

УДК: 616.89 - 06+616.8 - 009.83 + 61: 340.63

*А.В. Мельник***КЛІНІЧНА СТРУКТУРА СУТІНКОВИХ ПОТЬМАРЕНЬ СВІДОМОСТІ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЇ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: сутінкові потьмарення свідомості, суспільна небезпека

Попередження суспільно небезпечних дій (СНД) психічно хворих є однією із найбільш важливих проблем судової та загальної психіатрії. Удосконалення прогностичних критеріїв і медико-соціальних заходів визначає успішне вирішення цієї проблеми і потребує поглибленого і всебічного дослідження відповідних контингентів хворих [1-4].

Результати наукових досліджень судових психіатрів свідчать про те, що найбільш тяжкі СНД, спрямовані проти особи (вбивства, спроби вбивства, тяжкі тілесні ушкодження), хворі скоюють у період короткочасних психотичних розладів

психічної діяльності та сутінкових потьмарень свідомості зокрема [5-8]. За даними Т.М. Арсенюк (2004), в останні роки відмічається зростання питомої ваги тяжких СНД у структурі кримінальних дій, які скоюють психічно хворі [9]. Одночасно також відмічається і збільшення кількості осіб, які страждають на органічне ураження головного мозку [10].

Тому метою даної роботи є вивчення клінічної структури, визначення типу перебігу сутінкових потьмарень свідомості органічного генезу та чинників, що обумовлюють їх виникнення, у осіб, які скоїли суспільно небезпечні дії.

Матеріал і методи дослідження

Для вивчення та аналізу клінічної структури сутінкових потьмарень свідомості органічного генезу, у період яких хворими були скоєні СНД, було вивчено 30 осіб. Усі ці хворі проходили судово-психіатричну експертизу, були визнані неосудними щодо інкримінованих їм діянь у зв'язку з тим, що під час скоєння СНД у них мав місце короткочасний психотичний розлад психічної діяльності (сутінкового потьмарення свідомості) органічного генезу. До них судом були застосовані примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) та на час дослідження вони перебували в Українській психіатричній лікарні з суворим наглядом.

Основними методами дослідження були: анамнестичний, клініко-психопатологічний, судово-психіатричний аналіз генезу кримінальних дій [11].

Аналізувались результати наступних додаткових методів дослідження: експериментально-психологічного, електроенцефалографічного (ЕЕГ), висновки невропатолога, окуліста, терапевта. Ретельному аналізу підлягли судово-психіатрична (акти судово-психіатричних експертиз, особиста права хворого, акти огляду лікарських комісій) та медична документація (історії хвороби, журнали спостережень).

Результати дослідження та їх обговорення

Етіологічним чинником органічного ураження головного мозку були черепно-мозкові травми, нейроінфекції, гіпертонічна хвороба, атеросклероз судин головного мозку, хронічна алкогольна інтоксикація. У 2/3 хворих етіологічні чинники були різноманітно поєднані та у 1/3 – поодинокі (черепно-мозкові травми, захворювання судин головного мозку).

Вік досліджених хворих на момент скоєння СНД був наступний: 19-29 років – у 20 % хво-

рих, 30-39 років – у 23,3 %, 40-49 – у 40 %, 50-59 років – у 10 %, 60 років і старше – у 6,7 % хворих.

При обстеженні терапевтом соматичного стану хворих у деякого із них були діагностовані такі захворювання як: виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки; хронічний гастрит; хронічний гепатит; туберкульоз верхньої долі лівої легені у фазі капсулювання і розсмоктування; цукровий діабет; хронічний бронхіт; ішемічна хворо-

ба серця: стенокардія напруження; ішемічна хвороба серця: кардіосклероз; гіпертонічна хвороба II стадії; склероз судин головного мозку.

Окулістом на главному дні було виявлено склеротичні зміни судин у 23,3 %, звуження артерій – у 33,3 % хворих.

У неврологічному статусі хворих спостерігалась наступна мікросимптоматика: середньорозмашистий тремор повік, асиметрія, згладженість носо-губних складок, девіація язика, підвищення, зниження або асиметрія сухожилкових і періостальних рефлексів на кінцівках, у деяких випадках з розширенням рефлексогенних зон, легка нестійкість у позі Ромберга, невпевненість виконання координаційних проб, вегето-судинні порушення (запаморочення, коливання артеріального тиску, змінений дермографізм, гіпергідроз тощо).

На ЕЕГ зміни характеризувались, як правило, легкими або помірно вираженими загальноорганічними змінами біоелектричної активності кори головного мозку, у 30 % випадків з елементами судомної активності.

При експериментально-психологічному дослідженні у досліджених хворих було виявлено такі особистісні особливості як тривожність – у 90 % хворих, ворожість – у 60 %, демонстративність, егоцентризм – у 60 %, сензитивність – у 56,7 %, завищена самооцінка – у 53,3 %, агресивність – у 33,3 %, конфліктність – у 20,0 %, жорстокість – у 16,7 %, підозрілість – у 16,7 %. Також у 50 % хворих спостерігались схильність до вибухових афективних реакцій, у 46,7 % - схильність до накопичення негативних емоційних переживань, у 40 % - емоційна ригідність. Високий ступінь впливу зовнішніх чинників на формування емоційного реагування відзначався у 23,3 % досліджених хворих. У 90 % хворих мало місце зниження інтелектуальних можливостей, зниження пам'яті різного рівня. Мислення у більшості хворих було обставинним, у 33,3 % хворих спостерігалось порушення мотиваційного компонента мислення. У кожного третього (33,3 %) – особистісні установки були ригідними, а майже у половини (46,7 %) – соціально негативні. У S (53,3 %) хворих відзначалась імпульсивність вчинків, а у 20 % - схильність до асоціальної поведінки. Кожен третій (36,7 %) хворий мав кримінальний досвід та 30 % з них раніше відбували покарання у місцях позбавлення волі. Більше половини (66,7 %) хворих вживали алкогольні напої, із них 53,3 % страждали на алкоголізм. У стані алкогольного сп'яніння у 43,3 % (із 66,7 %) спостерігалась агресивна по-

ведінка, у 10 % - в'ялість, сонливість, у 13,3 % - неагресивне пожвавлення.

Тривалість захворювання (органічного ураження головного мозку) до скоєння останньої СНД, була до 5 років – у 13,3 %; 6-10 років – 23,3 %; 11-15 років – 16,7 %; 16-20 років – 23,3%; 21-26 років – 23,3 % хворих.

Синдромальну структуру стійких психічних розладів у цих хворих складали: синдром емоційної лабільності у 3,3 % випадків, психопатоподібний – у 6,7 %, психоорганічний – у 88,3 % (із них у 70 % - експлозивний варіант), недоумство – у 6,7 % випадків.

Звертає увагу той факт, що у 76,7 % випадків досліджених хворих раніше вже спостерігались короткочасні психотичні стани. Із них у 56,7 % хворих були сутінкові потьмарення свідомості, у 16,7 % - алкогольні делірії і у 3,3 % - алкогольний делірій (1) та гострий депресивно-параноїдний стан (1). Раніше перенесли психоз 47,8 % хворих – 1 раз, 8,7 % - 2 рази, 21,7 % - 3 рази, 8,7 % - 4 рази, 4,3 % - 5 разів та багаторазово – 8,7 % дослідженого контингенту хворих. Хворі, які перенесли раніше короткочасні психози (без урахування алкогольних делірій), складали 60 % від усіх досліджених хворих. Серед них раніше перенесли психоз 1 раз – 44,4 % хворих; 2 рази – 11,1 %; 3 рази – 27,8 %; 4 рази – 5,6 %; багаторазово – 11,1 % хворих. Тобто, в обох випадках (із урахуванням алкогольних делірій чи без них) на період дослідження більше половини хворих раніше перенесли короткочасні психотичні стани більше за 1 раз. У половині випадків (54,5 %) інтервали між перенесеними неодноразовими психозами були у декілька місяців (від 1 до 9 місяців), а у 45,5 % - 1 рік і триваліше, із них у 38,6 % випадків в інтервалі 1-2 роки. Тобто, переважна більшість (93,1 %) рецидивуючих короткочасних станів проявлялись у хворих в інтервалах від 1 місяця до 2-х років. Крім того, у 2/3 (63,3 %) хворих у різні періоди часу (в анамнезі) раніше були судомні напади.

Виникненню останнього сутінкового потьмарення свідомості у досліджених хворих передували психогенії (у 46,7 %), які з різних причин були пов'язані з найближчим оточенням хворих (батьками, членами родини, друзями, родичами). Разом з тим, перед виникненням сутінкового потьмарення свідомості 36,7 % з цих хворих вживали алкогольні напої. У 33,3 % хворих спостерігався виражений головний біль, пов'язаний із високим артеріальним тиском; у 3,3 % - була фізична перевтома. У 10 % хворих сутінкові потьмарення свідомості виникали на ґрунті аб-

стинентного синдрому. Лише у 13,3 % хворих негативних чинників, які б не передували виникненню останнього психозу, виявлено не було. У 56,7 % досліджених хворих сутінкові потьмарення свідомості розвинулись ввечері та вночі та у 43,3 % - вранці та вдень. Привертає увагу той факт, що серед тих хворих, у яких не було алкоголізму, сутінкові потьмарення свідомості розвивались однаково часто як зранку (50 %) і вдень (50 %), так і ввечері (50 %) та вночі (50 %). Серед тих хворих, у яких мав місце ще й алкоголізм, у 37,5 % випадків сутінкові потьмарення свідомості розвивались вранці та вдень, а у 62,5 % - увечері та вночі.

У виникненні та динаміці сутінкових потьмарень свідомості досліджених хворих спостерігались наступні етапи: початок (раптовий або повільний), психотичних (клінічний варіант та його перебіг), закінчення (раптове або повільне). Дослідження виявило, що у 66,7 % хворих початок розвитку сутінкових потьмарень свідомості був раптовим та у 33,3 % - повільним (на фоні наростаючої психопатологічної симптоматики, високого артеріального тиску, поганого самопочуття).

Сутінкове потьмарення свідомості тривало у 50 % хворих від декількох хвилин (5-30 хв.) до однієї години, у 20 % - від однієї години до 12 годин та у 30 % - від однієї доби до 4-х діб.

Клініко-психопатологічний аналіз семіотики, динаміки сутінкових потьмарень свідомості у досліджених хворих, під час яких ними були скоєні останні СНД, дозволив виділити афективно-моторний та галюцинаторно-параноїдний його варіанти.

Афективно-моторний варіант сутінкових потьмарень свідомості спостерігався у 46,7 % досліджених хворих. Звертає на себе увагу той факт, що 2/3 (64,3 %) цих хворих перед виникненням сутінкового потьмарення свідомості вживали алкогольні напої. У 57,1 % цих випадків була психогенна травма сімейно-побутового характеру та у 21,4 % хворих спостерігався високий артеріальний тиск з інтенсивним головним болем.

Афективно-моторний варіант сутінкового потьмарення свідомості у всіх випадках розвинувся раптово та був в основному короткочасним (від 5 до 20 хвилин), в одному випадку – до 40 хвилин, в одному – до 3-х годин та в одному – до 1 доби (з альтернуючим типом перебігу).

У структурі психотичного епізоду у 2/3 (64,3 %) хворих спостерігалось виражене афективно-моторне збудження. В усіх цих випадках спос-

терігалось глибоке потьмарення свідомості. Хворі у цей час були дезорієнтовані в оточуючому середовищі, не осмислювали та не реагували на реальні події, на зовнішні подразники та на звернення до них особисто. Складалось враження про повну ізолюваність, герметичність їх свідомості. Зовнішній вигляд у них був частіше злобно-напружений, з хаотичними та автоматизованими діями. Поведінка була не прогнозованою, осмислено неорганізованою, агресивною. Вони були афективно-моторно збуджені, хаотично, безглуздо бігали, ламали те, що траплялось на їх шляху, скоювали агресивні дії, спрямовані на тих осіб, які були поруч з ними. В інших випадках дії їх були більш-менш цілеспрямованими та носили скоріше автоматизований характер. Так, хворі хапали ніж, лопату, сокиру, рушницю, ганялись за людьми, намагались їх зарубати, зарізати, задушити, застрелити, втопити. Збивши потерпілого з ніг – били його ломом, трубою, колом (всім, що знаходилося поруч), стрибали на ньому. При цьому звертає на себе увагу те, що все це вони робили із надзвичайною фізичною силою. При цьому вони не ховались, не втікали від тих людей, хто підходив, не реагували ні на них, ні на небезпеку для себе. Тривалість такого психотичного стану була від 20 хвилин і більше.

У 1/3 (35,7 %) випадків тривалість психотичного стану була короткою (5-10 хвилин). У цих хворих несподівано для оточуючих змінювався вираз обличчя. За описаннями свідків воно у хворих було «застившим», очі «як скляні». Хворі не реагували ні на які зовнішні подразники. У цей час в основному наносились поодинокі ножові поранення особі, що була поруч та частіше з якою тільки що з'ясовувалась конфліктна ситуація.

У всіх випадках вихід із психотичного стану був критичним, з подальшою тотальною амнезією періоду психотичного стану.

Галюцинаторно-моторний варіант сутінкового потьмарення свідомості спостерігався у 53,3 % досліджених хворих. Звертає на себе увагу той факт, що перед скоєнням СНД у 44,4 % хворих був сильний головний біль, у кожного третього (37,5 %) хворого сутінковому потьмаренню свідомості передувала психогенна ситуація сімейно-побутового характеру та майже у кожного третього (31,2 %) хворого була алкогольна інтоксикація (двоє хворих вживали алкогольні напої та у трьох спостерігався абстинентний синдром).

У 1/3 (37,5 %) хворих розвиток психотично-

го стану був гострим, сутінкове потьмарення свідомості виникало раптово. У 2/3 (62,5 %) спостережень виникненню сутінкового потьмарення свідомості вже за 1 добу або декілька годин передували зміни психічного та соматичного стану хворих.

Динаміка клінічної картини галюцинаторно-параноїдного варіанту сутінкового потьмарення свідомості була швидкоплинною та поліморфною. При раптовому виникненні сутінкового потьмарення свідомості психотичний стан розвивався швидко і психопатологічно інтенсивно та продовжувався від 30 хвилин до 1-2 годин.

При літичному розвитку сутінкового потьмарення свідомості клінічна картина психотичного епізоду наростала і змінювалась з часом у своїй інтенсивності та досягала сутінкового потьмарення свідомості, а в подальшому змінювалась на діліріозні, онейроїдні епізоди, стани оглушення та знову наростала у своїй глибині, досягаючи глибокого сутінкового потьмарення свідомості. При всіх структурних синдромальних складових, які швидко змінювались та складала клінічну картину психотичного епізоду, у цих випадках він продовжувався від 3 годин до 3-4 діб. Уже за 1-2 доби або декілька годин у хворих поступово виникали дратівливість, безпричинні безсоння, неспокій, тривога, страх, невмотивоване передчуття біди. У більшості хворих були погане самопочуття, сильний головний біль, нудота. Хворі ні на чому не могли сконцентруватись, відчували тяжкість у голові. Зі слів свідків, вони у цей час були якісь «загальмовані», «затуманені», «чумні», «сонні». Деякі з них у цей час звертались за допомогою до дільничних терапевтів, не справлялись із обов'язками на роботі, у домашньому господарстві. З часом посилювались тривога, страх, боязливість, метушливість, розгубленість. Вони безцільно бігали до помешкань, кімнат, сусідів, родичів, не могли пояснити, що з ними відбувається, та зовні виглядали напруженими, роздратованими, переляканими, безпорадними, «чумними». Дії їх були у цей час хоча і неагресивними, але неадекватними (відключали воду, закривали руками рота співрозмовнику, складали руки як померлому своїм родичам). У подальшому вони ставали все більш роздратованими, напруженими, злобними, афективно та психомоторно збудженими, ховались у кімнатах, залізали у ями, дзвонили у міліцію, просили допомоги та їх поведінка ставала все більш агресивною. Вони до чогось прислухались, не звертали уваги на оточуючих, до батьків звертались на ім'я своїх знайомих,

сусідів називали батьками. Несподівано перевертали столи, відривали люстри, виривали крани, розбивали телевізори, меблі, двері, вікна. Звертались до осіб, яких не було поряд, комусь погрожували. У той час, коли сутінкове потьмарення свідомості змінювалось деліріозними, онейроїдними епізодами та станом оглушення, хворі коротко відповідали на прості запитання. З появою відчуття страху, люті, гніву хворі ставали особливо небезпечні. Вони гнались за своїми жертвами, валили їх до землі, наносили їм багаточислені удари різними предметами (дерев'яними колами, металевими прутами, арматурою, залізобетонними стовпчиками тощо), різали їх ножами, рубали сокирами, душили, топтались ногами та стрибали на їх тілі, наносили собі поранення, вбивали собак, котів, курей. При цьому вони викрикували окремі фрази, як то «я тебе закодую!», «ти ще живий?», «фашист! я різати не вмію?», «де вони?» або окремі слова «менти», «банда», «уб'ю», «відьма», «геть», «стій!» та інше. У цей час, а також при затриманні, хворі проявляли велику фізичну силу.

За даними свідків, обличчя цих хворих були спотворені жахом, злістю, люття, погляд у них був «навіжений», «блукаючий», вони виглядали «страшними», «ненормальними».

Після виходу із психотичного стану у 1/3 (31,3 %) хворих відзначалась тотальна амнезія періоду перенесеного психозу та у 2/3 (68,7 %) хворих - часткова амнезія. Хворі, у яких спостерігалась часткова амнезія, розповідали, що вони під час психозу чули голоси, які наказували їм «Позбав його голосу!», «Виріж квітку!», «Захисти себе!». Вони бачили як шкіра людей змінювалась, витончувалась, люди ставали дуже неприємними, потворними, бачили мумій, відьом, інопланетян, фонтани води, що били із землі, вибухи, війну, стіни, що розсувались і зсовувались, поїзди, що мчали на високій швидкості. Відчували вплив енергій, що йшла від телевізора, як під впливом кислотного дощу у них плавився одяг. Вважали, що інопланетяни зупинили рух Землі. Все сприймалось у тусклих, сірих, понурих тонах. Відчували жах, страх, намагались себе захистити.

Аналіз вищевикладеної структури клінічних варіантів сутінкового потьмарення свідомості свідчить про те, що майже у всіх випадках хворі під час скоєння СНД захищали себе від небезпеки, що загрожувала їх власному життю. Як зазначалось раніше, кожен третій хворий перед розвитком сутінкового потьмарення свідомості вживав алкогольні напої, а у стані алкогольного

сп'яніння ці хворі ведуть себе агресивно. Майже у половини хворих виникненню сутінкових потьмарень свідомості передувала психотравмуюча ситуація, яка була у переважній більшості випадків пов'язана з особами із найближчого оточення і на яких в основному була спрямована у стані психозу агресія хворих. А якщо зважити на той факт, що у стані алкогольного сп'яніння значимість, актуальність психогенних переживань значно зростає, то можна припустити, що ця інформація встигла зафіксуватися не лише глибоко у свідомості, а й в підсвідомості хворих, що могло обумовлювати спрямованість їх агресії під час психозу. У кожного третього хворого розвитку психозу передували високий артеріальний тиск, сильний головний біль. Звертає на себе увагу той факт, що майже у кожного із цих хворих за декілька годин до розвитку психозу спостерігалась не лише загальмованість, «загруженість», а й відчуття тривоги, страху, що, можна припустити, також могло впливати на розвинуту у подальшому клінічну структуру психозу. Крім того, такі особистісні особливості хворих як сензитивність, тривожність, схильність до накопичення негативних емоційних переживань, до імпульсивних дій, а також кримінальний досвід, негативні соціально особистісні настанови, на наш погляд, не могли не вплинути на подальші дії цих хворих у психозі. Неможливо не звернути увагу і на те, що усі ці чинники розвивались на ґрунті знижених інтелектуальних можливостей та афективної патології органічного генезу, що також могло вплинути на поведінку хворих під час психозу. Безумовно, що виникненню сутінкового потьмарен-

ня свідомості у цих хворих сприяв також органічний ґрунт, на що вказує той факт, що більшість хворих уже переносили психотичні епізоди раніше, у тому числі й неодноразово (з урахуванням алкогольних деліріїв), а також мали судомні напади.

Висновки.

1. На виникнення сутінкових потьмарень свідомості у досліджених хворих впливала констеляція таких чинників, як патологічний органічний ґрунт, алкогольна інтоксикація, психогенії, мозкові судинні кризи.

2. Виникненню короточасного афективно-моторного варіанту сутінкового потьмарення свідомості частіше сприяло поєднання таких чинників як патологічний органічний ґрунт, алкогольне сп'яніння та психогенії, а галюцинаторно-параноїдному варіанту – мозкові судинні кризи та психогенії.

3. У більшості хворих виникнення сутінкових потьмарень свідомості було раптовим. Літичний розвиток сутінкового потьмарення свідомості частіше мав місце при поєднанні соматогеній з мозковими судинними кризами.

4. Психопатологічна картина психозів була поліморфною, надзвичайно динамічною, з включенням у свою структуру деліріозних, онейроїдних епізодів та станів оглушення. Тип перебігу сутінкових потьмарень свідомості у досліджених хворих потрібно оцінювати як рецидивуючий.

5. Можна припустити, що на поведінку хворих під час психозу окрім психотичної симптоматики могли впливати особистісні особливості хворих.

А.В. Мельник

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СУМЕРЕЧНЫХ ПОМРАЧЕНИЙ СОЗНАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии

В работе приведены клинические варианты сумеречных помрачений сознания органического генеза у лиц, совершивших общественно опасные действия. Проведен анализ факторов, влияющих на возникновение психотических состояний и на их структуру. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 74-79)

CLINICAL STRUCTURE OF TWILIGHTS DISORDER OF CONSCIOUSNESS BY ORGANIC GENESIS AT PERSONS, ACCOMPLISHING SOCIAL DANGEROUS ACTS

Ukrainian research institute of social, forensic psychiatry and narcology

In article the clinical variants of twilights disorder of consciousness by organic genesis are resulted at persons, who accomplishing social dangerous acts. The analysis of factors, influencing on the origin of the psychotic states and on their structure is conducted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 74-79)

Література

1. Морозов Г.В. Задачи профилактики общественно опасных действий и дифференцированные принципы лечения и социальной реабилитации психически больных // Тезисы докладов VI Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1975. - Т. 1. - С. 412-416.
2. Принципы проведения принудительного лечения больных с различными формами психопатологии, совершивших общественно опасные действия /Дмитриев С.А., Кудрявцев И.А., Лазько Н.В., Завидовская Г.И., Савина О.Ф., Морозова М.В. // Материалы междунар. конф. психиатр. Москва, 16-18 февраля 1998 года. - М.: РЦ Фармединфо, 1998. - С. 130-131.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Типология психически больных в аспекте осуществления дифференцированного принудительного лечения //Рос. психиатрический журн. - 1999. - № 4. - С. 50-54.
4. Мельник В.И. Судебно-психиатрические аспекты: клиника, судебно-психиатрическая оценка, профилактика. - К.: Науковий світ, 2005. - 243 с.
5. Боброва И.Н., Агаларзаде А.З., Кузнец М.Е. Клинико-социальная характеристика лиц, совершивших общественно опасные действия в период временных расстройств психической деятельности //Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике. Сб. науч. тр. /Под ред. В.Г. Морозова. - М., 1986. - С. 26-32.
6. Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике: Автореф. дисс. ... д. мед. н. - М., 1989. - 44 с.
7. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М.: Медицина, 1995. - 256 с.
8. Мельник В.И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике. - К.: Науковий світ, 2005. - 296 с.
9. Арсенюк Т.М. Анализ деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Украины //Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10. - №2 (37). - С. 183-192.
10. Психічне здоров'я населення України інформаційного-аналітичний огляд за 1990-2005 рр. - К.: Сфера, 2006. - 52 с.
11. Мельник В.И. Метод судебно-психиатрического анализа генеза криминальных действий в судебной психиатрии // Таврический журнал психиатрии. - 2002. - Вып. 6. - № 1 (18). - С. 49-51.

Поступила в редакцию 14.05.2007