План

Введение

. Синдромы психических болезней

. Общественная опасность психических болезней

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Человеческое тело - живой организм, и жизнь его возможна только при условии, что все его органы и системы выполняют свои функции в достаточном объёме. Каждый орган и каждая система имеют собственные резервы "функциональной прочности", а также способны в той или иной мере адаптироваться к изменяющимся условиям окружающей среды и внутренней среды организма в целом. Когда адаптация нарушается, возникает особое состояние, характеризующееся своими причинами возникновения, развитием, проявлениями, исходом, - болезнь. Болезнь - состояние всего организма в целом, значительно влияющее на функционирование всех его частей.

Психическая болезнь является расстройством функционирования, в первую очередь, головного мозга. В отличие от большинства разделов клинической медицины, в большинстве случаев психиатрия не располагает убедительными данными об этиологии и патогенезе психических болезней. Основным критерием заболевания является в данном случае его клиническая картина. Согласно медицинской статистике, выраженные психические расстройства встречаются у 2-5% населения. Справедливо замечание, что поскольку человек является существом с чрезвычайно сложно организованной психической деятельностью, очень трудно определить границу, которая строго разделила бы психическую норму со всеми разнообразными ее вариантами и психическую патологию. В силу этого чрезвычайно важным является знание симптомов и синдромов психических болезней.

Целью настоящей работы является исследование синдромов психических болезней, а также их общественной опасности.

Для реализации названной цели необходимо решить следующие задачи:

) раскрыть понятие и содержание синдромов психических болезней;

) охарактеризовать общественную опасность психических болезней.

1. Синдромы психических болезней

Критериями выделения какого-либо состояния в самостоятельную нозологическую форму, как правило, служат: знание причины (этиологии) данной болезни, физиологических механизмов ее развития (патогенеза), внешних и внутренних проявлений (симптомов), которые, будучи связаны друг с другом патогенетически, объединяются в устойчивые симптомокомплексы - синдромы, совокупность которых, в свою очередь, формирует клиническую картину болезни, а также её течения (времени появления и исчезновения симптомов и синдромов, закономерности их смены, изменения под влиянием сопротивляемости организма и лечения) и исхода (выздоровление, хронизация, смерть). Симптомы и синдромы (синдром - комплекс симптомов, характерных для какого-либо заболевания) психических болезней описываются разделом психиатрии, называющимся общей психопатологией. Они чрезвычайно разнообразны, существует много их классификаций, которые учитывают сферу психической деятельности.

Диагноз болезни устанавливается на основании последовательности смены синдромов, поддающейся определенному стереотипу. Современные классификации психических болезней избегают даже самого понятия "болезнь", подменяя его более точным и широким понятием "расстройство". Термин "психическое расстройство" относится к огромному числу разных болезненных состояний.

В основу указанных классификаций положен синдромальный принцип.

Психоорганический синдром. Развивается в результате органического поражения головного мозга при травмах, атеросклерозе сосудов мозга, интоксикациях, опухолевых процессах в мозге. Синдром складывается из нарушений памяти (нарушение запоминания, рассеянность, выпадение воспоминаний недавнего прошлого), ослабления понимания (слабость суждения, персеверации), аффективной лабильности и недержания аффекта (повышенная раздражительность, вплоть до внезапных вспышек гнева, с возможными агрессивными действиями, или напротив, благодушие, эйфория). Возможны отдельные бредовые идеи малого размаха, направленные на ближайшее окружение, систематизированные, но примитивные, как правило, связанные с ущербом (украли ботинки), преследованием (подслушивает соседка). Возможны галлюцинации, обычно слуховые, вербальные. Как правило, очень трудно по клиническим проявлениям достоверно указать локализацию очага поражения. Всегда отмечаются неврологические симптомы.

Припадки. Припадки - это внезапно возникающие, краткие состояния, протекающие с утратой сознания с судорожными или другими непроизвольными движениями. Существует большое разнообразие среди припадков, но классическим примером является большой эпилептический припадок. Припадку предшествует продром в виде головной боли, недомогания, вялости, снижения работоспособности. Он длится несколько часов. Припадок начинается с ауры - галлюцинаций, дереализации с нарушением схемы тела и формы окружающих предметов, вегетативных расстройств (пот, покраснение кожи, сердцебиение, сухость во рту), длящейся несколько секунд. Затем больной теряет сознание, происходит тоническое сокращение всех мышц, больной падает, испуская громкий крик. Часто при падении больной может получить травмы. Затем следует период тонических судорог, вытягиваются конечности, сжимаются челюсти, прикусывается язык, приостанавливается дыхание. Зрачки расширены, не реагируют на свет. Непроизвольно происходит дефекация, мочеиспускание. Длится данное состояние около 1 минуты, переходя в фазу клонических судорог, с быстрыми перемежающимися сокращениями мышц. Изо рта появляется пена, нередко окрашенная кровью от прикуса языка. Клонические судороги длятся 2-3 минуты. Затем наступает коматозное состояние, переходящее в сон. Сознание восстанавливается через несколько часов. Воспоминания о периоде судорог и комы отсутствуют.

Помрачение сознания. Сложные синдромы помрачения сознания связывает ряд общих черт: отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, порой с полным отсутствием восприятия реальности, дезориентировка, нарушение мышления в форме бессвязности с невозможностью суждений, затруднение запоминания происходящих событий. Как правило, эти состояния возникают внезапно, требуют неотложной врачебной помощи. Выделяют оглушение - повышение порога для всех внешних раздражений, замедление всех процессов психической деятельности, делирий - сопровождающийся ложной ориентировкой в окружающем, иллюзиями, сценоподобными галлюцинациями, нередко - образным бредом, изменчивым аффектом, аменцию - однообразное, ограниченное в пространстве (например, в пределах постели) - возбуждение, со стереотипными подергиваниями, вздрагиваниями, заламыванием рук, бессвязным образным бредом, отрывочными галлюцинациями, онейроид - сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания с глобальными и вселенскими картинами (другие планеты, Ад и Рай, подземные царства, глобальные катастрофы), в которые вовлечено все окружающее. Больные, в отличие от делирия, где они реагируют на галлюцинаторные образы (спасаются от врагов, прячутся от чудовищ) остаются неподвижны и молча созерцают представляющиеся им сцены. Воспоминания об онейроиде довольно подробны. Сумеречное помрачение сознания - внезапное и кратковременное состояние. Часто сопровождается нелепыми или чрезвычайно опасными поступками. После окончания этого состояния свои поступки воспринимаются как чуждые. Выделяют бредовой вариант, когда внешне поведение больного выглядит упорядоченным, он молчаливо, сосредоточенно, с мутным взором совершает действия, производящие впечатление обдуманных, целенаправленных, воспоминания о них не сохраняются, зачастую они чужды личности больного; галлюцинаторный вариант - выраженное состояние возбуждения с агрессией, направленный на любые живые и неживые объекты. Отдельно выделяют фуги - состояния амбулаторного автоматизма, когда больные внезапно совершают стереотипные действия, о которых не помнят.

Кататонические синдромы. Встречаются в двух полярных проявлениях - в форме кататонического возбуждения, протекающего на фоне растерянности с ярким проявлением манерности, бессвязной или вербигерированной речи, нарушений мышления, импульсивных движений, и в форме кататонического ступора с восковидной гибкостью, негативизмом или мышечным оцепенением.

Гебефренический синдром. Двигательное и речевое возбуждение с нелепым, дурашливым, манерным поведением на фоне немотивированной веселости, нередко - антисоциальными поступками. Личность больного эмоционально опустошена, мышление разорвано, возможны фрагментарные галлюцинации и бред, часто присутствуют кататонические симптомы.

Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Включают галлюциноз, т.е. обильные галлюцинации, не сопровождающиеся помрачением сознания, паранойяльный синдром, исчерпывающийся первичным бредом (независимо от тематики бреда), иногда возникающий и заканчивающийся остро, когда бред возникает как озарение, параноидный синдром, складывающийся из первичного бреда, чаще с тематикой преследования, физического воздействия, вербальных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо) - псевдо-галлюцинации, бред преследования и воздействия, сопровождающиеся чувством овладения и открытости с отчуждением (утратой принадлежности себе собственных психических актов), парафренный синдром - систематизированный бред преследования и воздействия, фантастический бред величия, явления психического автоматизма, фантастические конфабуляции.

Ипохондрические синдромы. Характеризуются чрезмерным вниманием к своему здоровью, сопровождающимися тревогой, страхом заболеть, страхом заболеть определенной болезнью (например, канцерофобия и т.д.), жалобах на здоровье, сопровождающееся обращением к врачам с нелепыми или возможными, но не связанными с реальным заболеванием симптомами, которые могут принимать форму ипохондрического бреда, бреда физического недостатка (дисморфомании) с требованием хирургического вмешательства для коррекции (например, формы носа). Часто такие больные имеют очень длинный список установленных им диагнозов.

Аффективные синдромы. Включают маниакальный синдром, характеризующийся гипертимией, ускорением мышления, повышенной деятельностью, и депрессивный синдром, характеризующийся гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью (в чистом виде). Аффективные синдромы проявляются стойкими изменениями настроения, чаще его снижением - депрессией, или повышением - манией. Аффективные синдромы нередко встречаются в самом начале психического заболевания. Они могут оставаться преобладающими на всем его протяжении, но могут усложняться, длительно сосуществовать с другими, более тяжелыми психическими расстройствами. При обратном развитии болезни депрессия и мания зачастую исчезают последними.

Говоря о депрессии, мы, прежде всего, имеем в виду следующие её проявления. Снижение настроения, чувство подавленности, угнетенности, тоски, в тяжелых случаях ощущаемое физически как тяжесть, или боль в груди. Это крайне тягостное для человека состояние. Снижение психической активности мысли становятся более бедными, короткими, расплывчатыми). Человек в таком состоянии отвечает на вопросы не сразу - после паузы, дает краткие, односложные ответы, говорит медленно, тихим голосом. Довольно часто больные депрессией отмечают, что затрудняются вникнуть в смысл заданного им вопроса, в суть прочитанного, жалуются на снижение памяти. Такие больные с трудом принимают решения, не могут переключиться на новые виды деятельности. Двигательное торможение - больные испытывают слабость, вялость, расслабленность мышц, говорят об усталости, их движения замедленны, скованны.

Мании (маниакальные состояния) характеризуются следующими признаками:

§ Повышенное настроение (веселье, беззаботность, радужность, непоколебимый оптимизм).

§ Ускорение темпа психической деятельности (появление множества мыслей, разнообразных планов и желаний, идей завышенной оценки собственной личности).

§ Двигательное возбуждение чрезмерная оживленность, подвижность, говорливость, ощущение избытка энергии, стремление к деятельности).

Для маниакальных состояний, как и для депрессий, характерны нарушения сна: обычно люди с этими расстройствами мало спят, однако короткого сна им достаточно, чтобы ощущать себя бодрыми, отдохнувшими. При мягком варианте маниакального состояния (так называемой гипомании) человек испытывает подъем творческих сил, повышение интеллектуальной продуктивности, жизненного тонуса, работоспособности. Он может много работать и мало спать. Все события воспринимаются им с оптимизмом.

Если гипомаиия переходит в манию, то есть состояние становится более тяжелым, к перечисленным проявлениям присоединяются повышенная отвлекаемость, крайняя неустойчивость внимания и как следствие потеря продуктивности. Зачастую люди в состоянии мании выглядят легковесными, хвастунами, их речь изобилует шутками, остротами, цитатами, мимика оживлена, лицо раскрасневшееся. При разговоре они часто меняют позу, не могут усидеть на месте, активно жестикулируют.

Характерными симптомами мании являются повышение аппетита, усиление сексуальности. Поведение больных бывает несдержанным, они могут устанавливать множественные сексуальные связи, совершать малообдуманные и подчас нелепые поступки. Веселое и радостное настроение может сменяться раздражительностью и гневливостью. Как правило, при мании утрачивается понимание болезненности своего состояния.

Невротические синдромы. Астенический синдром - сочетание слабости, раздражительности, повышенной чувствительности, истощаемости, возбудимости, навязчивости, фобии, истерические состояния - состояния с выраженной эмоциональной лабильностью, театральностью, внушаемостью, порой - вспышками бурного возбуждения со слезами, заламыванием рук и истерическими припадками, функциональными расстройствами, разнообразными по природе (истерические параличи, боли, слепота, немота, глухота и т.д.). Истерический припадок в классическом описании сегодня встречается очень редко. Больной постепенно опускается на пол, никогда не получает повреждений, непроизвольные движения представлены не судорогами, но разнообразными, выразительными движениями. В выраженных случаях больные образуют телом дугу, опираясь о пол пятками и затылком. Реакция зрачков на свет сохранена.

Астенодепрессивный синдром. Это понятие некоторые авторы считают теоретически несостоятельным, полагая, что речь идет о сочетании одновременно существующих двух синдромов - астенического и депрессивного. При этом обращается внимание на тот имеющий место клинический факт, что астения и депрессия - состояния, взаимно исключающие одно другое: чем выше удельный вес астенических расстройств, тем меньше тяжесть депрессии; с нарастанием астении снижается суицидальный риск, исчезает двигательная и идеаторная заторможенность. В практической деятельности врача астенодепрессивный синдром диагностируется как один из наиболее частых в рамках пограничной психической патологии.

Маниакальные и депрессивные синдромы могут быть этапом в формировании психопатологической симптоматики любого психического заболевания, но в наиболее типичных своих проявлениях они представлены лишь при маниакально-депрессивном психозе.

Психопатический синдром. Это стойкая, социально дезадаптирующая больного дисгармоничность в эмоциональной и волевой сферах, являющаяся выражением патологии характера. Расстройства не касаются познавательного процесса. Психопатический синдром формируется в определенных условиях социальной среды на основе врожденных (психопатии) и приобретенных (постпроцессуальное состояние) изменений высшей нервной деятельности. Для того чтобы подчеркнуть эти различия, изменения характера, вызванные шизофреническим или церебрально-органическим процессом, называют иногда психопатоподобным синдромом. Патология относится к пограничной в психиатрии.

Психический маразм - полный распад психической деятельности. Больные утрачивают все навыки, не в состоянии самостоятельно передвигаться. Речевые реакции представлены в виде криков, стонов, возникающих или спонтанно, или в ответ на внешние раздражители. Могут отмечаться различные патологические рефлексы, оральные, хватательные автоматизмы, насильственный смех и плач. Аппетит часто повышен, больные перестают следить за собой. Маразм всегда является необратимым состоянием.

В специальной литературе встречается классификация синдромов психических заболеваний на позитивные и негативные.

. Позитивные (психопродуктивные) синдромы - состояния, при которых наблюдаются новые психические образования (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение, тревога и т.д.). По степени поражения психической деятельности выделяют девять уровней (кругов) расстройств: 1) невротические синдромы; 2) психопатические и психопатоподобные синдромы; 3) аффективные расстройства; 4) деперсонализационно-дереализационные синдромы (синдром деперсонализации - расстройство самосознания, проявляющееся ощущением изменённости психических и физических процессов - чувств, мыслей, воспоминаний, отношения к окружающему, речи, движений; синдром дереализации - расстройство психической деятельности, выражающееся тягостными ощущениями нереальности, призрачности, чуждости окружающего мира; окружающее воспринимается как бы сквозь туман, матовое стекло, утрачивает объемность и перспективу - как на фотографии); 5) галлюцинаторно-бредовые; 6) двигательные расстройства; 7) синдромы расстройств сознания; 8) эпилептические (наблюдается в клинике эндогенной эпилепсии) и эпилептиформные (вызывается внешними факторами - опухоли, травмы, нейроинфекции, интоксикации, сосудистые нарушения); 9) психоорганический синдром.

. Негативные (дефицитарные) синдромы - это стойкие или обратимые изменения личности в виде снижения, дефекта или выпадения какой-либо функции.

Продуктивные и негативные симптомы (синдромы) всегда существуют в комплексе, всегда взаимосвязаны. Выраженность негативных проявлений определяет прогноз заболевания. Уровень их тяжести свидетельствует о глубине поражения психики.

Выделяют синдромы интеллектуальных расстройств. Интеллект не является отдельной, самостоятельной психической сферой. Его рассматривают как способность к умственной, познавательной и творческой деятельности, к приобретению знаний, опыта и применению их на практике. При нарушениях интеллекта оказывается недостаточной способность анализировать материал, комбинировать, догадываться, осуществлять мыслительные процессы синтеза, абстракции, создавать понятия, умозаключения, делать выводы. Отмечается недостаточность образования навыков, получения знаний, усовершенствования прежнего опыта и возможности его применения в деятельности. Основные синдромы нарушенного интеллекта - слабоумие и малоумие.

Слабоумие. Слабоумие представляет собой обеднение психической деятельности (необратимое) во всех ее проявлениях. Выделяют его врожденную форму (недоразвитие психики) - олигофреническое слабоумие и приобретенную форму (распад правильно сформированной психики в результате болезни) - деменцию. Клиника простых форм слабоумия ограничивается только негативными проявлениями. Но зачастую наблюдаются психотические формы слабоумия, в клинической картине которых присутствуют различные продуктивные симптомы (аффективные, бредовые, галлюцинаторные). Чем меньше выражено слабоумие, тем больше места в клинике занимают продуктивные расстройства, и, наоборот, при глубоком слабоумии продуктивные расстройства исчезают.

Итак, клиническая картина психического страдания, душевной болезни складывается из наличествующих синдромов. В отличие от симптомов, которые можно сравнить с деталями, фурнитурой - синдромы - это крупные симптомокомплексы, симптомы которых, будучи связаны между собой, формируют устойчивые сочетания, имеющие непосредственное клиническое и диагностическое значение.

. Общественная опасность психических болезней

психическая болезнь синдром

Исходя из практики, можно говорить об активном и пассивном типах общественной опасности больного. Естественной границей, разделяющей их, является локализация факторов, побуждающих к совершению общественно опасных действий.

Активная общественная опасность подразумевает известную независимость поведения больного от модифицирующего влияния внешних стимулов, или, иными словами, она не корригируема извне. Её устранение возможно лишь одним способом - изоляцией больного от возможных объектов посягательства. Можно говорить о двух вариантах активной общественной опасности: о целенаправленном (избирательном) и генерализованном. Психопатологические расстройства, их характеризующие, отражены в специальной литературе как факторы риска общественно опасного поведения.

Целенаправленные действия, чаще агрессивного характера, наблюдаются при бредовых и галлюцинаторно-бредовых синдромах, содержание которых ориентировано на конкретных лиц, и при депрессивных состояниях. Генерализованные действия характерны для синдромов расстроенного сознания, сопровождающихся тревогой, страхом, эмоциональным напряжением, двигательным возбуждением. Общественно опасные действия таких больных можно определить как недифференцированную агрессию по отношению к окружающему. Тяжесть деяний в этих случаях зависит от конкретных условий, в которых находится больной (квартира, общественное место и т.д.) и стадии пресечения. Обычно, чем больше возможных объектов посягательства окружает больного и чем более поздняя стадия, на которой его действия удаётся пресечь, тем тяжелее деяние.

Отличительным признаком пассивной общественной опасности больного является то, что стимул, побуждающий к общественно опасным действиям, находится вне больного и исходит от конкретного стечения обстоятельств или иных лиц. При активном типе общественной опасности обстоятельства среды не обусловливают её, а проявляют и определяют степень тяжести деяния, при пассивном же непосредственно побуждают к общественно опасным действиям. Поэтому устранение пассивной опасности возможно путём коррекции микросоциума больного. Психопатологические расстройства при пассивном типе в отношении общественной опасности нейтральны, характеризуются падением потенциала психической сферы и личности, снижением двигательной активности и побудительных мотивов. Больные либо проявляют подчиняемость вне зависимости от социальной направленности действий, к которым их побуждают, либо, напротив, отличаются устойчивостью, индифферентностью к внешнему побуждению, которое, однако, при достаточно длительном воздействии может вызывать ответную агрессию со стороны больного. В первом случае больные могут быть вовлечены в имущественные деликты. Во втором их действия носят ситуационный характер и направлены на активное устранение объекта, причиняющего дискомфорт. Это может быть агрессия против как лица, так и предметов и вещей. Вне криминальной ситуации больные как в первом, так и во втором случае могут не обнаруживать антисоциальных тенденций.

Совокупная степень общественной опасности больного будет определяться выявленным в каждом конкретном случае сочетанием тяжести деяния с типом общественной опасности больного. Практика показывает, что применительно к существующей схеме вариантов принудительных мер медицинского характера целесообразно говорить о четырёх степенях общественной опасности душевнобольного.

О его особой опасности свидетельствует активное совершение действий против жизни и здоровья граждан, что является показанием для помещения в психиатрическое учреждение со строгим наблюдением. Значительной общественной опасности характеризуются больные, пассивно совершившие действия против жизни и здоровья граждан, либо активно прочие действия, за исключением представляющих незначительную общественную опасность. Эта категория больных, составляющая большую часть направляемых на принудительное лечение, должна помещаться в психиатрические учреждения с усиленным наблюдением. Опасность больных, совершивших пассивно прочие деяния, а также активно либо пассивно действия, представляющие незначительную общественную опасность, следует квалифицировать как менее значительную. Такие больные вполне могут быть помещены в психиатрическое учреждение с обычным наблюдением. Наконец о незначительной общественной опасности больного следует говорить, если совершённое им деяние представляет незначительную опасность и по психическому состоянию он может находиться вне стационара. В таком случае вполне достаточно ограничиться передачей его на попечение родственникам или опекуну при обязательном врачебном наблюдении с направлением в психиатрический диспансер определения суда для организации соответствующего диспансерного наблюдения.

Предлагаемая схема оценки общественной опасности душевнобольного представляется оптимальной, поскольку опирается на достаточно чёткие и легко объективизируемые критерии, доступные для анализа как эксперту, так и суду, и разрешает присущие этой проблеме противоречия. Схема позволяет варьировать количество градаций опасности больных по степени, ориентируясь на более частные признаки и индивидуализируя тем самым условия содержания больного в пределах избранной судом принудительной меры медицинского характера.

Заключение

Любая болезнь, и в том числе психическая - это, прежде всего совокупность её определенных проявлений. Психическая болезнь - расстройство системы, отвечающей за психику, совокупность функций высшей нервной деятельности, свойственных наиболее высокоорганизованным существам, часть из которых, такие, как мышление и самосознание, возможно, присущи в полной мере только человеку.

Психические болезни чрезвычайно разнообразны, существует много их классификаций, которые учитывают сферу психической деятельности. В основу указанных классификаций положен синдромальный принцип.

Диагноз болезни устанавливается на основании последовательности смены синдромов, поддающейся определенному стереотипу. Синдром является не только основой для диагностики в современной психиатрии, его выявление служит для прогноза и лечения психического расстройства.

В данной работе приведена информация о наиболее часто встречающихся синдромах психических расстройств. Она поможет лучше разобраться в том, что представляют собой конкретные психические заболевания, такие как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, неврозы.

Определяющим моментом при оценке общественной опасности больного служит то, исходит ли побудительный мотив от больного в связи с его психическим состоянием, характером болезненных переживаний и т.д. или побудительные стимулы находятся вне его и связаны с определённым стечением обстоятельств или действиями иных лиц. Если такое сравнение допустимо, можно сказать, что тип общественной опасности больного является психопатологическим аналогом формы вины вменяемого лица. Если из понятий умышленных и неосторожных действий удалить элемент осознания, то мы получим соответственно активную и пассивную общественную опасность.

Таким образом, эти понятия отражают различное соотношение внутреннего (медицинского, психопатологического) и внешнего (средового, ситуационного) факторов, реализованное в конкретном деянии и составляет субъективную сторону общественно опасных действий душевнобольного.

Список использованной литературы

1. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 21.11.2011) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" // http://www.consultant.ru/

2. Возможные признаки психического заболевания // http://www.modo-novum.ru/priznaki.htm.

. Вознесенская Т.Г., Медведева А.В., Яхно Н.Н. Некогнитивные нервно-психические расстройства при болезни Альцгеймера и их коррекция // Неврологический журнал. - 2010. - № 4. - С. 18-24.

. Ивашев С.П., Новикова Ю.Г. Семантическое пространство концепта "Психическая болезнь" как биоэтическая проблема // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2009. - № 2. - С. 25-28.

. Иржевская В.П., Тхостов А.Ш., Морозова М.А. Связь нарушения осознания психической болезни и характеристик эмоционально-волевой сферы у пациентов с шизофренией // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. - 2009. - № 1. - С. 47-52.

. Литвиненко О.А. Влияние социокультурных изменений в обществе на стигматизацию психических болезней // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2012. - № 153-1. - С. 211-217.

7. Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ - www.minzdravsoc.ru <http://www.minzdravsoc.ru/>.

. Первомайский В.Б. Понятие "общественная опасность душевнобольного" в судебной психиатрии // Государство и право. - 1992. - № 7. - С. 59-67.

. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н.М. Жариков, В.П. Котов, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: Норма: Инфра-М, 2011. - 623 с.

. Судебная психиатрия: учебное пособие для вузов / под ред. З.О. Георгадзе; [З.О. Георгадзе, А.В. Датий, Н.Н. Джачвадзе [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Юнити, 2010. - 255 с.

. Судьин С.А. Психическая болезнь и семья: субъективные и объективные проблемы // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. - 2012. - № 2-1. - С. 390-395.

. Тиганов А.С., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю. Нестабильность генома головного мозга: этиология, патогенез и новые биологические маркеры психических болезней // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2012. - № 9. - С. 45-53.

. Трущелёв С.А. Глобальное бремя психических болезней // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 4. - С. 33-38.

. Шостакович Б.В. Основы судебной психиатрии: Учебное пособие для юристов. - М.: Изд. дом ГУВШЭ, 2005. - 456 с.