
У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ
ДЕЙСТВИЯ**

	1 группа Галлюцинаторно-бредовой синдром (n = 10)		2 группа Бредовой синдром (n = 22)		3 группа Негативная симптоматика (n = 12)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Шкала позитивных синдромов	2/7	71,4	3/7	28,6	2/7	9,1
Шкала негативных синдромов	5/7	42,9	5/7	71,4	4/7	51,7
Общесихопатологическая шкала	1/11	28,6	1/11	9,1	3/11	27,3

TABLE 10

**FREQUENCY OF SYMPTOMS OF THE PANSS SCALE IN
PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO
HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS**

симптоматикой по продуктивно-психотическим механизмам ООД. Пациентам с обострением психотической симптоматики, негативными расстройствами и различными вариантами аддиктивного поведения необходима своевременная госпитализация с адекватной психофармакотерапией для стабилизации психотических симптомов, редукции враждебности и возбуждения и социально направленные реабилитационные мероприятия с целью коррекции антисоциальных установок. Учет факторов риска формирования ООД, в том числе клинико-психопатологических, социально-демографических, социальных, личностных, коморбидных расстройств, связанных с употреблением ПАВ, способствует предупреждению общественно опасного поведения у больных шизофренией.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи сообщают об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Полубинская С.В., Макушкина О.А. Прогноз риска опасных действий лиц с психическими расстройствами: зарубежный опыт и российские перспективы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016; 26(3): 97-100. [Polubinskaya SV, Makushkina OA. Prediction of the risk of dangerous actions by persons with mental disorders: foreign experience and Russian perspectives. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*. 2016; 26 (3): 97-100. (In Russ.)]
2. Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Голланд В.Б., Яхимович Л.А., Муганцева Л.А. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006-2013 г.г. (динамика показателей и анализ эффективности): Аналитический обзор. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. [Makushkina OA, Kotov VP, Mal'ceva MM, Golland VB, Yahimovich LA, Muganceva LA. *The system of prevention of public danger of mentally ill people in Russia in 2006-2013*

(dynamics of indicators and effectiveness analysis): Analytical review. М.: FMICPN named by VP Serbskogo" Minzdrava Rossii, 2015. (In Russ.)].

3. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. *Этнокультуральная психиатрия*. М.: Юрайт, 2024. [Dmitrieva TB, Polozhij BS. *Ethnocultural psychiatry*. М.: Yurajt, 2024. (In Russ.)].

4. Мальцева М.М. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами. *Handbook of Forensic Psychiatry. Edited by A.A. Tkachenko. 2nd edition, revised and enlarged*. М.: Юрайт, 2015. [Mal'ceva MM. Psychopathological mechanisms of socially dangerous actions of patients with mental disorders. *Rukovodstvo po sudebnoj psixiatrii. Pod red. A.A. Tkachenko. 2-e izd., pererab. idop*. М.: Yurajt, 2015. (In Russ.)].

5. Осколкова С.Н., Фастовцев Г.А. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипических расстройствах и хронических бредовых психозах. *Руководство по судебной психиатрии*. Под ред. А.А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2015. [Oskolkova SN, Fastovcev GA. Forensic psychiatric examination in schizophrenia, schizotypal disorders and chronic delusional psychoses. *Handbook of Forensic Psychiatry. Edited by A.A. Tkachenko. 2nd edition, revised and enlarged*. М.: Yurajt, 2015. (In Russ.)].

6. Алькина В.О. Прогностическая оценка риска общественно опасных действий у больных шизофренией. *Психиатрия*. 2024; 22(4): 11-12. [Al'kina VO. Prognostic assessment of the risk of socially dangerous actions in patients with schizophrenia. *Psixiatriya*. 2024; 22(4): 11-12. (In Russ.)].

7. Макушкина О.А., Авдонина С.М. Протективные факторы в структурированной оценке риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами. *Российский психиатрический журнал*. 2018; 4: 4-14. [Makushkina OA, Aldonina SM. Protective factors in structured risk assessment of dangerous behaviour in persons with mental disorders. *Russian Psychiatric Journal*. 2018; (4): 4-14. (In Russ.)].

8. Huang ZH, Wang F, Chen ZL, Xiao YN, Wang QW, Wang SB, et al. Risk factors for violent behaviors in patients with schizophrenia: 2-year follow-up study in primary mental health care in China. *Psychiatry*. 2023; 13: 947987. doi: 10.3389/fpsyt.2022.947987
9. Голеньков А.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деликты против жизни и здоровья. *Российский психиатрический журнал*. 2015; 5: 17-23. [Golenkov AV. Clinical and social characteristics of patients with schizophrenia who have committed socially dangerous offenses against life and health. *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal*. 2015; 5: 17-23. (In Russ.)].
10. Хмара Н.В., Скугаревский О.А. Феномен агрессии у лиц с шизофренией. *Проблемы здоровья и экологии*. 2021; 18(2): 66–70. [Hmara NV, Skugarevskij OA. The phenomenon of aggression in people with schizophrenia. *Problemy zdorov'ya i ekologii*. 2021; 18(2): 66–70. (In Russ.)]. doi: 10.51523/2708-6011.2021-18-2-10
11. Leposavic L, Dimitrijevic D, Dordevic S, Leposavic I, Balkoski GN. Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatr Danub*. 2015; 27(1): 84-9.
12. Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022; 79(2): 120-132. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3721
13. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987; 13(2): 261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
14. Мосолов С.Н. *Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств*. М.: Новый цвет, 2001. [Mosolov SN. *Psychometric assessment scales for schizophrenia symptoms and the concept of positive and negative disorders*. М.: Novyj cvet, 2001. (In Russ.)].
15. Макушкина О.А. Оценка риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*; 2017; 27(3): 49-55. [Makushkina OA. Assessment of the risk of socially dangerous behavior of people with mental disorders. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2017; 27(3): 49-55. (In Russ.)].

Сведения об авторах

Иванова Людмила Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>

Туаева Екатерина Евгеньевна – врач-психиатр принудительного отделения № 12 ОГКУЗ Иркутской областной клинической психиатрической больницы № 1; e-mail: dr.tuaeva-kata@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-0840-4119>

Рожкова Нина Юрьевна – старший преподаватель кафедры педагогических и информационных технологий, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: rozhkova2001@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5771-2514>

Information about the authors

Lyudmila A. Ivanova – Cand. Sc. (Med.), docent of the department of psychiatry and narcology of Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>

Ekaterina E. Tuaeva – psychiatrist of the compulsory department № 12 of the Irkutsk regional clinical psychiatric hospital № 1; e-mail: dr.tuaeva-kata@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-0840-4119>

Nina U. Rozhkova – a senior lecturer at the Department of Pedagogical and Information Technologies of Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; e-mail: rozhkova2001@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5771-2514>