

сроки с момента появления первичных проявлений заболевания, распространенности процесса, наличия непроходимости кишечника и перитонита. Данным больным необходимо после проведения интенсивной терапии проводить повторное определение тяжести состояния с целью определения дальнейшей тактики оперативного вмешательства. В случае усиления показателей балльной шкалы больного следует считать тяжелым и в дальнейшем продолжать лечение, соответствующее больным с тяжелой степенью тяжести.

Больным с тяжелой степенью (32 балла и более) показаны операции, несущие только симптоматическое, паллиативное лечение, с минимальным предоперационным периодом до 6 часов, динамическим наблюдением и одномоментным проведением интенсивной терапии в условиях реанимации.

На основании использованной шкалы SAPS II нами были разработаны алгоритмы диагностики и лечения осложненного колоректального рака, в зависимости от состояния больного (рисунк).

Заключение. Анализ результатов лечения больных с осложненным КРР выявил отсутствие четкой последо-

вательности этапов диагностики, что удлиняло время обследования, сроки предоперационной подготовки и условия для ее проведения; при выборе вида оперативного вмешательства в полной мере не учитывались степень распространенности заболевания, наличие уже имеющихся осложнений онкологического процесса.

Использование математической модели прогноза исходов лечения больных с осложненным колоректальным раком позволит выбрать наиболее оптимальный вариант тактики ведения больных. Только своевременно начатое лечение и тактически обоснованное ведение больных, направленное на снижение операционно-анестезиологического риска, позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

Литература

1. Алиев С.А. Хирургия рака ободочной кишки, осложненного непроходимостью (диагностика и хирургическая тактика) / С.А. Алиев. – Баку, 1999.
2. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки / С.А. Алиев // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, №4. – С. 44-49.
3. Алиев С.А. Disputable and unresolved questions of surgical tactics at colon perforation / Aliev S.A. // Vestnik khirurgii. – 2001. – V. 160. – №4. – P. 44-49.
4. Алиев С.А. Алгоритм лечения запущенных и осложненных форм колоректального рака: Пособие для врачей / М.В. Гринев, А.М. Беляев, Р.В. Карачун. – С-Пб., 2002.
5. Гринев М.В. Algorithms of treatment of the neglected and complicated forms of colorectal cancer: Manual for doctors / M.V. Grinev, A.M. Beljaev, R.V. Karachun. – S-Pb., 2002.
6. Иванов П.М. Злокачественные новообразования в Якутии на рубеже веков / П.М. Иванов, М.И. Томский, П.Д. Каратаев. – Якутск, 2008. – 272 с.
7. Иванов П.М. Malignant growths in Yakutia on a boundary of centuries / P.M. Ivanov, M. I. Tomskiy, P. D. Karatayev. – Yakutsk, 2008. – 272 p.
8. Пастухов А.А. Экстренная помощь онкологическим больным в г. Воронеже / А.А. Пастухов, Л.Ю. Пастухова, А.А. Шевченко, Г.Ю. Кретинин // <http://www.vrach-aspirant.ru/lib>. 2005.
9. Пастухов А.А. Emergency help to oncological patients in Voronezh / A.A. Pastukhov, L.Ju. Pastukhova, A.A. Shevchenko, G. Ju. Kretinin // <http://www.vrach-aspirant.ru/lib>. 2005.
10. Пахомова Г.В. Выбор объема оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки / Г.В. Пахомова, Т.Г. Подловченко, И.Е. Селина [и др.] // Хирургия. – 2003. – №6. – С. 55-59.
11. Пахомова Г.В. Choice of volume of operative intervention at colon obstructive ileus / G. V. Pakhomova, T.G. Podlovchenko, I.E. Selina [et al.] // Surgery. – 2003. – №6. – P. 55-59.
12. Gall J.R. A new simplified acute score (SAPS II) based on a European / J.R. Gall // North American multicenter study. JAMA. – 1993. – 270. – P. 2957-2963.

С.Н. Осколкова, С.В. Львова

ФАКТОРЫ РАЗЛИЧИЙ ОТДАЛЕННОГО КАТАМНЕЗА БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

УДК 616.89

Проанализированы клиничко-динамические, социально-адаптационные характеристики больных шизофренией с правопослушным и криминальным поведением в старших возрастных группах на основе изучения многолетнего катамнеза, проведен сравнительный системный анализ (с учетом динамики ведущего синдрома, личностных и ситуационных особенностей) отдаленного катамнеза указанного контингента. Выявлены две противоположные тенденции в течение заболевания: тенденция к ослаблению или остановке прогрессивности психофизиологического процесса. Полученные результаты исследования могут способствовать совершенствованию прогностических критериев динамики заболевания и профилактических медико-социальных мероприятий.

Ключевые слова: шизофрения, старшие возрастные группы, социально положительное и асоциальное криминальное поведение.

Clinical-dynamic, social-adaptive characteristics of schizophrenia patients with law-abiding and criminal behavior in later life were analyzed on the basis of examining their long-term catamnesis; comparative system analysis (taking into account the dynamics of the leading syndrome, personal and situational characteristics) of remote catamnesis of the specified contingent was carried out. Two opposing trends in the course of the disease were revealed: the tendency to weakening or to the stop of the progredience with stabilization of condition and reduction of psychopathological symptoms and the tendency to preservation the activity and progredience of schizophrenic process. The obtained results of the research may contribute to the improvement of prognostic criteria of the disease dynamics and preventive medico-social measures.

Keywords: paranoid schizophrenia, elder age groups, socially positive and asocial criminal behaviour.

Актуальность исследований по различным аспектам психической

ОСКОЛКОВА Софья Натановна – д.м.н., проф., вед. н.с. ГНЦССП им. В.П. Сербского (Москва), врач судебно-психиатрический эксперт, petroskolkov@yandex.ru; **ЛЬВОВА Светлана Владимировна** – врач-психиатр, зав.отделением ПНИ № 12 (Москва), аспирант ГНЦССП им. В.П. Сербского, lvova_svetlana@mail.ru.

патологии позднего возраста обусловлена рядом причин: тенденцией в последние 30 лет к неуклонному увеличению доли пожилых и престарелых лиц в населении экономически развитых стран, в том числе в России [1, 6, 8]. Постарение населения неизбежно распространяется и на популяцию психически больных, в частности шизофренией. Уже бо-

лее 20 лет происходит «накопление» больных шизофренией в возрасте 50 лет и старше [5, 11, 13]. По данным ВОЗ, за 15 лет количество больных шизофренией в мире увеличилось на 30% и составляет 45 млн. чел. (или 0,8-1%), число новых случаев в год – 4,5 млн. чел. По данным А.А. Чуркина, Н.А. Твороговой (2009), заболеваемость шизофренией в России на

2008 г. составила 404,2 на 100 тыс. населения.

Клинические особенности параноидной шизофрении на отдаленных этапах изучали многие психиатры [5, 9, 13]. Однако отечественные клинко-эпидемиологические исследования в геронтопсихиатрии [3, 15], помимо явной раритетности, проводились в период относительной социально-экономической стабильности. Эпидемиологические исследования М.Е. Кузнецова [9] показывали увеличение частоты совершения общественно опасных деяний (ООД) психически больными старше 50 лет. Социально-экономические изменения в России в последние 15 лет привели, по результатам исследований Б.В. Шостаковича [12], к заметному росту правонарушений у психически больных, что дополнительно свидетельствует об актуальности работы.

Однако большинство клинко-катамнестических исследований не охватывает всей жизни больных шизофренией, выполнено на сравнительно небольших выборках, и в основном отражало закономерности течения заболевания в середине XX в., т.е. до появления нового поколения нейролептиков, существенно расширивших терапевтические возможности и изменивших качество жизни больных.

Патоморфоз психических заболеваний [16] также определяет информативность длительного катамнеза в изучении шизофрении, включая период старости. В последнее время длительный катамнез больных параноидной шизофренией почти не изучался. В единичном исследовании J. Modestin и соавт. (2003) установлено, что тяжелые конечные состояния формируются лишь у 1/3 больных шизофренией с катамнестически подтвержденным диагнозом; в 50% наблюдений течение заболевания ремиттирующее и в 15% - практическое выздоровление. Подобные состояния Ф.В. Кондратьев определял как «новое здоровье».

Предварительное изучение литературы показало, что системного анализа данных длительного катамнеза больных параноидной шизофренией не проводилось. Поэтому представляется актуальным изучение предикторов благоприятного и неблагоприятного исходов заболевания, динамики продуктивных и негативных расстройств на позднем этапе течения заболевания, их влияние на социальное функционирование, а также общественную опасность больных шизофренией старших возрастных групп, что может

способствовать совершенствованию прогностических критериев и профилактических медико-социальных мероприятий.

Исследования, направленные на выделение комплекса факторов, способствующих криминальной активности больных параноидной шизофренией старших возрастных групп, а также возможности оптимизации судебно-психиатрической оценки, являются единичными [1, 2, 11]. В то же время, как известно, психогенные расстройства (судебно-следственная ситуация) у немолодых психически больных, в том числе шизофренией, могут существенно затруднять диагностическое и экспертное решение.

Целью исследования является сравнительный системный анализ отдаленного катамнеза (20-30 лет) больных параноидной шизофренией старших возрастных групп, совершавших и не совершавших ООД как основа совершенствования судебно-психиатрической оценки и профилактики противоправного поведения у указанного контингента.

Материал и методы исследования. Были обследованы 58 мужчин старших возрастных групп (от 50 лет и выше) с диагнозом «непрерывно текущая параноидная шизофрения». Средняя длительность катамнеза составила 37,7 и более лет. Все обследованные были разделены на две группы: 1-я – больные, совершившие ООД в возрасте после 50 лет и проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦССП им. В.П. Сербского в период с 2005 по 2010 г. (28 чел.; 48,3%); 2-я – больные, не совершавшие правонарушений и проживающие в психоневрологическом интернате (ПНИ) № 12 г. Москвы (30 чел.; 51,7%). Возраст больных обеих групп на момент обследования варьировал в пределах от 50 до 73 лет (средний возраст составил 58,9 лет).

В обеих группах сравнивались основные клинко-социальные параметры на период, относящийся к началу заболевания, в первые 10 лет течения шизофренического процесса и к периоду катамнестического исследования в 2005-2010 гг. Для стандартизации полученных данных была составлена карта-анкета, в которой фиксировались признаки, включающие в себя паспортные данные, клинко-динамические, личностно-адаптационные и социально-ситуационные характеристики. При анализе материала была использована концепция системной взаимосвязи синдрома – личности – ситуации, раз-

работанная Ф.В. Кондратьевым (1984-1996 гг.).

Методы исследования использовали клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, клинко-динамический, клинко-статистический.

Результаты и обсуждение. В обеих группах больные воспитывались в основном в полной семье. В 1-й группе чаще отмечалась наследственная отягощенность различной психопатологией и алкоголизмом (55% больных), что оказывало влияние на характер внутрисемейной атмосферы, жизни и воспитания больного. Воспитание в таких семьях проходило в условиях постоянной психотравматизации, что способствовало формированию искаженного представления о норме межличностного общения, легкости возникновения агрессии в конфликтных ситуациях, асоциальному кругу общения. У 80% лиц группы была выявлена патологическая структура преморбидной личности с преобладанием эмоционально-неустойчивого, асоциального и шизоидного типов. Во 2-й группе преобладала структура преморбидной личности шизоидного типа либо акцентуация личности отсутствовала. В последующем под влиянием болезненного процесса происходило усиление, искажение имеющихся психологических особенностей, развитие ранее не свойственных черт. В обеих группах больные имели преимущественно среднее и среднее специальное образование (1-я группа - 86,6%; 2-я - 60%). Однако во 2-й группе 30% больных имели неполное высшее и высшее образование. В армии не служили чаще больные 2-й группы (70%), либо были комиссованы (10%) в связи с выявлением психопатологии (50%), соматической патологии (25%), обучением в высших учебных заведениях (25%). Больные 1-й группы в основном занимались неквалифицированным трудом (73,3%), у многих происходило снижение трудовой адаптации. В большей части случаев отмечалось материальное неблагополучие (66,7%) и средняя материальная обеспеченность. Во 2-й группе преобладали больные, основным источником существования которых до поступления в ПНИ являлась пенсия по инвалидности, в основном 2-й группы, по психическому заболеванию (70%). Большинство больных 1-й группы не имело инвалидности (64,3%), 26,8% больных оформлена вторая группа и 7,1% - третья. Средний возраст оформления группы инвалидности – 33 года, однако и после этого

многие продолжали подрабатывать разнорабочими либо жили случайными заработками. Средний возраст прекращения трудовой деятельности составил 39,4 года (в 1-й группе – 42,2 года). 80% больных 2-й группы были признаны недееспособными (средний возраст 53,3 года). Семейно-бытовые условия больных обеих групп были относительно удовлетворительные. Часть больных 2-й группы проживала с родственниками (60%). Только часть больных были женаты и проживали со своими семьями (1-я группа – 26,7%; 2-я – 20%). Однако отношения с родственниками и супругами чаще носили неприязненный характер, отсутствовало взаимопонимание, внутрисемейная атмосфера характеризовалась напряженностью и конфликтностью отношений, применением насилия, отчуждением. В 1-й группе больные чаще были одиночками (40%), лица без определенного места жительства составили 20%. Большинство лиц 1-й группы в прошлом были многократно судимы (40%), отбывали сроки наказания либо привлекались к уголовной ответственности. Примечательно, что при судебно-психиатрических экспертизах в тот период признавались «вменяемыми» 42,9% больных и примерно равное число больных направлялись на принудительное лечение с диагнозом «шизофрения» (45,5%). Больные 1-й группы чаще вели асоциальный образ жизни, злоупотребляли алкоголем (66,7%), употребляли психоактивные вещества (33,3%), состояли на учете у нарколога с синдромом зависимости, лечились в наркологических больницах.

Длительность эндогенного процесса в среднем в 1-й группе составила 32,8 года, что достоверно меньше, чем во 2-й – 42,5 года. Начало заболевания у лиц 2-й группы чаще относилось к пубертатному периоду (70%), в то время как в 1-й группе чаще в возрасте 19-25 лет (46,7%). Все больные 2-й группы ранее состояли на учете у психиатра (средний возраст постановки на учет 21,8 года), однако ПНД посещали в основном по принуждению родственников, нерегулярно получали поддерживающую терапию с формированием коротких, нестойких ремиссий. В 1-й группе психиатрами наблюдались лишь 33,3% обследованных, 13% состояли на учете у нарколога, из них посещали ПНД 28,6%. Основной причиной постановки на учет в ПНД в обеих группах явилось острое психотическое состояние.

Все больные 2-й группы ранее гос-

питализировались в психиатрические больницы, в то время как в 1-й группе ранее лечилась лишь половина больных (52,3%). Средний возраст на момент первой госпитализации в 1-й группе был несколько выше – 28,3 года. При этом ведущим синдромом у больных 2-й группы был галлюцинозно-параноидный (40%), в 1-й группе с одинаковой частотой выявлялись психопатоподобный, галлюцинозно-параноидный синдромы и синдром психического автоматизма (по 20%). В течение первых 10 лет обследованные 2-й группы ежегодно госпитализировались в психиатрические больницы (70%), а больные 1-й группы лишь 1-3 раза. В клинической картине у большинства больных 2-й группы в течение этого периода с различной степенью интенсивности преобладал галлюцинозно-параноидный синдром (70%). В 1-й группе выявлялись как этот же синдром (40%), так и развернутый синдром Кандинского-Клерамбо (33,3%). Галлюцинозно-параноидный синдром в обеих группах характеризовался различными бредовыми идеями и слуховыми галлюцинациями, что сопровождалось эмоциональным обеднением, характерными для шизофренического процесса нарушениями мышления, снижением побуждений к деятельности.

Средний возраст больных 1-й группы на момент совершения правонарушения составил 56,4 года. По характеру ООД статистически достоверно преобладали преступления против личности (50%) (убийства, причинение телесных повреждений различной степени тяжести) ($p < 0,05$), из них 80% было направлено на лиц ближайшего окружения, родственников. Чаще всего правонарушения совершались по негативно личностным механизмам и были ситуационно спровоцированными (46,4%), реже по продуктивно-психотическим механизмам с бредовой мотивацией (21,4%), при парафреническом бреде – в 33,3% случаев. У 53,3% больных отмечались признаки активного процесса, «психотического этапа» болезни, который определял особую криминогенность больных. Однако у 33,3% обследуемых выявлялась редукция продуктивной симптоматики с фрагментацией бреда, направленного на конкретных лиц, потерей аффективной насыщенности, дезактуализацией, инкапсуляцией бредовых идей, на первый план в клинической картине выступали проявления шизофренического дефекта. Все обследованные в отношении инкриминируемых им

деяний признавались судом невменяемыми и им назначалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа (60%) и общего типа (20%).

Средний возраст больных 2-й группы при оформлении в ПНИ – 51,8 года, чаще в интернат помещались больные по причине нежелания родственников и близких осуществлять надлежащий уход и контроль за больным, из-за конфликтных отношений между ними (40%); 30% больных, проживая одиноко, испытывали затруднения в быту и нуждались в посторонней помощи. 10% обследованных были оформлены в ПНИ по собственному желанию, чтобы «не мешать близким». Средняя продолжительность проживания в интернате составила 10,9 года. За время пребывания в ПНИ у большинства больных в возрасте после 50 лет не отмечалось обострений шизофренического процесса. Психическое состояние характеризовалось проявлением синдрома психического автоматизма (40%), аффективно-бредового синдрома (20%), астено-депрессивного синдрома (20%). Однако в 60% случаях отмечалась редукция продуктивной симптоматики с отсутствием дальнейшего ее усложнения, появлялась возрастная тематика психопатологических расстройств (идеи материального и морального ущерба, ревности, мелкого вредительства), которые были направлены на лиц ближайшего окружения, выявлялись и фрагментарные, лишенные аффективной насыщенности, бредовые идеи величия, особого значения с гипертимным фоном настроения. В целом бредовые идеи в меньшей степени определяли поведение больных. Большая часть больных (50%) не стремилась к какой-либо деятельности, у 20% обследованных отмечалось состояние глубокого дефекта. Однако у 30% больных поведение становилось более упорядоченным, они становились активнее, общительнее, часть больных начинала вовлекаться в трудовые процессы в пределах ПНИ, участвовать в общественных мероприятиях (в спортивных соревнованиях, занятиях с воспитателем, психологом, посещать культурные мероприятия).

Полученные результаты сопоставления клинко-социальных характеристик двух групп больных шизофренией с длительным катмнезом во многом совпадают с результатами других исследований, приведенных в обосновании актуальности работы [1, 4, 5, 9, 10, 13]. Поведение пожилых больных при выбранной психопатологии, как и

десятилетия назад, преимущественно зависит от комплекса факторов: клинической динамики и феноменологического оформления состояния, от реакции на терапию, её адекватности, а также от микросоциальной ситуации. В ряде случаев пребывание в ПНИ устраняет ряд конфликтов, значимых для больных, и гарантирует оптимальное наблюдение и лечение. При продолжении исследования планируется обработка материала по критерию Фишера и ранговая корреляция Спирмена.

Выводы

1. В позднем возрасте шизофрения не во всех случаях протекает неблагоприятно — наряду с процессами со злокачественным течением, с быстрым наступлением галлюцинаторно-параноидных и парافренических синдромов наблюдаются случаи с относительно медленной прогрессивностью процесса, длительным невротическим или психопатоподобным этапом с относительно неглубокими позитивными и негативными расстройствами.

2. При параноидной шизофрении в позднем возрасте с относительно благоприятным течением характерны редкая наследственная отягощенность по восходящей линии и в поколении больных, преобладание в преморбиде шизоидных или истерических черт характера с гиперстеничностью, монотонной активностью, узостью интересов, но продуктивностью и даже творческой деятельностью в одном направлении, а также относительно скудная продуктивная симптоматика (чаще в виде редуцированного параноидного синдрома) с незначительными расстройствами восприятия.

3. В позднем возрасте после длительного течения параноидной шизофрении возможно субъективное и объективное улучшение состояния с объективным и субъективным улучшением качества жизни, с уменьшением актуальности продуктивной симптоматики, но без обратного развития симптомов шизофренического дефекта.

Литература

1. Барков И.Н. Психические заболевания у лиц старших возрастных групп: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Н. Барков. М., 1988. — С. 26.
2. Barkov I.N. Mental illnesses in patients of older age groups: abstract of a thesis ... Candidate of medical sciences / I.N. Barkov. M. -1988, p. 26.
3. Болдуева М.Е. Отдаленный катамнез

больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные деяния / М.Е. Болдуева // Рос. психиатр. журнал. — 2006. — № 2. — С. 19-22.

Boldueva M.E. Remote catamnesis of schizophrenia patients who committed repeated socially dangerous acts / M.E. Boldueva // Russian psychiatric magazine. - 2006. - № 2. - P. 19-22.

3. Гаврилова С.И. Психические расстройства в населении пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.И. Гаврилова. - М., 1984. — С. 22.

Gavrilova S.I. Mental disorders in the older and elderly population: abstract of a thesis ... Candidate of medical sciences / S.I. Gavrilova. - M.-1984. - P.22.

4. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) / И.Я. Гурович [и др.] // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С.77 - 96.

Features of clinical picture and social adjustment of schizophrenic patients at the stage of stabilization (based on materials of ambulatory practice) / I.Ya. Gurovich [et al.] // Schizophrenia and disorders of schizophrenia spectrum. M., - 1999. - P. 77 - 96.

5. Дворин Д.В. Особенности клинко-психопатологических расстройств у больных параноидной шизофренией в старости / Д.В. Дворин // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1979. — № 9. — С. 1378-1382.

Dvorin D.V. Features of clinical and psychopathological disorders in paranoid schizophrenia patients in old age / D.V. Dvorin // Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry. - 1979. - № 9. - P. 1378-1382.

6. Дмитриева Т.Б. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами: руководство по судебной психиатрии / Т.Б. Дмитриева, Б.В. Шостакович, А.А. Ткаченко. -М., 2004. — С. 434-435.

Dmitrieva T.B. Psychopathological mechanisms of socially dangerous acts of patients with mental disorders: Guidelines for Forensic Psychiatry / Dmitrieva T.B., Shostakovich B.V., Tkachenko A.A. -M., 2004.-P. 434-435.

7. Друзь В.Ф. Социальное функционирование и качество жизни одиноких пожилых больных шизофренией / В.Ф. Друзь, И.Н. Олейникова // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. — М., 1999. — С. 257-261.

Druz V.F. Social functioning and life quality of lonely elderly patients with schizophrenia / V.F. Druz, I.N. Oleynikova // Schizophrenia and disorders of schizophrenia spectrum. - M., 1999. - P. 257-261.

8. Кондратьев Ф.В. Системно-структурный анализ расстройств поведения как метод диагностики в психиатрии / Ф.В. Кондратьев // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М., 1990. — С. 9-19.

Kondratiev F.V. Systematic and structural analysis of behavior disorders as a diagnostic method in psychiatry / F.V. Kondratiev // Problems of diagnosis in forensic psychiatric practice. - M., 1990. - P. 9-19.

9. Кузнец М.Е. Клинико-социальные характеристики психически больных в возрасте 50 лет и старше, совершивших общественно опасные действия (по данным судебно-психиатрических экспертиз страны): автореф. дис. ...канд. мед. наук / М.Е. Кузнец. — М., 1984. — 20 с.

Kuznets M.E. Clinical and social characteristics of the mentally ill patients at the age of 50 years and older who have committed socially dangerous acts (based on forensic psychiatric examinations of the country): abstract of a thesis ... Candidate of medical sciences / M.E. Kuznets. - M., 1984. - 20 p.

10. Кунафина Е.Р. Деадаптивное поведение с деликвентными проявлениями у психически больных старших возрастных групп (предрасполагающие факторы, клинические и социальные аспекты профилактики): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.Р. Кунафина. - М., 2008. — С. 35

Kunafina E.R. Maladaptive behavior delinquent manifestations in mentally ill patients of older age groups (predisposing factors, clinical and social aspects of prevention): abstract of a thesis ... Candidate of medical sciences / E.R. Kunafina. - M-2008, pp. 35

11. Шахматов Н.Ф. Психическое старение / Н.Ф. Шахматов. — М., 1996. — 303 с.

Shakhmatov N.F. Mental aging / N.F. Shakhmatov. - M., 1996. — 303 p.

12. Шостакович Б.В. Современные судебно-психиатрические проблемы шизофрении / Б.В. Шостакович, Ф.В. Кондратьев // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. — М., 1999. — С. 163 — 178.

Shostakovich B.V., Kondratiev F.V. Modern forensic psychiatric problems of schizophrenia / B.V. Shostakovich, F.V. Kondratiev // Schizophrenia and disorders of schizophrenia spectrum. - M., 1999. - P. 163 - 178.

13. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / Э.Я. Штернберг [и др.]. — М., 1981. — 191 с.

The course and outcomes of schizophrenia in later life / Sternberg E.Ya. [et al.]. - M., 1981. - 191 p.

14. Чуркин А.А. Основные тенденции распространенности шизофрении в современном мире / А.А. Чуркин // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. — М., 1999. — С. 183-197.

Churkin A.A. Major trends of schizophrenia prevalence in modern world / A.A. Churkin // Schizophrenia and disorders of schizophrenia spectrum. - M., 1999. - P. 183-197.

15. Некоторые результаты эпидемиологического изучения психически больных старше 60 лет, проживающих в одном из районов Москвы / М.Г. Щирнина [и др.] // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1975.- Вып. 11. — С.1695-1704.

Some results of epidemiological study of mental patients aged over 60 living in one of Moscow districts / M.G. Schirina [et al.]. — Journal of neuropathology and psychiatry, 1975. - Vol. 11, C. - 1695-1704.

16. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J.R. Bustillo [et al.] // Am. J. Psychiatry. - 2001. - Vol. 158, № 2. - P.163-175.