

6. Виділені варіанти та типи формування НАП рекомендується використовувати в клінічній практиці як доповнення до клінічного діагнозу для прогнозування самоушкоджень та оцінки ризику рецидивів аутодеструктивної поведінки з метою її профілактики.

7. Розроблений за результатами дослідження спосіб визначення ступеня ризику та прогнозування характеру самоушкоджень внаслідок несуйцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію дозволяє підвищити ефективність прогнозування самоушкоджень у таких хворих.

Список літератури

1. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др. / Пер. с англ. — М.: Изд-во «Весь Мир», 2003. — 376 с.
2. Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (5), 259–68.
3. Ефремов В. С. Основы суицидологии. — М.: Диалект, 2003. — С. 370–431.
4. Подкорытов В. С., Кутько И. И., Павленко В. В. и др. Особенности суицидального поведения у больных шизофренией // *Вісник психічного здоров'я*. — № 4. — О., 1999. — С. 10–13.
5. Амбрумова В. С., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. — М., 1980.
6. Калуев А. Б. Биологические основы аутодеструктивности // *Арх. психіатрії* — 1999. — 1 (19). — С. 28–31.
7. Гельдер М., Тэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — К., 1997. — Т. 2. — С. 64–85.
8. Антохин Г. А. Диагностика суицидального поведения при шизофрении: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. — С. 168–176.
9. Goldney, R. D., Simpson, I. G. (1975). Female genital self-mutilation // *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 435–441.
10. Frankel, F., fc Simmons, J. Q. (1976). Self-injurious behavior in schizophrenic and retarded children // *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 512–522.
11. Бачериков А. М. Эффективность терапии хворих параноїдною шизофренією з використанням краніо-церебральної гіпотермії (клінічний та патогенетичний аналіз): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 1994.
12. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. — Самара: БАХРАХ-М, 2000 — 672 с.
13. Мангубі В. О. Клініко-психопатологічна діагностика, корекція та прогноз суїцидальної поведінки у жінок молодого віку: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 2002.
14. Исаева Е. Р., Соколовская Т. В. Исследование психологических аспектов приспособительного поведения у больных малопрогредиентной формой шизофрении с помощью методики «тест руки» // *История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сб. науч. работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической*

больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько и П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 207–208.

15. Урбах В. Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. — М.: Наука, 1975. — С. 12–17.

Надійшла до редакції 28.10.2005 р.

А. Г. Бондарчук

Клинико-психопатологическая характеристика больных параноидной шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия несуйцидального характера и пути предупреждения самоповреждений

Харьковский государственный медицинский университет (Харьков)

Проведено обследование 200 мужчин, страдающих параноидной шизофренией, из них — 100 с несуйцидальным аутоагрессивным поведением (НАП), 50 — с проявлениями суицидального аутоагрессивного поведения, 50 больных без проявлений аутоагрессивного поведения.

В результате проведенного исследования выделены основные клинико-психопатологические варианты НАП. Выяснена зависимость особенностей самоповреждений от психопатологической симптоматики, доминирующей в развитии НАП на момент самоповреждения. Описаны отдельные варианты НАП и особенности их развития, что позволяет повысить эффективность предупреждения самоповреждений у больных параноидной шизофренией.

А. Г. Bondarchuk

Clinical-psychopathological characteristic of patients with paranoid schizophrenia who take non-suicidal autoaggressive acts and trends of their preventions

Kharkiv State Medical University (Kharkiv)

Inspection of 200 men suffering by the paranoid schizophrenia: 100 — with non-suicidal autoaggressive behaviour, 50 — with suicidal behaviour, 50 — without autoaggressive behaviour.

As a result of the research it is allocated basic clinical-psychopathological variants of non-suicidal autoaggressive behaviour.

Dependence of features self-injuries on semiology dominating in development the non-suicidal autoaggressive behaviour is found out. The established features of separate variants are recommended for using with a view of self-injury preventive maintenance at patients with paranoid schizophrenia.

УДК 616.89—036.865

Н. М. Дорошенко, аспірант

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України (Київ)

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ҐЕНЕЗУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ АМБУЛАТОРНИХ ХВОРИХ ІЗ СКЛАДНИМ ПОХОДЖЕННЯМ ОРГАНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Незважаючи на широку мережу профілактичних заходів, що спрямовані на попередження суспільно-небезпечних дій (СНД) психічнохворих, рівень злочинності серед осіб з цереброорганічною патологією залишається високим [1, 6].

Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку (АПДПП) є першою ланкою та своєрідним фільтром, який повинен сприяти профілактиці первинних та вторинних СНД психічнохворих. Тому,

виявлення небезпечних контингентів осіб, які потребують спостереження у примусовому порядку, є одним з завдань амбулаторної служби [9].

На думку більшості дослідників, серед суспільно небезпечних дій, що скоєні хворими на органічне ураження головного мозку, переважають тяжкі злочини [6; 14]. Привертає увагу, також, висока частка протиправних дій серед цього контингенту хворих, порівняно з іншими нозологічними групами [1; 4].

Вивчення ґенезу агресивної поведінки та визначення її окремих складових має надати підстави для розв'язання проблем, що стосуються профілактики суспільно небезпечної поведінки психічнохворих. Тому науковці займаються вивченням різних теоретичних аспектів, що детермінують агресивність [3; 5]. Ними, зокрема, відзначається кореляція між клінічними, соціально-психологічними чинниками та механізмами формування агресивної поведінки й способами її реалізації [7; 8; 10; 13]. Тобто дослідження агресивної поведінки на сучасному науковому етапі проводиться за використанням системного та багатовісьюого підходів.

З метою визначення критеріїв до застосування та здійснення АПДПП нами досліджений ґенез агресивної поведінки хворих на органічне ураження головного мозку складного походження, які спостерігаються в амбулаторних умовах.

За допомогою методу судово-психіатричного аналізу виявлені механізми формування агресивної поведінки у 30-х амбулаторних хворих із органічним ураженням головного мозку складного походження. Вплив екзогенних шкідливостей часто мав масивний характер, але провідна роль належала: нейроінфекційному чиннику — 10 (33,3 %) хворих; інтоксикаційній енцефалопатії — 9 (30,0 %) хворих; патологічним пологам — 7 (23,4 %) хворих; внутрішньоутробним енцефалопатіям — 4 (13,3 %) хворих.

Вік хворих на період обстеження становив: 19–29 р. — 8 (26,7 %) хворих; 30–39 р. — 8 (26,7 %) хворих; 40–49 р. — 6 (20,0 %) хворих; 50–59 р. — 4 (13,3 %) хворих; 60 р. й понад — 4 (13,3 %) хворих. З них 25 (63,3 %) чоловіків та 5 (16,7 %) жінок.

На період виникнення поведінкових розладів з проявами агресивності тривалість захворювання становила: до 10 р. — 3 (10,0 %) хворих; 11–20 р. — 6 (20,0 %); 21–30 р. — 12 (40,0 %); 31–40 р. — 9 (30,0 %) хворих.

Освітній рівень хворих був, переважно, невисоким: вищу освіту мали 9 (30,0 %) хворих, середню спеціальну — 10 (33,3 %) хворих, середню — 6 (20,0 %) хворих; спец. школу для розумово відсталих та дітей з вадами слуху закінчили 5 (16,7 %) хворих.

Працевлаштованим був лише — 1 (3,3 %) хворий, він працював за фахом. Решта — 29 (96,7 %) хворих не працювали, з них: інваліди I гр. — 6 (20,0 %) хворих; інваліди II гр. — 15 (50,0 %) хворих; інваліди III гр. — 2 (6,7 %) хворих; не працювалися — 4 (13,3 %) хворих; навчалися — 2 (6,7 %) хворих.

У шлюбі перебували лише 9 (30,0 %) осіб.

За способом формування агресивної поведінки, виділили три групи хворих. Вербальна агресія — 13 (43,3 %) хворих, фізична агресія — 13 (43,3 %) хворих та агресивні тенденції — 4 (13,4 %) хворих. Дослідження агресивності проводилося комплексно, з урахуванням клініко-психопатологічних, особистісних та ситуаційних детермінант агресії.

До першої групи увійшли 11 (36,7 %) хворих які мали прояви психопатоподібного синдрому, який у сучасній класифікації психічних захворювань виділений у окрему рубрику — «органічний розлад особистості» — F 07.0. Характерною рисою усіх психопатологічних станів, що об'єднані цим поняттям, були неадекватність настрою у вигляді ейфорії, дратівливості, невмотивованих спалахів агресії, порушення контролю емоційних складових, їхня поверховість та

нестійкість. Персистентна риса — емоційно змінена поведінка та порушення когнітивної сфери на манер афективної логіки. Тобто, перш за все, страждав емоційний контроль поведінки, коли відбувалося реагування на подразники за збудливим типом, з конфліктністю, агресивними спалахами й різким «вибухом» емоцій шляхом вчинення бійки або сварки з брутальними висловами. При цьому відзначалося зниження критичної функції, що мало прояви у обвинуваченні оточуючих й виправданні себе у конфліктній ситуації. Ці розлади виступали поряд із зниженням інтелектуального й вольового самоконтролю, погіршенням прогностичних здібностей.

Такі хворі часто були ініціаторами конфліктів, самі розпочинали бійки, невмотивовано ображали оточуючих у негараздах, наносили їм тілесні ушкодження. Жертвами їхньої агресії, зазвичай, були близькі родичі. Залежно від змін особистості, хворі дещо по-різному поводитися у ситуації конфлікту, так за наявності епілептоїдних рис, вони застрягали на змісті психотравмуючої ситуації, довго не могли перейти у звичний режим поведінки, тривалий час переживали образу, а у зв'язку із зниженням інтелекту були нездатні досягнути власну провину. Наявність змін особистості за органічним типом призводила до запальності, експлозивності неадекватності емоційного реагування, коли ситуація провокувалася незначним зовнішнім чинником. Такі особи швидко змінювали поведінку, їхня запальність минала, але зниження критичності не давало можливості оцінити ситуацію об'єктивно й випадки негараздів частішали, загострюючи міжособистісні стосунки. Більшість цих хворих вчиняли бійки та конфлікти у стані алкогольного сп'яніння. Вони систематично вживали спиртні напої. Під час досить тривалих дистимічних станів хворі були схильні до надмірного вживання алкогольних напоїв і, перебуваючи у стані сп'яніння, наносили тілесні ушкодження співмешканцям, вчиняли сварки через дріб'язкові непорозуміння. Але виснажливості та лабільності психічної діяльності, призводила до того, що їхнє обурення швидко минало й вони були розгублені та налякані власною поведінкою, хоча також рідко розуміли провину.

Переважна більшість цих хворих — 7 (23,3 %) — виявляли фізичну агресію до осіб з найближчого оточення, 4 (13,3 %) хворих характеризувалися проявами вербальної агресії.

Показники трудової зайнятості та освіти свідчили про недостатність соціально-трудова адаптації хворих з проявами психопатоподібного синдрому. Так, усі вони не працювали і не намагалися працювати: 8 (26,7 %) хворих були інвалідами II гр., 3 (10,0 %) хворих мали I гр. інвалідності.

Рівень сімейної адаптації був також недостатнім: 7 (23,3 %) хворих були не одруженими, 4 (13,3 %) хворих мали конфліктні подружні стосунки. Троє (10,0 %) хворих мали дітей та опікувалися ними, вихованням дітей одного хворого (3,3 %) займалися родичі.

Умови проживання хворих свідчать на користь несамостійності та обмеженої здатності до створення власної сім'ї. Так, проживали з батьками 6 (20,0 %) осіб, 1 хворий (3,3 %) не мав власного житла й тільки 4 особи (13,3 %) жили з власними сім'ями.

Наведені соціально-демографічні характеристики висвітлюють недостатню соціальну адаптованість та переважання негативних особистісних сімейних

і трудових настанов, що справляло вплив на виявлення агресивної поведінки цими особами як безпосередньо, так і опосередковано — через поглиблення клінічних проявів захворювання. Узагальнюючи наведені характеристики, варто зробити висновок про переважання клінічної та особистісної складових, а також значимість провокуючої ситуації у виникненні агресивності цих хворих.

У другу групу увійшли 11 хворих: 4 (13,3 %) — із інтелектуальною недостатністю (психоорганічний синдром — F 06.7), котрі поводитися неадекватно через неможливість досягнути ситуацію у повній мірі. Вони часто підпадали під сторонній вплив і створювали конфліктні ситуації у місцях загального користування, перебуваючи у стані алкогольного сп'яніння. Інтеркурентні прояви алкогольної енцефалопатії проявлялися огрубінням особистості, брутальністю, нестриманістю у міжособистісних стосунках і супроводжувалися проявами фізичної агресії. Нерівномірність темпу психічної діяльності, слабкість концентрації уваги на тлі недостатнього запасу знань, поверховості міркувань, нездатності адекватної орієнтації у складній ситуації, призводила до втягнення таких осіб у вуличні бійки, а також залучення до співучасті у крадіжках.

Їхня агресивність характеризувалася рівною мірою як проявами вербальної — 2 (6,7 %), так і проявами фізичної — 2 (6,7 %) агресії.

Ці хворі, так само як і хворі 1 групи, не мали роботи: були інвалідами I гр. — 3-є (20,0 %) хворих та інвалідність II гр. мав 1 хворий (2,3 %). Подружні стосунки склалися погано в 1 хворого (2,3 %), тоді як інші — 3 (20,0 %) хворих — були неодружені і не мали дітей, що свідчило на користь недостатньої соціальної адаптації, переважання негативних особистісних настанов. Рівень освіти в них був, також, низький: 1 хворий (2,3 %) закінчив спец. школу для розумово відсталих дітей, 3 (10,0 %) хворих мали загальну середню освіту. Неправильний спосіб життя, який вели ці хворі, зазвичай, впливав на виникнення неправильних форм поведінки.

Формування агресивної поведінки в 7 (23,4 %) хворих 2 групи з продуктивно-психотичною симптоматикою (F 06.2) відбувалося під впливом маячних та галюцинаторних переживань. Психози мали хронічний перебіг. Хворі діяли й реагували у актуальній ситуації відповідно до власних уявлень, тобто були виключені з виру реальних подій. Тому вони часто інтерпретували чийсь поведінку через призму власних хворобливих відчуттів. Для них характерним було маячення конкретного, побутового змісту, ідеї отруєння та переслідування у поєднанні з маяченням стороннього впливу. Вони були певні у наявності ворогів, часто підозрювали родичів у заподіянні їм фізичної і моральної шкоди. Їхня агресивність була представлена агресивними тенденціями — 2 (6,7 %), які мали прояви у зовні невмотивованій зміні настрою, відтінку голосу й були спрямовані, переважно, проти певних осіб. У періоди загострення хвороби, ці хворі дозволяли собі вислови агресивного змісту та погрози у фізичній розправі, а часом і застосування сили. Вони діяли за мотивами помсти або за мотивами захисту власної особи. Прояви вербальної агресії зустрічалися в 2 (6,7 %) та фізичної агресії — в 3 (10,0 %) випадках.

П'ять (16,7 %) хворих мали наявні ознаки алкоголізації. Для них були притаманні часті загострення та декомпенсації органічного процесу, психотична симптоматика за змістом маячних переживань в них трансформувалася під впливом алкоголю, і тоді, на тлі інших маячних переживань, виступали ідеї подружньої зради — 2 (6,7 %) випадки, або виникали нашарування з галюцинаторним компонентом за участю мікрооптичних галюцинацій — 3 (10,0 %) випадки. Окрім цього, закінчення гострого психотичного епізоду завжди супроводжувалося поглибленням симптомів, що належать до реєстру психоорганічного синдрому.

Маючи вищу освіту, 6 (6,7 %) хворих не працювали, вони мали інвалідність II гр., 1 хворий (2,3 %) отримував пенсію з інвалідності III гр. й також не працював. Власні сім'ї та дітей мали 2 (6,7 %) хворих, але ними майже не опікувалися. Решта — 5 (16,7 %) хворих — були самотніми. Проживали самотньо — 2 (6,7 %) хворих, 3 (10,0 %) хворих проживали з батьками. Соціальна адаптація цих хворих розцінювалася нами як недостатня, а особистісні настанови на труд та на подружні стосунки — як негативні.

Отже, у генезі агресивної поведінки хворих з психоорганічним синдромом та продуктивно-психотичними розладами клініко-психопатологічному чинникові належала провідна роль. А саме, їхня агресивність була спричинена зниженням критичної і прогностичної складової мислення, що на тлі «афективної логіки» призводило до непередбачуваного самими хворими результату. Вираженої шкоди завдавала їхня незайнятість трудом та низькі показники сімейної адаптації, що призводило до залучення цих хворих у несприятливе мікросоціальне середовище, закріплювало негативні соціальні стереотипи.

Остання, за способом реалізації агресії, 3-я група хворих, представлена афективним синдромом (F 06.3) — 6 (20,0 %) хворих та синдромом емоційної лабільності (F 06.6) — 2 (6,7 %) хворих. Особи, які належать до цих двох синдромальних категорій, були подібні за способом реагування у непередбачуваній ситуації. Притаманна їм емоційна нестійкість, недостатність емоційно-вольового контролю, схильність до запальності, самоіндукції у конфліктній ситуації призводили до агресивних, брутальних висловлювань на адресу оточення. Реактивні прояви у поєднанні з афективною ригідністю, схильністю до накопичення негативних емоцій, тривалого внутрішнього переживання із застряганням на неприємних обставинах конфлікту призводили до самопоглиблення хворобливого стану. Такі хворі, по закінченні конфліктної ситуації, були схильні до самообвинувачень, що викликані відчуттям провини. В них переважав депресивний, або дистимічний афект, частими були дисфорії, під час яких найчастіше й відбувалися сварки. Але виражена виснажливість психічної діяльності унеможлиблювала тривале розгортання конфліктів і ситуація швидко вичерпувалася. П'ять (16,7 %) осіб тривало (кілька днів або тиждень) вживали спиртні напої. Часто подібні стани виникали на тлі депресії або пов'язувалися з реальними зовнішніми психогенними чинниками. У стані алкогольного сп'яніння ці особи поводитися непередбачувано й були схильні до заподіяння фізичної шкоди стороннім особам. Отже, фактом є провідна роль провокуючої ситуації у формуванні агресивної по-

ведінки даної групи хворих. Переважали у них прояви вербальної агресії — 4 (13,3 %) випадки, порівняно з агресивними намірами — 2 (6,7 %) випадки та проявами фізичної агресії — 2 (6,7 %) випадки.

Ці хворі мали порівняно хороші показники соціального улаштування, вони були одружені та виховували дітей самостійно — 6 (20,0 %) хворих, проживали з власними сім'ями, що свідчило про значну збереженість їхніх позитивних соціальних стереотипів та особистісних настанов. Лише 2 (6,7 %) хворих проживали самотньо та не мали сім'ї.

Осіб цієї групи характеризував також хороший рівень освіти: вищу освіту мали 5 (16,7 %) хворих та середню спеціальну освіту мали 3 (10,0 %) хворих. Усього один (3,3 %) хворий із середньою спеціальною освітою працював за фахом, решта хворих не працювали: 2 (6,7 %) навчалися, 4 (13,3 %) не працювали та 1 (3,3 %) мав III гр. інвалідності. Тобто, при відносно позитивних особистісних настановах, рівень соціально-трудова адаптації цих хворих був недостатнім. Позитивно є відносно збережена їхня сімейна адаптація, однак, систематичне вживання алкоголю, відсутність постійної трудової зайнятості справляють негативний вплив на поведінку цих хворих і призводять до виникнення агресивних реакцій.

Генез агресивної поведінки амбулаторних хворих із складним походженням органічного процесу був не однаковим у різних випадках і визначався сукупністю клініко-психопатологічних, особистісних та соціальних чинників. Так, хворими із переважанням психопатологічного синдрому у клінічній картині захворювання, агресивні дії скоювалися за участю клінічної та особистісної складових на паритетній основі, тоді як для хворих з психоорганічним синдромом та продуктивно-психотичними розладами характерною була провідна роль клінічної складової у генезі агресивності, яка реалізувалася на тлі негативних особистісних соціальних стереотипів та низького рівня сімейної і трудової адаптації. Натомість, більший вплив справляли ситуаційні складові, коли агресивна поведінка мала місце у хворих з проявами церебрастенічного та афективного синдромів. Значний негативний вплив справляла алкоголізація, яка була характерна для більшості досліджуваних осіб — 20 (66,7 %).

Список літератури

1. Андреева Е. С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — С. 28.
2. Алимов Х. А. Клиника психопатоподобных состояний после инфекционных менингитов. — Ташкент, 1959. — С. 116.
3. Антонян Ю. М., Горшкова И. В. Проблемы внутрисемейной агрессии. — М., 2002. — С. 212.
4. Гордова Т. Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. — М., 1973. — С. 176.
5. Дмитриева Т. Б., Антонян Ю. М., Горинов В. В. и др. Психопатологические и криминалистические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Рос. психiatr. журнал. — 1999. — № 4. — С. 4–9.
6. Ілейко В. Р., Цубера А. І., Кригіна Л. А. Структура судово-психіатричної експертизи за 10 р. (1966–1975) // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Матер. междунар. конф. — Киев — Харьков — Днепропетровск, 1994. — Т. 1. — С. 121.
7. Кондратьев Ф. В. Структура причин опасного поведения психически больных // Там же. — С. 146–148.
8. Кондратьев Ф. В. Системно-структурный подход как когнитивный базис судебно-психиатрического исследования // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров, наркологов. — М., 1988. — Т. III. — С. 348–352.
9. Лісовенко В. Л. Проблеми організації амбулаторного примусового лікування // Архів психіатрії. — 2002. № 3 (30). — С. 45–47.
10. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. — М.: Медицина, 1995. — С. 255.
11. Мельник В. И. Метод судебно-психиатрического анализа генеза криминальных действий в судебной психиатрии // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Т. 6. — № 1 (18). — С. 49–52.
12. Мельник В. И. Клинико-социальные характеристики женщин с психическими нарушениями органического генеза, совершивших общественно опасные действия: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — С. 231.
13. Трофіменко С. Н. Протиправна поведінка психічнохворих осіб // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов. — Матер. междунар. конф. — Киев — Харьков — Днепропетровск, 1994. — Том. 1. — С. 112–117.
14. Шумаков В. М., Соколов Е. Д., Жуковский Г. С. Свириновский Я. Е., Винокуров А. В. Определение риска общественно опасных действий психически больных с учётом комплекса факторов // Профилактика общественно опасных действий психически больных. — М., 1986. — С. 46–53.

Надійшла до редакції 02.11.2005 р.

Н. М. Дорошенко

Судебно-психиатрический анализ генезиса агрессивного поведения амбулаторных больных со сложным происхождением органического поражения головного мозга

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины (Киев)

Посредством метода судебно-психиатрического анализа исследован генезис агрессивного поведения больных со сложным происхождением цереброорганической патологии. Проявления агрессивного поведения проанализированы в пределах системы: «синдром — личность — ситуация». Выделено 3 группы больных, в зависимости от преобладания одной или нескольких составляющих этой системы. Генезис агрессивного поведения исследованного контингента лиц был сложным.

N. N. Doroshenco

Forensic-psychiatric analysis of genesis aggressive behavior in out-patients with complete origin organic brain lesion

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology (Kyiv)

The methods forensic-psychiatric analysis date obtained aggressive behavior out-patients with complete origin organic pathology. Manifestation of aggressive behavior with in a complex of "syndrome — personality — situation" has been analysis. To dependence of prevail one or few components this system distinguished three group of patients. Genesis of aggressive behavior has been complete.