

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

С.Н. Осколкова, М.В. Яковлева

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОШИБОК
И РАСХОЖДЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
ШИЗОФРЕНИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 25 ЛЕТ

УДК 616.895 – 091

Проанализированы объективные и субъективные причины расхождений и ошибок в диагностике шизофрении на протяжении 25-30 лет в Центре им. В.П. Сербского, Центральном регионе России и в Якутии. Использован большой массив собственных наблюдений авторов и литературные данные, основанные на архивах. Полученные данные указывают на сохранение актуальности одних и тех же причин гипо- и гипердиагностики шизофрении на протяжении всего исследованного периода. Сделан вывод о важности дальнейшего совершенствования диагностических подходов и методов.

Ключевые слова: шизофрения, объективные и субъективные диагностические ошибки и расхождения.

Objective and subjective causes of differences and mistakes in schizophrenia diagnostics were analysed on the basis of examining of two cohorts of patients in Russia and one in Yakutia, medical documents in the period 25-30 years. The obtained results of the research demonstrate preservation of actuality of the same diagnostic problems (in hypo and hyper schizophrenia diagnosis), as 30 years ago. The assumption was made about the importance of further development of diagnostical approaches and methods.

Keywords: schizophrenia, objective and subjective causes of differences and mistakes in diagnostics.

Введение. Диагностические расхождения и ошибки в психиатрии – как и в общей, так и в судебной, несмотря на многочисленные исследования, направленные на уточнение диагностических критериев, остаются сравнительно частым явлением. Согласно данным ГНЦ и ССП им. В.П. Сербского, на протяжении около 30 лет (1980-2012 гг.) около одной трети повторных судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) расходятся с заключениями первичной СПЭ [10, 17].

На основании анализа литературы и собственных наблюдений правомерно разделение случаев изменения диагноза на два основных варианта: 1) вследствие ошибочности предыдущего при объективной возможности правильной квалификации психопатологического состояния, 2) при невозможности этого на каком-то этапе заболевания. Второй вариант во многом обусловлен постоянным многофакторным патоморфозом шизофрении и разнообразием её атипичных проявлений с нозологически нейтральным оформлением [9, 12, 23], а также постоянным учащением культуральных особенностей психопатологии и динамики [21]. Последний фактор связан с интенсификацией миграции населения в мире [2, 24, 25].

Основная часть диагностических расхождений и ошибок в психиатрии наблюдается при сложности отграничения шизофрении с психопатоподобными, невротоподобными проявлениями от расстройств личности, в том числе, органического генеза, причем,

преимущественно в плане гиподиагностики эндогенного расстройства.

Рассматривая проблему совершенствования диагностики шизофрении как одну из приоритетных в общей и судебной психиатрии, сформулирована **цель исследования:** сравнительный анализ причин расхождений и ошибок при дифференциальной диагностике шизофрении в период 1980-х–1990-х гг. и в последние 10 лет.

Материал и методы исследования. Материал сопоставления: аналитическая монография Н.Г. Шумского [19], основанная на изучении ошибок в диагностике шизофрении в судебной психиатрии (по данным архива Центра им. В.П. Сербского за период 1962-1983 гг.), 225 случаев изменения диагноза при гипо- или гипердиагностике шизофрении в период 1985-1990 гг. при повторной СПЭ в Центре им. В.П. Сербского (собственные наблюдения), особенности диагностики шизофрении в связи с патоморфозом у 268 больных Хабаровского края, госпитализированных в период 1965-1970 гг. и 2006-2009 гг. в ПБ им. проф. И.Б. Галанта (собственные наблюдения), а также литературные данные последних 10 лет. Принцип изложения данных – хронологический. Методами исследования стали сравнительный системный, клинко-катамнестический, клинко-психопатологический анализы.

Результаты и обсуждение. Среди субъективных причин ошибочной гиподиагностики шизофрении в Центре им. В.П. Сербского за период 1962-1983 гг., Н.Г. Шумским [19] по архивным материалам выявлены следующие: 1) недооценка сведений о круге интересов, характере, психических расстройствах в анамнезе и придание первостепенного значения поведению подэкспертных во время СПЭ; игнорирование сведений, полученных от родственни-

ков. Однако отмечено, что только в 1 из 414 случаев родственники сообщили неверные сведения; 2) стремление экспертов основываться на данных уголовного дела, то есть на сведениях, полученных не психиатром, а юристом; недооценка данных из медицинских учреждений (даже из стационаров); 3) игнорирование данных о наследственности (в 50 % случаев они неполные); 4) неполное описание преморбидных особенностей, особенно возрастных кризов (прежде всего пубертатного); 5) неполное описание психического состояния во время криминального поведения, игнорирование имевшихся психотических проявлений; 6) недоверие к тому, что говорят подэкспертные, придание несоразмерного значения «диссоциации» между высказываниями больных и их поведением; 7) игнорирование проявлений дефекта в эмоционально-волевой сфере, наличия инфантилизма, отсутствия критики к своему состоянию и ситуации; 8) игнорирование нарушений мышления (например, резонерства); 9) недооценка тяжести и глубины расстройств психики (например, квалификация бреда как сверхценных идей, как выражение истерической реакции или как бредоподобных фантазий); 10) игнорирование кататонических расстройств; 11) стремление рассматривать аутоагрессивное поведение, суицидальные и импульсивные поступки, даже в сочетании с бредом, галлюцинациями, кататоническими проявлениями как психопатические (в рамках расстройства личности по МКБ-10). Оценка депрессий с витальными ощущениями как «состояние естественной подавленности»; 11) оценка психотического состояния как симулятивного или защитного, установочного (примерно у 1/6 части экспертируемых); 12) игнорирование или недоучет многих

ОСКОЛКОВА Софья Натановна – д.м.н., проф., вед. н.с. ГНЦ и ССП им. В.П. Сербского (Москва), petroskolkov@yandex.ru;
ЯКОВЛЕВА Мария Владимировна – к.м.н., ст. препод. Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, jacob83@inbox.ru.

психопатологических нарушений 1-го ранга по К. Шнейдеру; 13) переоценка значимости травмирующей ситуации и перенесенных в прошлом органических поражений мозга, игнорирование особенностей психопатологической симптоматики; 14) недостаточный анализ синдромальной квалификации имевшихся в анамнезе расстройств и закономерностей смены синдромов; 15) недооценка глубины дефекта.

Шумский Н.Г. пришел к выводу, что субъективные и объективные ошибки периферийных экспертных комиссий и комиссий в ГНЦ им. В.П. Сербского по существу идентичны [19]. Причина ошибок гиподиагностики шизофрении автору видится в недостаточном использовании принятых в психиатрии методов обследования, принципов деонтологии, а также в несовершенстве диагностического подхода.

Чаще всего ошибочно диагностировались психопатия (расстройство личности), на 2-м и 3-м местах по частоте – реактивные состояния и органические поражения ЦНС (расстройства личности и острые реакции на стресс по МКБ-10).

По мнению Н.Г. Шумского, выявленные причины гиподиагностики шизофрении характерны и для общей психиатрии, встречаются в амбулаторных и стационарных учреждениях. Частично это связано с особенностями течения самого заболевания, частично – с опасениями повредить преждевременным диагнозом больному, но большей частью с указанными выше факторами. За сравнивавшиеся периоды число ошибочных диагнозов при шизофрении или оставалось на одном уровне или имело тенденцию к увеличению. Среди подэкспертных преобладают лица, заболевшие в детско-юношеском возрасте. Первоначально болезнь определяется вялым течением с преимущественно психопатоподобными расстройствами, позже сменяющимися манифестными психозами – чаще всего с непрерывным или приступообразно-прогредиентным течением шизофрении, среди которых в 93% среднетяжелые и тяжелые случаи болезни. Шумским Н.Г. указано, что к моменту установления правильного психиатрического диагноза длительность болезни может составлять 10-20 лет, у части больных заболевание началось задолго до того, как ими были совершены противоправные деяния, повлекшие за собой направление на СПЭ. Подчеркивалось, что чаще всего неправильно квалифицируются состояния, в которых выражены психопато-

подобные расстройства – в частности, как «глубокая психопатия».

По данным работы С.Н. Осколковой [17], информационная иерархия диагностически и экспертно значимых признаков при шизофрении и органическом расстройстве личности зависит от всего их массива. Один и тот же признак в разных информационных «контекстах» (т.е. и при динамическом наблюдении, и в различных диагностически или экспертно альтернативных ситуациях) может принадлежать к различным группам – информационно нейтральных, характерных расстройств и др., – что подчеркивает важность системно-функционального подхода в психиатрической диагностике и её сложность при первичном установлении диагноза «шизофрения».

Учет взаимосвязей между симптомами при выявлении симптомов одной информационной группы и при шизофрении, и при другом психическом расстройстве должна служить основанием для целенаправленного поиска признаков (симптомов) другой группы, но врачи могут расценивать имеющуюся информацию как достаточную, хотя она не является таковой. Этому способствуют сложность контакта с больным и диссимуляция. Важнейшими признаками, трудно выявляемыми, но «настораживающими» в отношении шизофрении, являются ситуационно независимые аффективные колебания; ощущение неопределенной измененности своего «Я», утрата (снижение) нюансировки в межличностных отношениях, немотивированные страхи, опасения, появление грубых психопатоподобных форм поведения и/или аутизации, а также утверждение больного о чуждости для него совершенного правонарушения. Основными «опережающими» признаками шизофрении можно считать высказывания, отражающие ощущение раздвоение личности, предположительное бредовое объяснение тех или иных событий, псевдогаллюцинации в форме беззвучных окликов, расщепление целостного эмоционально-мимического реагирования, периоды ментизма, единичные шперрунги, нестойкие сензитивные идеи отношения, нелепое поведение в состоянии опьянения.

Причинами гипердиагностики шизофрении в случаях органического расстройства личности могут быть состояния, сходные с гебоидным, неврозоподобные расстройства, подобные соматопсихической хрупкости шизофренического генеза, отсутствие потребности в духовной близости с

людьми, снижение способности к целенаправленной деятельности, постоянное раздражение, злобность аффекта, близкие к негативистичности, кратковременные состояния ожидания чего-то страшного, психотическое состояние с полиморфной симптоматикой в анамнезе, т.е. признаки, сходные с «настораживающими» в отношении эндогенного процесса. Психотические синдромы при гипердиагностике шизофрении у лиц с органическим расстройством личности, как правило, обусловлены злоупотреблением алкоголем и имеют шизофреноформные включения.

Изучение диагностических и экспертных расхождений и ошибок нередко выявляет динамику заболевания от сравнительно нетипичных нарушений до более нозологически очерченных, «концентрируя» многие проявления патоморфоза как шизофрении, так и органического расстройства личности, а такие экзогенно-интоксикационных психозов. При этом при шизофрении преобладают медленно текущие формы с психопатоподобным состоянием (соотношение с другими примерно 1:5), а при органическом расстройстве личности – варианты с периодом неблагоприятной динамики психопатоподобных расстройств.

В структуре психопатоподобных состояний при гиподиагностике шизофрении сочетаются изоморфные позитивные и негативные (при преобладании первых) расстройства, а при гипердиагностике шизофрении в случаях органического расстройства личности кроме выраженной психопатизации личности отмечаются отдельные негативные проявления, как правило, быстро сформировавшиеся в пубертатном периоде.

Анализ большинства нозологически неверно квалифицируемых психопатоподобных состояний при шизофрении свидетельствует о сочетании присущих им структурных элементов с кратковременными психотическими эпизодами, в том числе экзогенно спровоцированными и/или со стертой диссимулируемой субпсихотической симптоматикой. Многие признаки, «настораживающие» в плане вероятности шизофрении, «опережающие» или нозологически максимально специфические для неё на определенном этапе динамики не только маскируются изоморфным психопатоподобным состоянием, но и патопсихологически обуславливают его.

Среди причин катamnестически неподтверждаемого заключения о

вменяемости при шизофрении большое место занимают несвоевременное распознавание дальнейшего течения процесса в период ремиссии, дефицитарности психики, продуктивно-психотической симптоматики, а также недоучет кратковременности и фармакологической детерминированности улучшения состояния.

Среди причин гипердиагностики шизофрении у лиц с органическим расстройством личности существенна сложность соотнесения признаков, «настораживающих» в отношении шизофрении при ограниченном анамнезе, с другими информационными звеньями [16].

Основными субъективными причинами (факторами), способствующими диагностическим (экспертным) расхождениям и ошибкам, чаще всего оказываются преморбидная асоциальность личности, психологизация мотивов антисоциального поведения и его реально-бытовой характер, редко – симуляция [14;15].

Результаты исследования указанного автора также свидетельствуют об относительной частоте невозможности правильной квалификации психопатологического состояния на определенном этапе клинической динамики. Нозологическая квалификация подобных состояний может расцениваться как неправомерная с предпочтительностью синдромального диагноза.

Сопоставление патоморфоза у больных шизофренией славянской этнической группы Хабаровского края в отличие от якутской в периоды с 1965 по 1970 г. и с 2006 по 2009 г. [21] показало снижение уровня социальной адаптации, социального положения при меньшем когнитивном дефекте, а злоупотребление алкоголем утратило гендерную связь. В последнее десятилетие у больных шизофренией в инициальном периоде стали достоверно реже отмечаться паранойяльный синдром, вычурные, нелепые сенестопатии при общей закономерности снижения частоты данного психопатологического синдрома среди современных больных. Соответственно, снизилась и встречаемость ипохондрического бреда. На современном этапе патоморфоза телесные сенсации все больше обретают сходство с соматическим ощущениями. Процент встречаемости истинных обманов восприятия достоверно снизился, а псевдогаллюцинаций возрос. За период сопоставления снизился частота моторного компонента психических автоматизмов и отказы от пищи как

отражение уменьшения частоты идей отравления. Эти факторы, в свою очередь, облегчают возможность диссимуляции. В то же время учащение религиозных переживаний не всегда трактуется как бред, ввиду оживления религиозных конфессий. Снизилась актуальность таких бредовых фабул, как «гипнотическая» и «воздействия электрическим током», что отражает определенный социокультуральный прогресс и расширение объема информации. При сравнении аффективных синдромов оказалось, что у современных больных шизофренией достоверно чаще встречаются депрессивные расстройства, чем ранее, что, вероятно, имеет медико-социальные причины. В целом исследование указанного автора выявило значительный патоморфоз шизофрении со стиранием границ между «классическими» формами, атипичном клиническом оформлении расстройства со снижением яркости многих синдромов. Таким образом, за исследованный период возросла вероятность диагностических расхождений и ошибок.

Значение анамнеза в уточнении нозологии психического расстройства подтверждается все новыми работами. Так, Осколковой С.Н. и Фёдоровой Т.В. [18] описаны сложности разграничения шизофрении и диссоциального расстройства личности. С одной стороны, могут быть выражены изменения эмоционально-волевой сферы, в том числе, неспособность к высшим формам эмоционального реагирования, что считается характерным для обоих расстройств. С другой стороны, облигатные для шизофренического процесса расстройства (бредовые идеи) могут носить транзиторный характер. Дополнительно затрудняют дифференциальную диагностику и судебно-психиатрическую оценку может патология влечений, обуславливающая правонарушения.

Глубокая дисгармоничность личности может отражать как шизофренический процесс, так и прогрессивные нарушения эмоционально-волевой сферы, начавшиеся с дизонтогенеза. В подобных случаях анамнез можно считать единственным объективным критерием диагноза.

В 2000 г. С.Н. Агафонов описал наблюдения несвоевременной диагностики шизофрении, обратив внимание на недооценку анамнестических сведений о раннем аутизме, аутохтонных колебаниях и расстройствах влечений (дромомании) в подростковом возрасте, появлении агрессивных и ау-

тоагрессивных тенденций, эпизодов галлюцинаторно-параноидных расстройств с аффектом страха, последующими эмоционально-волевыми изменениями, специфическими нарушениями мышления и социальной дезадаптацией [1]. Также не всегда анализируются внешняя безмотивность тяжелых правонарушений против личности, показания свидетелей о неадекватности поведения обследованных. В то же время переоценивается роль психогенно-травмирующей ситуации в недоступности подэкспертного продуктивному контакту, ипохондрических переживаниях, сенестопатиях.

В.Г. Василевский и О.И. Печенкина анализировали проблему гипердиагностики шизофрении при расстройстве личности и пришли к выводу, что в ряде случаев только анамнез показывает отсутствие четкого психопатологического сдвига или манифестного приступа на протяжении жизни [4]. Кроме того, причинами ошибочной диагностики шизофрении могут являться актёрские способности подэкспертного, определенный запас психиатрических знаний, если он ранее лечился в психиатрических учреждениях.

Н.Б. Большакова выявила на конкретном случае причины несвоевременной диагностики параноидной шизофрении с сексуальными расстройствами: активность предъявления персекуторных жалоб, вариативность личностного реагирования, включающего и истерические формы, упорядоченность поведения и сглаженность эмоций при описании психотических переживаний [3]. По мнению автора, в диагностической ошибке проявились традиционные и непреодоленные в практике представления о нехарактерности для больных шизофренией психологически правильного поведения, недостаточное внимание к особым изменениям невербального поведения, эмоциональной дефицитарности. Также при иной квалификации психопатологии не было проанализировано феноменологическое оформление аутоэротической активности с использованием необычных заместителей женских половых органов. Критская В.П. [11] рассматривала указанный феномен в плане специфических нарушений избирательности мышления – с игнорированием функциональных, значимых свойств предметов. Кроме того, не сразу была дана правильная оценка трансформации парафильного комплекса, происходившая в тесной связи с манифестацией шизофренического психоза, с преобразованием

изначально произвольных побуждений в насильственные, а затем в отчуждаемые с бредовой персонификацией. Это отражает последовательные этапы дезавтоматизации психических процессов с формированием параноидных переживаний. Большакова Н.Б. на приведенном примере подчеркивает важность в диагностическом процессе учета особенностей расстройств, коморбидных основной нозологии.

Ф.В. Кондратьев отметил, что, несмотря на внешнюю потерю аффекта, больные шизофренией часто способны к эмоциональным переживаниям на нормальном или даже повышенном уровне, особенно при стрессовых или негативных событиях [10]. Он же подчеркнул, что во всем мире примерно одинаковое количество людей страдают шизофреническими психозами, но симптомы, на основании которых ставится диагноз, фабульно изменяются в зависимости от культуры.

Указанный автор отметил, что в судебно-психиатрической практике часто встречаются подэкспертные, которые внешне не обнаруживают психических расстройств, требующих активной помощи, их не отторгала социальная среда. Многие после достижения ремиссии стремятся уйти из-под психиатрического наблюдения. Констатируется недостаточная изученность длительных постпсихотических состояний, когда больные поступают на СПЭ как первичные. Ф.В. Кондратьев отмечает как одну из причин диагностических расхождений отношения конфронтации больного шизофренией и врача-эксперта, так как больной считает, что диагноз отстранит его от объективного расследования и диссимилирует проявления болезни. Объективные же сведения о подэкспертном могут быть достаточно противоречивы, что может быть связано с самой сущностью шизофрении. В судебно-психиатрической практике у больного шизофренией, как и ранее, нельзя исключать влияния на клиническую картину психогенного фактора. Это и 100 лет назад, и теперь считается существенным в диагностических ошибках. По данным С.П. Елкина [7], в половине случаев дебюта параноидной шизофрении имеют место стрессовые ситуации. По мнению Ф.В. Кондратьева [10], сложность диагностирования шизофрении в судебно-психиатрической практике в настоящее время усугубляется частотой ранней органической патологии головного мозга, последствий травмы головы. А.А. Двирский [6], К.Д. Малков [13] отмечают сложности диа-

гностики шизофрении при сочетании с хроническими интоксикациями. Особенную трудность представляют атипичные клинические формы – результат патопластики шизофренического процесса при различных экзогенных факторах [10;12]. По данным Н.С. Лебедевой, ежегодно 4-6 % больных шизофренией устанавливается иной диагноз [12]. По данным Ф.В. Кондратьева [10], 8-12 % подэкспертных направляются на принудительное лечение без решения экспертных вопросов из-за атипичной картины шизофрении. Атипичные психопатологические состояния вследствие экзогенных факторов могут иметь значительное феноменологическое сходство с синдромами у лиц, не страдающих шизофренией. В то же время отличия с истинными экзогенными расстройствами могут быть незначительны и нестойки. Кроме того, при шизофрении с преобладанием психопатоподобных расстройств возможна субъективная «штампованность» клинических представлений.

Естественно, диагностические ошибки и расхождения всегда возможны из-за симулятивного поведения обследуемых. Не менее актуальны в этом плане психические изменения, имитирующие проявления шизофрении и обусловленные соматическими заболеваниями, социальными факторами, в том числе, макроэкономическими (сложности с работой и др.). Вместе с тем, снижение энергетического потенциала, апатико-абулические расстройства могут отмечаться не только в рамках шизофренического процесса, но и хронических инфекций (туберкулез, инфекционный гепатит и др.), что также наблюдается с давних времен.

Заключение. Как следует из анализа полученных данных, за последние 20-35 лет основные объективные причины расхождений и ошибок при дифференциальной диагностике шизофрении значительно не изменились. Это связано с перманентным патоморфозом, видоизменением «классической» клинической картины вплоть до атипичной, частым её оформлением нозологически нейтральными признаками. Можно отметить учащение диссимуляции, нередкий дефицит информации, что существенно обусловлено сложными социальными факторами.

Субъективные причины гипо- и гипердиагностики шизофрении, зависящие от квалификации и тщательности работы психиатра, естественно, со временем могут утрачивать значимость для своевременной правильной оценки психического состояния. В этом

большую роль должны играть различные курсы и циклы повышения квалификации, разработка шкал оценки психического состояния, расширение знаний о международных критериях диагностики.

Описанные в статье причины диагностических расхождений и ошибок могут иметь научное и практическое значение при квалификации различных психических расстройств. Например, полученные данные актуальны в проблеме разграничения шизофрении и эпилепсии [8; 20; 22], диагностической и экспертной оценке задержки психического развития, особенно в плане единства медицинских и психологических критериев невменяемости или недееспособности [5].

Литература

1. Агафонов С.Н. Анализ случая ошибочной диагностики у больного шизофренией в период судебно-психиатрической экспертизы / С.Н. Агафонов // Практика СПЭ. – 2000. – №38. – С.129 – 141.
2. Agafonov S.N. Analysis of a case of misdiagnosis in patients with schizophrenia during psychiatric examination / S.N. Agafonov // Practice TEs. – 2000. – № 38. – P. 129 – 141.
3. Балашов П.П. О состоянии психического здоровья мужчин, пребывающих в интенсивно осваиваемые районы Сибири / П.П. Балашов // Актуальные вопросы психиатрии. – Томск, 1989. – С. 142-143.
4. Balashov P.P. On the mental health of men who are in intensive developed regions of Siberia / P.P. Balashov // Actual problems of psychiatry. – Tomsk, 1989. – P. 142-143.
5. Большакова Н.Б. Случай ошибочной диагностики у подэкспертного, страдающего параноидной шизофренией и расстройствами сексуального предпочтения / Н.Б. Большаков // Практика СПЭ. – 2010. – № 48. – С.64-76.
6. Bolshakov N.B. A case of mistaken diagnosis in expert patient suffering from paranoid schizophrenia and disorders of sexual preference / N.B. Bolshakov // Practice TEs. – 2010. – № 48. – P.64-76.
7. Василевский В.Г.. Случай ошибочной диагностики шизофрении у психопатической личности / В.Г. Василевский, О.И. Печенкина // Там же. – 2000 – № 38. – С.83– 93.
8. Wasilewski V.G. A case of mistaken diagnosis of schizophrenia in the psychopathic personality / V.Wasilewski, O. Pechenkina // Ibid. – 2000 – № 38. – P.83-93.
9. Горинов В.В. Судебно-психиатрическая диагностика: соотношение медицинских и психологических критериев / В.В. Горинов // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 460-461.
10. Gorinov V.V. Forensic psychiatric diagnosis: the ratio of medical and psychological criteria / V. Gorinov // Proceedings of the XII Congress of Russian psychiatrists. – Moscow, 1995. – P. 460-461.
11. Двирский А.А. Люцидный алкоголизм и перенесенный алкогольный делирий как фактор прогноза клинических проявлений шизофрении / А.А. Двирский // Украинский архив психиатрии. – 2002. – Т. 4, № 31. – С. 119-122.
12. Dvirsky A.A. Lucid alcoholism delirium tremens brought a prognostic factor of clinical

manifestations of schizophrenia / A.A. Dvirsky // Ukrainian Archives of Psychiatry. – 2002. – Volume 4, № 31. – P. 119-122.

7. Елкин С.П. Влияние экзогенных факторов на выздоровление и течение параноидной шизофрении / С.П. Елкин // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. – М., 1999. – С. 263-265.

Elkin S.P. The influence of exogenous factors on the recovery and for paranoid schizophrenia / S.P. Elkin // Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. – М., 1999. – P. 263-265.

8. Калинин В.В. Эпилептические психозы. Вопросы феноменологии, систематики, патогенеза и терапии / В.В. Калинин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 2. – С. 52-56.

Kalinin V.V. Epileptic psychosis. Issues of phenomenology, taxonomy, pathogenesis and therapy / V. Kalinin // Psychiatry and pharmacotherapy. – 2008. – № 2. – P. 52-56.

9. Колотилин Г.Ф. Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении / Г. Ф. Колотилин, М.В. Яковлева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 64-66.

Kolotilin G.F. Clinical and psychopathological pathomorphosis paranoid schizophrenia / G.F. Kolotilin, M.V. Yakovleva // Far East medical journal. – 2009. – № 3. – P. 64-66.

10. Кондратьев Ф.В. Судьбы больных шизофренией (клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты) / Ф.В. Кондратьев. – М., 2010. – С. 401.

Kondratiev F.V. Fate of patients with schizophrenia (clinic-social and forensic aspects) / F.V. Kondratiev. – М., 2010. – P. 401.

11. Критская В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – С. 256

Krytskaya V.P. The pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition / V.P. Krytskaya. – М.: Moscow State University Press, 1991. – P. 256

12. Лебедева Н.С. Исходы острых атипичных психозов в процессе принудительного лечения / Н. С. Лебедева // Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 2. – С. 24-26.

Lebedeva N.S. Outcomes of acute atypical psychoses in compulsory treatment / N. Lebedeva

// Russian Journal of Psychiatry. – 2003. – № 2. – P. 24-26.

13. Малков К.Д. Клинико-динамические расстройства шизофренического спектра и сочетающиеся с ним алкоголизм: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.Д. Малков – М., 2001. – С. 25.

Malkov K.D. Clinical – dynamic schizophrenia spectrum disorders, and combined with his alcoholism: Author. dis. ... Candidate. honey. Science / K.D. Malkov. – М., 2001. – P. 25.

14. Осолкова С.Н. Экспертно-диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике / С.Н. Осолкова // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1989. – С. 67-78.

Oskolkova S.N. Expert diagnostic errors in forensic practice / S.N. Oskolkova // Theory and organization of forensic psychiatric expertise. – Moscow, 1989. – P. 67-78.

15. Осолкова С.Н. Некоторые клинико-социальные аспекты дифференциальной диагностики шизофрении / С.Н. Осолкова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – № 7. – С. 109-112.

Oskolkova S.N. Some clinical and social aspects of the differential diagnosis of schizophrenia / S.N. Oskolkova // Journal of Neurology and Psychiatry. SS Korsakov. – 1991. – № 7. – P. 109-112.

16. Осолкова С.Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при атипичной клинической картине / С.Н. Осолкова // Методические рекомендации. – М., 1991. – С. 19.

Oskolkova S.N. Differential diagnosis of schizophrenia and residual-organic brain damage in atypical clinical / S.N. Oskolkova // Guidelines. – М., 1991. – P. 19.

17. Осолкова С.Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при психопатоподобных состояниях: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / С.Н. Осолкова. – М., 1992. – С. 45.

Oskolkova S.N. Differential diagnosis of schizophrenia and residual-organic brain damage in psychopathic states: Author. dis. ... drs. med. science / S.N. Oskolkova. – М., 1992. – P. 45.

18. Осолкова С.Н. К вопросу дифференци-

альной диагностики шизофрении и расстройства личности при атипичной клинической картине у серийного убийцы / С.Н. Осолкова, Т.В. Федорова // Практика СПЭ. – 2000. – № 38. – С. 34–45.

Oskolkova S.N. On the differential diagnosis of schizophrenia and a personality disorder with atypical clinical picture in a serial killer / S.N. Oskolkov, T.V. Fedorova // Practice TEs. – 2000. – N38. – P. 34 – 45.

19. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике / Н.Г. Шумский. – СПб.: Гуманитарное агентство «Академический проект», 1997. – С. 390.

Shumsky N.G. Diagnostic errors in forensic psychiatry / N.G. Shumsky. – St.: Humanitarian Agency «Academic Project», 1997. – P. 390.

20. Усюкина М.В. О дифференциальном диагнозе эпилептических и эндогенных психозов / М.В. Усюкина, Т.А. Шахбази, И.М. Ушакова // Практика СПЭ. – 2010. – № 48. – С. 14-24.

Usyukina M.V. A differential diagnosis of epileptic psychoses and endogenous / M.V. Usyukina, T.A. Shahbazi, I.M. Ushakov // Practice TEs. – 2010. – № 48. – P. 14-24.

21. Яковлева М.В. Клинический патоморфоз шизофрении в этнокультуральном аспекте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Яковлева. – М., 2011. – С. 26.

Yakovleva M.V. Clinical pathomorphosis schizophrenia in ethnocultural aspect: author. dis. ... candidate. med. science / M.V. Yakovleva. – М., 2011. – P. 26.

22. Kanemoto K. Review of neuropsychiatry epilepsy / K. Kanemoto. – Cambridge, 2002. – P. 160.

23. Skondlar B. Psychopathology of schizophrenia in Slovenia from 1881 to 2000.: Changes in key symptoms of schizophrenia / B. Skondlar, M. Demovsek, M. Kosmar // International Journal of Social Psychiatry. – 2008. – № 2. – P. 101 – 111.

24. Selton J. Risk of schizophrenia among the patients of Moroccan origin in Denmark / J. Selton, J. Blom, Dirk // Review of schizophrenia. – 2008. – № 104 – P. 274 – 278.

25. Weisman A. Comparative analysis of the clinical symptoms of schizophrenia in patients of Mexican and English descent in America / A. Weisman, S. Laura // Bulletin of schizophrenia. – 2000. – № 26. – P. 107 – 118.

А.Л. Тимофеев, В.П. Николаев

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА (НА ПРИМЕРЕ С. МАГАН)

УДК 616.311.2-002.18-018.17:616.314.6-03

Представлена оценка влияния социальных факторов на состояние здоровья населения села, расположенного на территории с. Маган, входящего в округ «город Якутск» (II этап исследования).

Ключевые слова: социальные факторы, влияние на здоровье, группы здоровья.

The article presents estimation of the influence of social factors on health of Magan village population, located in the city district «Yakutsk» (II phase of the study).

Keywords: social factors, influence on health, health groups.

НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова:
ТИМОФЕЕВ Артем Леонидович – м.н.с.,
НИКОЛАЕВ Валериян Парфеньевич – д.м.н., руковод. отдела.

Введение. Здоровье можно рассматривать как интегральный показатель качества жизни и объективный критерий оценки успешности проводимых политических, социальных и экономических реформ, важный