

**СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ ТЯЖКИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПРОТИВ ЛИЧНОСТИ И ПРОХОДЯЩИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

*Рустем Радикович Хамитов, Алла Петровна Романова*

*Казанская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением Минздрава России, 420045, г. Казань, ул. Николая Ершова, д. 49-а,  
e-mail: psycheya.kzn@mail.ru*

Реферат. В статье проанализированы социальное функционирование и качество жизни женщин страдающих психическими расстройствами. Рассмотрена взаимосвязь демографических и преморбидных факторов с насильственными деликтами. Проведен анализ влияния на криминальное поведение злоупотребление алкоголем и ПАВ, безнадзорность, отсутствие жилья и асоциальная среда.

Ключевые слова: психические расстройства у женщин, агрессия против личности, социальная среда, качество жизни.

SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERS WHO COMMITTED SERIOUS OFFENCES AGAINST THE PERSON AND UNDERGOING COMPULSORY TREATMENT UNDER CONDITIONS OF INTENSIVE OBSERVATION

Rustem R. Khamitov, Alla P. Romanova

Kazan Special Psychiatric Hospital with Intensive Supervision  
420045, Kazan, Nikolai Ershov str., 49-a,  
e-mail: psycheya.kzn@mail.ru

The article analyzes the social functioning and quality of life of women with mental disorders. The relationship of demographic and premorbid factors with violent delicts were examined. The analysis of influence on the criminal behavior of the alcohol abuse and psychoactive substance addiction was carried out, as well as neglect, lack of housing and antisocial environment.

Key words: mental disorders in women, aggression against the person, social environment, the quality life.

**А**нализ социального функционирования и качества жизни психически больных, совершивших тяжкие правонарушения против личности, необходим для оценки роли социальной среды, провоцирующей человека, страдающего психическими расстройствами, к совершению деликтов [5]. Оценка социального функционирования позволит не только исследовать негативное макро- и микросоциальное влияние, но и предотвратить совершение противоправных действий, направив взор государственных структур на улуч-

шение качества жизни лиц, страдающих психическими расстройствами, и разработке комплексных программ реабилитации для данного контингента больных [2].

Современный системный подход к исследованию общественно опасных деяний вносит принцип дифференциации основных звеньев, детерминирующих агрессию: психопатологические феномены, социально-психологические факторы, факторы окружающей среды. Таким образом, составляющие элементы системы, детерминирующей агрессивное поведение: синдром – личность – ситуация. При этом сложные обстоятельства жизни больного и личностно значимые проблемы могут накапливаться, формироваться и приводить к совершению противоправных деяний [4].

Происходящие в настоящее время в стране изменения уклада жизни населения сопровождаются социальной напряженностью, что особенно отчетливо выявляет различные формы реагирования психически больных на общие макро- и микросоциальные факторы [3]. Поэтому необходимо изучение особенностей психического здоровья индивида при его взаимодействии с социальной средой и анализом социальных условий его жизнедеятельности с целью выявления фактора социальной незащищенности. Наличие фактора социальной незащищенности прослеживается в клиническом примере.

Пациентка М., 1941 г.р., диагноз: шизофрения; находилась на принудительном лечении в связи с совершенным убийством. В состоянии качественной ремиссии была переведена для продолжения принудительного лечения в психиатрический стационар общего типа по месту жительства, откуда была выписана в сопровождении брата, который посадил её на электричку и бросил на полустанке без паспорта и денег.

Распределение по нозологическим формам

Нозологическая структура	Число пациенток	
	абс.	%
Органические психические расстройства, в том числе – деменция (F00 – F09) – 31 пациентка. Из них с эпилепсией (G 40.3) – 8 женщин.	31	19,0
Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19)	7	5,0
Шизофрения, шизотипические, шизоаффективные и бредовые расстройства, инволюционный паранойд (F20-F29).	94	56,5
Аффективные расстройства (F30–F39)	5	3,0
Истерическое расстройство личности (F44).	4	2,5
Умственная отсталость (F70.0–F79)	23	13,4
Реактивный психоз (F23)	1	0,6
Всего	165	100

Пациентка, не имея средств к существованию, совершила ряд противоправных действий (кражу куртки из церкви, продуктов питания), в связи с чем была вновь направлена на принудительное лечение.

Дефиниция «качество жизни» (согласно определению ВОЗ) подразумевает «восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культуральных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Качество жизни – это восприятие человеком своей жизни, ощущение благополучия и удовлетворенности, испытываемое людьми, находящимися в определенный момент в тех или иных условиях, соответствие идеального представления о жизни реально существующей ситуации [1]. У психически больных людей имеются расхождения в приоритете субъективной и объективной оценки качества жизни [6]. Квазирелигиозные мировоззренческие позиции приводят, в отдельных случаях, к тяжелым общественно опасным деяниям на религиозной почве, в том числе – ритуальным убийствам детей.

Анализ этнокультуральных характеристик позволяет выявить факторы, способствующие возникновению агрессии у женщин.

*Клинический пример:* ранее наблюдавшаяся пациентка Я., 1967 г.р., бурятка по национальности, совершила убийство сожителя. В клинической картине выявлялось наличие синкретизма – переплетение некоторых христианских идей, традиционных верований и буддизма. Убийство сожителя совершила потому, что «верила в полное перерождение после смерти согласно буддизму».

Макросоциальной проблемой являются телевизионные триллеры образцов жестокого поведения и интернет, как источник криминогенной информации и руководства к деликтам. *Клинический пример:* пациентка К., 1996 г.р., диагноз: шизофрения, обвинявшаяся в убийстве бабушки, увидела в интернете, как с помощью арбалета убивают зверей. Изучила технику его использования и применила его.

В качестве материала исследования использована медицинская документация 255 пациенток, находившихся на принудительном лечении в ФКУ «Казанская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России за период 2016–2018 г., из которых 165 пациенток совершили тяжкие правонарушения против личности (табл. 1).

Характер общественно-опасных деяний (ООД) отражен в табл. 2.

Характерной особенностью общественно опасных деяний являлась направленность агрессии на лиц из близкого окружения (убийство собственных детей, внуков, родителей, мужей или сожителей, братьев, сестер), или посторонних людей с целью наживы. Доминирующей причиной убийств являлась враждебность взаимоотношений. При наличии зависимости от психоактивных веществ, причиной убийств являлась корыстная заинтересованность. Таким образом, особенностями характера правонарушений являлось превалирование внутрисемейной агрессии над внесемейной. *Клинический пример:* пациентка

Таблица 2

## Распределение по характеру ООД

ООД	Число пациенток	
	абс.	%
Статья 105 УК РФ (убийство)	139	84,3
Статья 106 УК РФ (убийство новорожденных)	2	1,2
Статья 111 ч.4 УК РФ (причинение смерти по неосторожности)	24	14,5
Всего:	165	100

П., 1961 г.р., диагноз: шизофрения, совершила убийство матери, мотивируя тем, что она «над ней издевалась, не пускала в дом, разрешала жить только в сарае, била палкой, сожгла написанные ею стихи и поэмы».

Возрастной диапазон психически больных женщин, совершивших ООД широк (см. рис.): от 17 до 19 лет – 2 (1,2%) чел., от 20 до 29 лет – 23 (13,5%), от 30 до 39 лет – 39 (23,9%), от 40 до 49 лет – 49 (29,9%), от 50 до 59 лет – 34 (20,6%), от 60 до 69 лет – 16 (9,7%), старше 70 лет – 2 (1,2 %).

дезадаптация, конфликтные отношения и особенности межличностного общения). Критерий образовательного процесса отражает наличие пациенток без образования – 5 (3,0%) женщин, прошедших обучение во вспомогательных школах – 26 (15,5%), со средним образованием – 74 (45,0%), со средне-специальным образованием – 56 (34,0%), с высшим образованием – 4 (2,5%). Анализ уровня образования указывает на наличие врождённого интеллектуального недо-

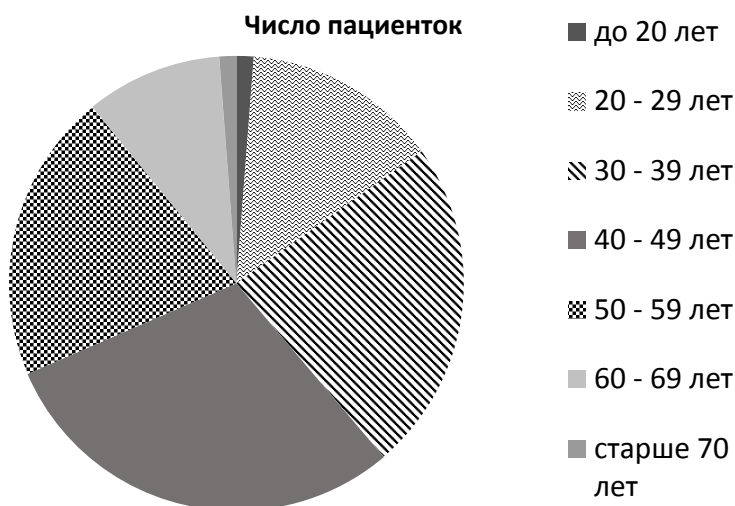


Рис. Возрастная структура пациенток, совершивших ООД против личности.

Причинами совершения противоправных действий в пожилом возрасте являлась алкоголизация (бытовое пьянство) и жилищно-бытовая неустроенность. *Клинический пример:* пациентка К., 1953 г.р., диагноз: Органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями и выраженными изменениями со стороны психики. Не имея собственного жилья, проживала у мужчины, совместно с которым употребляла алкоголь (бытовое пьянство). Совершила убийство престарелой женщины, за которой ухаживала, а также – сожителя.

Были рассмотрены наиболее существенные социальные характеристики (образование, трудовая занятость, инвалидность, материальное положение, жилищно-бытовые условия, изменение места жительства, семейно-бытовая

развития у 31 (18,8%) пациентки и сниженный уровень интеллектуального функционирования у 74 (45,0%) со слабым прогнозированием последствий противоправных действий и поступков. Однако несмотря на наличие высшего образования, 4 пациентки (в том числе – два врача-стоматолога), совершили правонарушения против личности с особой жестокостью или, одновременно, совершали несколько преступлений. *Клинический пример:* пациентка К., 1959 г.р., диагноз: шизофрения; врач-стоматолог, проживавшая в благоприятных социальных условиях и имевшая квартиры в г. Петербург и Чехии, совершила несколько противоправных деяний: нанесение телесных повреждений с летальным исходом, а также похищение и убийство своей знакомой с расчленением ее тела. Пациентка

также страдала опиоидной зависимостью, что способствовало развитию морально-этического огрубения (на фоне основного психического расстройства).

Из полученных данных о трудовой занятости следует, что из 165 женщин 73 пациентки были трудоустроены, остальные до совершения ООД нигде не работали. Они находились на иждивении у родителей или сожителей, либо получали пенсию или пособия на детей, либо существовали на деньги, получаемые по инвалидности или фактически не имели средств к существованию. Утрата профессии и утрата трудоспособности произошли как в результате психических расстройств, так и в результате алкоголизации или наркотизации. Следовательно, перед совершением ООД у большинства пациенток имелись социально-бытовые проблемы с материальными трудностями и профессиональная неустроенность.

родственников опекуна, а также имущественные преступления (многочисленные кражи, как продуктов, спиртных напитков, так и вещей).

Средовые факторы и условия проживания пациенток оказывали влияние на качество и стиль жизни (табл. 3).

Пациентки, которые не имели собственного жилья, совершали убийства из корыстных побуждений. *Клинический пример:* пациентка П., 1968 г.р., диагноз: шизофрения. Не имея собственного жилья, дважды – в 1998 г. и в 2008 г. совершала однотипные убийства одиноких женщин с попыткой мошенничества в виде присвоения их квартир, выдавая себя за родственников убитых ею людей. При этом пыталась скрыть следы преступления методом расчленения и сокрытия трупов.

Следует отметить, что личности, безразличные к окружающим, безжалостно и расчетливо устраняли из жизни близких людей, которые, с их

Таблица 3

Жилищно-бытовые условия

Жилищно-бытовые условия	Число пациенток	
	абс.	%
Имели благоустроенную квартиру	18	11,0
Удовлетворительные жилищно-бытовые условия	75	45,5
Тяжелые бытовые условия	44	26,5
Без определенного места жительства	28	17,0
Всего пациенток	165	100%

До поступления в стационар I группу инвалидности имели 2 (1,2%) пациентки, 2 – 136 (82,6%), 3 – 12 (7,2%). 58 пациенток не имели группу инвалидности, она была установлена первично при прохождении принудительного лечения. Группа инвалидности отсутствовала у 15 (9,0%) пациенток, 7 (4,2%) из которых являлись гражданками иных государств (Украина, Молдова, Узбекистан, Кыргызстан). Из 165 человек, 7 пациенток (4,2%) были признаны недееспособными. Наличие инвалидности не решало материальных проблем и поэтому пациенты были вынуждены работать (торговля, ухаживание за престарелыми, выполнение малодифференцированного и низкооплачиваемого труда). В силу же специфики имеющихся психических расстройств, они не справлялись с возложенными на них обязанностями, совершали убийства граждан, за которыми ухаживали или совершали иные противоправные действия. При отсутствии трудовой занятости, пенсия расходовалась на алкоголь. Недееспособные пациентки, чьи опекуны не выполняли своих обязанностей, совершали их убийство или попытки убийства

точки зрения, нарушали их эмоциональный покой и препятствовали удовлетворению самых простых потребностей. Многие пациентки совершали убийства матерей, которые обеспечивали дочерям комфортное существование. *Клинический пример:* пациентка Т., 1981 г.р., диагноз: шизофрения, окончила Университет по специальности экономист-менеджер. Психически больна с 2002 года. Нарастала параноидная симптоматика с постепенным формированием эмоционально-волевого дефекта. Проживала с матерью в благоустроенной квартире. Имела 2-ю группу инвалидности, в 2011 году была признана недееспособной. Лечение принимала нерегулярно. Совершила убийство матери-опекуна, которая проявляла о ней заботу и осуществляла должный уход.

Существенным фактором, влияющим на социальную адаптацию пациенток, является их семейное положение. Семейно-бытовая дезадаптация, неудачное замужество или вынужденное одиночество, качество супружеского взаимодействия, наличие желанных или нежеланных детей и другие факторы способствовали совершению тяжких правонарушений против личности. Выяв-

лено, что даже при условии проживания в семье, создавшиеся взаимоотношения с членами семьи, несмотря на желание достичь семейного счастья, не приносили пациенткам морального удовлетворения, так как они не получали должного понимания, уважения, тепла и заботы. *Клинический пример:* пациентка Т., 1991 г.р., диагноз: шизотипическое расстройство; образование высшее; совершила убийство матери, бабушки и дедушки. Пациентка с детства воспитывалась в атмосфере подчинения и тотального контроля со стороны деспотичной матери и бабушки. Несмотря на то, что Т. в совершеннолетнем возрасте добилась хороших результатов в учебе и работе, её мать и бабушка продолжали вмешиваться в её личную жизнь, при этом систематически унижали честь и достоинство своими негативными оценками её поступков и результатов труда. В результате сложившейся невыносимой для пациентки атмосферы в семье, она совершила убийство трех родственников, нанеся им множественные ножевые ранения.

В проведенных исследованиях у 137 из 165 человек прослеживались неблагоприятные семейные взаимоотношения. Социальный анализ показал, что особая ситуация, в которой часто оказываются женщины – это неблагоприятный семейный микроклимат (физическое насилие со стороны мужа или сожителя, их измены и алкоголизация или совместная алкоголизация). Женщины становились жертвами внутрисемейного террора, в результате которого возникала оборонительная агрессия. На фоне длительной фрустрации, нарастающего эмоционального напряжения эти жертвы внутрисемейного террора на каком-то этапе сами совершали агрессивные действия, направленные на источник агрессии. *Клинический пример:* пациентка Г., 1968 г.р., диагноз: шизофрения. Проживала с мужем, который часто её избивал, вплоть до нанесения черепно-мозговых травм. В 2014 году, находясь в состоянии алкогольного опьянения, совершила убийство мужа.

Эмоциональное пренебрежение и отчуждение со стороны матерей, близких родственников и опекунов, также опосредованно способствовали формированию агрессии. *Клинический пример:* пациентка С., 1957 г.р., диагноз: шизофрения; совершила убийство матери-психиатра, нанеся ей множественные удары топором. Убийство оправдывала тем, что мать «постоянно лечила, лишила личной жизни, не разрешала выходить замуж, не позволяла иметь детей».

У 28 пациенток семья отсутствовала – семейные отношения были восполнены «воображаемой семьей», либо заменены поверхностными, нестойкими межличностным взаимодействием, чаще – в асоциальных компаниях, где они алко-

голизировались или употребляли психоактивные вещества, рожали от случайных половых партнеров нежеланных детей, которых и убивали при их рождении.

Особая структура межличностных отношений, приводящая к конфликтным ситуациям (унижения, оскорбления, тирания), несмотря на бредовую интерпретацию происходящего или императивный галлюциноз, играли главенствующую роль в формировании мотивации к совершению убийств. Указание на наличие конфликтов сопровождавшееся агрессивным поведением в момент совершения ООД, имеются практически у всех пациенток, исключая случаи убийства ради наживы.

Особого внимания заслуживает асоциальное окружение пациенток, влияние криминальной среды и алкоголизация. В таких случаях убийства совершались чаще с соучастниками, под влиянием криминального окружения, и, как правило, в состоянии алкогольного опьянения. Некоторые пациентки состояли в бандах и совершали совместно с её членами множественные убийства. *Клинические примеры:* 1. Пациентка С., 1980 г.р., диагноз: шизотипическое расстройство личности. Состояла в асоциальной компании, в составе которой, с августа по сентябрь 2006 года совершила убийство 4 человек и неоднократные покушения на убийства нескольких граждан. 2. Пациентка С., 1989 г.р., диагноз: шизофрения на органически неполноценной почве (атипичная шизофрения). Под влиянием ранее судимого за убийства сожителя, совместно с ним совершила разбойное нападение и умышленное убийство, сопряженное с разбоем. Следует отметить, что пациентка жила случайными заработками, не имела постоянного места жительства, проживала у сожителя и совместно с ним алкоголизировалась. 3. Пациентка К., 1952 г.р., диагноз: шизофрения; обвинялась в том, что совместно с сожителем, совершила кражи и убийство 5 односельчан и попытку убийства еще одного гражданина.

Вынужденная смена места жительства наблюдалась у 7 пациенток, которые незаконно иммигрировали в Россию в связи с низким уровнем качества жизни на Родине (пациентки из Узбекистана, Таджикистана, Кыргызстана, Украины, Молдовы) в поисках заработка и лучшей жизни, совершая ООД на территории России. *Клинические примеры:* пациентка Б., 1977 г.р., гражданка Республики Узбекистан, диагноз: шизофрения. Трудоустроившись в Москве сиделкой, пациентка совершила убийство малолетней девочки с особой жестокостью (отчленила голову), при этом следовала указаниям «голоса Аллаха». Пациентка Б., 1975 г.р., гражданка

Республики Казахстан, диагноз: шизотипическое расстройство личности. Совершила убийство гражданина в группе лиц из корыстных побуждений. Ранее, в 19 лет, также совершила убийство гражданина, который её изнасиловал.

Фактором риска опасного поведения при шизофрении являлось сочетание психоза и употребления алкогольных напитков или психоактивных веществ (табл. 4).

ранее осуждены за преступления против жизни и здоровья личности, б) алкогольная зависимость (причина, доминирующая в момент преступления), 7) злоупотребление психоактивными веществами.

Многофакторная оценка социальных предиспозиций указывает на иные особенности неблагоприятных микросоциальных условий у пациенток

Таблица 4

Распределение по наличию алкогольной и наркотической зависимостей

Вид наркотической зависимости	Число пациенток	
	абс.	%
Синдром зависимости от алкоголя	7	4,24
Бытовое пьянство	65	39,39
Эпизодическое употребление алкоголя	40	24,24
Синдром зависимости от психоактивных веществ	6	3,6
Эпизодическое употребление наркотических препаратов (каннабиноиды, гашиш, анаша; спайсы)	22	13,3
Полинаркомания, в том числе – токсикомания.	14	8,48
Общее количество пациенток с указанием на употребление алкогольных и/или наркотических веществ.	154	93,3
Всего пациенток	165	100

В случае семейного бытового пьянства употреблялись алкогольсодержащие напитки домашнего приготовления или алкогольные суррогаты. *Клинический пример:* пациентка А., 1978 г.р., диагноз: органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями, в том числе синдром зависимости от алкоголя и психоактивных веществ (героин). Ранее была судима за грабеж. Обвинялась в убийстве и поджоге с целью сокрытия преступления.

У 22 женщин имелись указания на употребление психоактивных веществ, в том числе 6 пациенток с синдромом зависимости от опиоидов и других препаратов. *Клинический пример:* пациентка В., 1988 г.р., диагноз: синдром зависимости от алкоголя и психоактивных веществ (героин), обвинялась в убийстве гражданского мужа. Объясняла свои действия постоянными скандалами в семье, в том числе из-за отсутствия денег, которые тратились на приобретение наркотиков.

Следует отметить определенную закономерность в особенностях неблагоприятного микросоциума у пациенток с умственной отсталостью, а это: 1) воспитание в интернатах (часто родители лишены родительских прав из-за алкоголизма), 2) безнадзорность, 3) отсутствие жилья и бродяжничество, 4) вовлечение в делинквентные референтные группы с агрессивностью и склонностью к алкоголизации и наркомании, 5) криминальная среда с опытом общения с лицами, которые были

с шизофренией: 1) проживание в неполной семье (чаще – с матерью, которую и убивает или воспитывается бабушкой – с аналогичным исходом), 2) вынужденное одиночество – отсутствует собственная семья (муж, дети), чаще по инициативе родных, которые таким образом пытаются оградить больных дочерей от пагубных последствий (например, рождения больных детей), 3) отказ от приема поддерживающей терапии, что способствует обострению психопатологической симптоматики и совершению ООД по продуктивно-психотическим механизмам, 4) отсутствие профессии, досуга, хобби и увлечений, которые могли бы разнообразить жизнь пациенток, 5) влияние религиозного мировоззрения на характер ООД.

*Выводы.* Анализ социального функционирования и качества жизни психически больных женщин, совершивших тяжкие правонарушения против личности, выявил у значительной части из них выраженную несостоятельность в большинстве сфер жизни: низкий уровень образования, материально-бытовые проблемы, стойкую утрату трудоспособности, низкую материальную обеспеченность, семейную и межличностную дезадаптацию, ограничение социальных контактов асоциальным окружением, уход в религию. Важна социальная роль образования с целена-

правленным обучением пациентов адекватному взаимодействию с обществом, а также социализирующая роль семьи с развитием взаимопонимания и взаимоподдержки. В качестве негативных социальных факторов, провоцирующих совершение ООД, необходимо отметить злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, токсикоманию и наличие бытового пьянства. Как макро- так и микросоциальные факторы являются предрасположениями агрессивного поведения у психически больных женщин и определяют совершение пациентками тяжких правонарушений против личности. Применение наряду с психофармакотерапией психосоциальных мероприятий является наиболее эффективным подходом, который позволит повысить уровень социальной адаптации больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Демчева Н.К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях // Российский психиатрический журнал. 2006. №5. С. 30–38.
2. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье. Санкт-Петербург. Юридический центр Пресс, 2006. С. 254–255.
3. Закс Д.Б., Мальцева Е.А., Злоказова М.В. Психосоциальные особенности пациентов с шизофренией с благоприятным и неблагоприятным вариантом течения // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. 2013. №2. С. 41–45.

4. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей. М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. С. 14–16.

5. Хамитов Р.Р. К проблеме социального функционирования и качества жизни психически больных, совершивших общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. 2002. №4. С. 28–32.

6. Хритинин Д.Ф., Коновалов О.Е., Петров Д.С. Качество жизни лиц с психическими расстройствами: актуальность и особенности исследования // Психическое здоровье. 2018. №11. С. 39–43.

#### REFERENCES

1. Demcheva N.K. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2006. №5. pp. 30–38. (in Russian)
2. Dmitrieva T.B., Shostakovich B.V. *Agressiya i psikhicheskoe zdorov'e*. St.Petersburg: Yuridicheskii tsentr Press, 2006. pp. 254–255. (in Russian)
3. Zaks D.B., Mal'tseva E.A., Zlokazova M.V. *Ural'skii zhurnal psikhiiatrii, narkologii i psikhoterapii*. 2013. №2. pp. 41–45. (in Russian)
4. Kotov V.P. *Prinuditel'noe lechenie v psikhiatricheskom stacionare. Rukovodstvo dlya vrachei*. Moscow: FGU «GNTsSSP Roszdrava», 2009. pp. 14–16. (in Russian)
5. Khamitov R.R. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2002. №4. pp. 28–32. (in Russian)
6. Khritinin D.F., Kononov O.E., Petrov D.S. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2018. №11. pp. 39–43. (in Russian)

Поступила 12.02.19.