

# Учет гендерной специфики криминального поведения в судебно-психиатрической профилактике

*Д.А. Кузнецов,*

*врач-психиатр психиатрической больницы №5 Департамента здравоохранения г. Москвы*

*В.Г. Булыгина,*

*руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, ver210@yandex.ru*

---

В целях разработки дифференцированных критериев назначения и отмены стационарного принудительного лечения с учетом гендерной специфики был проведен сравнительный анализ клинико-психопатологических, социально-демографических и патопсихологических особенностей психически больных лиц обоего пола, находящихся на принудительном лечении. Были исследованы 115 человек мужского и женского пола – больные шизофренией и органическими психическими расстройствами, совершившие правонарушения и по постановлению суда направленные на стационарное принудительное лечение в психиатрический стационар общего и специализированного типов. Были выявлены переменные, вносящие статистически значимый вклад в нозологически и гендерно специфические предикторы агрессивно-насильственного поведения исследуемых лиц. Так, среди женщин, больных шизофренией, преобладали личности довольно высокого интеллектуального уровня, совершившие правонарушение против семьи по продуктивно-психотическому механизму. Для пациенток, страдающих органическими психическими заболеваниями, предикторами криминализации явились низкий когнитивный уровень, аутоагрессивные тенденции, дисфорическая агрессивность как механизм преступления.

**Ключевые слова:** судебно-психиатрическая профилактика, гендерно специфические предикторы, агрессивно-насильственное поведение, принудительное лечение, механизм совершения преступления, правонарушения психически больных женщин.

---

Одной из важнейших современных проблем судебной психиатрии является профилактика общественно опасных деяний (ООД) психически больных и прогнозирование риска совершения повторных деликтов.

Высокая социальная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, представляется очевидной, так как в структуре совершаемых ими ООД повысилась доля тяжких деяний против личности [3; 4; 5; 7]. За последние десятилетия также возрос процент по-

---

вторного совершения ООД больными после прекращения стационарного принудительного лечения (ПЛ).

Благодаря усовершенствованию законодательной базы наметилась существенная динамика в дифференцировании и усложнении мер вторичной профилактики правонарушений, совершенных психически больными. Вместе с этим было конкретизировано содержание таких мер и установлены клиничко-социальные критерии для их применения. Наиболее важными в практическом отношении вопросами являются критерии выбора той или иной меры принудительного лечения, а также лечебно-реабилитационное содержание каждой из них.

Необходимо отметить, что неадекватно выбранная мера медицинского характера может иметь негативные последствия как для больного, так и для общества. Назначение более строгой меры приводит не только к неоправданным режимным ограничениям, налагаемым на пациента, но и к нерациональному использованию государственных средств. Зачастую такая ситуация оборачивается социальной дезадаптацией больных, являющейся одной из причин повышения риска совершения ими новых ООД. Назначение менее строгой медицинской меры приводит к возникновению повышенной опасности нарушений режима в отделении, чрезвычайных происшествий (агрессия по отношению к персоналу и другим больным, побег, наркотизация и алкоголизация, инициирование групповых нарушений и др.) и, в итоге, к совершению новых ООД.

Исследования в области оценки вероятности будущего опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, по-прежнему не позволяют окончательно формализовать и систематизировать критерии для выбора вида принудительных мер медицинского характера, которыми могли бы руководствоваться и суды, и судебные психиатры [6].

Более того, необходимость разработки более дифференцированного подхода к назначению ПЛ и реабилитации психически больных лиц женского и мужского пола, адекватного курирования пациентов с учетом возможных специфических факторов риска нарушения режима в отделении определяет актуальность изучения роли гендерной специфики криминального поведения.

Между тем количество работ, посвященных сравнительному анализу предикторов совершения ООД психически больными в зависимости от половой принадлежности, невелико. Чаще всего научные исследования выполнялись на выборках, состоявших только из мужчин или только из женщин, лица противоположного пола изучались либо в качестве дополнения к основной группе, либо в неизмеримо меньшем процентном соотношении, не позволяющем получить статистически достоверные данные [13].

Следует отметить, что гендерные различия объясняются как врожденными психобиологическими свойствами полов, так и специфическим влиянием внешних социальных фак-

торов, определенной нормативной функционально-ролевой нагрузкой каждого пола в обществе.

Судебный профиль мужчин значительно отличается от судебного профиля женщин. Женщины совершают преступления гораздо реже, чем мужчины, начинают совершать правонарушения в более позднем возрасте и прекращают их совершать намного раньше. Мужчины чаще направляются из тюрем в больницу, а индексное преступление чаще касается собственности или носит сексуальный характер. Кроме того, у мужчин чаще бывает две или более судимостей и/или тюремных сроков в прошлом. Женщины часто имеют особые проблемы, связанные с жестоким сексуальным обращением в детстве, изнасилованием и домашним насилием. У женщин диагностируются многие психические расстройства, аналогичные тем, которые могут быть и у мужчин. Однако отмечены различия в распространенности некоторых расстройств, в их клинической картине и лечении [см. 1, с.10–16]. Необходимо также отметить значение специфических биологических периодов – беременности, родов, послеродового периода, климакса в генезе криминального поведения. Существуют подтверждения связи поведенческих расстройств, включая импульсивное криминальное поведение, с менструальным циклом. Наиболее адекватным считается указание на опосредствованную связь или «фактор толчка» [3].

Преморбидные нарушения поведения, имеющие прогностическое значение, гораздо чаще наблюдаются у мужчин. Компетентность в сексуальной и социальной жизни у больных шизофренией женщин выше [15]. В общей популяции мужчины более агрессивны, чем женщины, но установлено, что среди психически больных дело обстоит иначе. Причина пока недостаточно ясна. М. Krakowski (2004), анализируя агрессивное поведение среди больных мужчин и женщин с тяжелыми психическими расстройствами, установил, что одинаковый процент мужчин и женщин совершали физические нападения в стационаре. Но реализация агрессивного поведения у таких пациентов имеет гендерные различия. Более того, психопатологическая симптоматика и психосоциальные факторы риска по-разному влияли на агрессивное поведение у мужчин и женщин.

Вышесказанное обуславливает необходимость исследования специфических для пола факторов риска агрессивного поведения и совершения повторных ООД.

С целью разработки дифференцированных критериев назначения и отмены стационарного принудительного лечения нами был проведен сравнительный анализ клинико-психопатологических, социально-демографических и патопсихологических особенностей психически больных лиц, находящихся на ПЛ, с учетом гендерной специфики.

Из всех больных, совершивших ООД и направленных на судебную психиатрическую экспертизу, признаются невменяемыми и направляются судом на принудительное лечение около 10% (по материалам психиатрической экспертной службы РФ от 2010 г.). По нозоло-

гическому составу можно выделить две наиболее представительные группы: 40,5% больных составляют больные шизофренией, 22,6% – лица с органическими психическими расстройствами [4]. Именно эти две нозологические формы среди всех больных, находящихся на стационарном принудительном лечении, представляют практический интерес в качестве объекта исследования.

В соответствии с поставленной целью были изучены 115 человек мужского и женского пола, больных шизофренией и органическими психическими расстройствами, совершивших ООД и признанных судебно-психиатрической экспертной комиссией невменяемыми, которые по постановлению суда были направлены на стационарное принудительное лечение в психиатрический стационар общего и специализированного типов психиатрической больницы №5 Департамента здравоохранения г. Москвы.

Отбор больных проводился методом случайной выборки в соответствии с критериями включения: верифицированный диагноз шизофрении или органического психического расстройства; решение судебно-психиатрической экспертной комиссии о невменяемости пациента на момент совершения ООД. Критериями исключения были: начало заболевания после совершенного ООД или во время отбывания наказания в местах лишения свободы, инвалидность 1 группы по психическому заболеванию.

Инструментом исследования являлась специально разработанная индивидуальная карта обследования, содержащая анамнестические, социально-демографические, криминологические, клинко-психопатологические и патопсихологические данные о больном.

Экспериментально-психологическое исследование включало в себя стандартное патопсихологическое исследование больных.

В результате исследования были выделены переменные, которые значимо отличали ( $p < 0,05$ ) заданные экспериментаторами группы: 1) лица мужского пола, больные шизофренией; 2) лица женского пола, больные шизофренией; 3) лица мужского пола, страдающие органическими психическими расстройствами; 4) лица женского пола, страдающие органическими психическими расстройствами (сочетание нозологически специфического и гендерного факторов).

*Лиц мужского пола, больных шизофренией*, статистически достоверно отличают следующие переменные: наследственная отягощенность по материнской линии шизофренией; отсутствие патологии развития раннего периода. В преморбидном периоде – личностное расстройство в виде шизоидности.

Среди особенностей высших психических функций – довольно высокие общий уровень познавательной сферы и объема знаний, темп работоспособности, выхолощенность ассоциативной сферы мышления, неравномерность уровня обобщения, оперирование субъективными признаками, разноплановость мыслительного процесса.

В социальном статусе характерно наличие признаков инвалидности при отсутствии реальных мер социальной защиты. До 16 лет воспитывались родственниками, в школьные годы были замкнутыми, необщительными с одноклассниками, часто пропускали занятия, но с учебой справлялись.

**Лиц женского пола, больных шизофренией**, статистически достоверно отличали такие переменные, как непрерывно-прогредиентное течение эндогенного процесса с быстрым нарастанием дефекта. В раннем периоде развития чаще встречались задержка физического развития и речи, аутизм. Психическое расстройство было впервые диагностировано в психиатрическом стационаре психиатром. Причинами госпитализации в общий психиатрический стационар в анамнезе чаще являлись: неадекватное поведение с гетероагрессией и ухудшение психического состояния. Продуктивно-психотическим механизмом последнего ООД значимо чаще было бредовое самоутверждение, а среди негативно-личностных механизмов – повышенная внушаемость и подчиняемость. Агрессивное поведение было направлено на близких родственников.

Во время ПЛ в отношениях с дефектными больными часто такие женщины избегали контактов или мотивом общения являлась корысть. Отмечалось также улучшение психического состояния и на фоне психотерапии.

Особенности психических функций характеризовали патопсихологические симптомы: низкий уровень развития эмоционально-волевых структур, выхолащенность эмоциональной сферы, своеобразие, соскальзывания, грубое нарушение критических и прогностических способностей.

Для социального статуса этой группы было характерно значительное количество лиц, имеющих высшее образование, инвалидность 2 группы. До 16 лет воспитывались матерью и отчимом, в школе успеваемость была хорошей.

**Лиц мужского пола, страдающих органическими психическими расстройствами**, на уровне статистической значимости отличали следующие переменные: негативно-личностный механизм первого ООД – интеллектуальная недостаточность, неоднократность ООД, которые чаще расценивались как хулиганские действия и агрессивные преступления против личности. Ранее (три и более раз) отбывали наказание в местах лишения свободы, общий срок отбывания наказания составлял от трех до пяти лет. Агрессия в собственной семье была направлена на женщин. В анамнезе отмечались неоднократное пребывание на ПЛ. Во время ПЛ часто нарушали режим. Несмотря на применение мер взыскания со стороны медперсонала нарушения режимных требований продолжались. С родственниками контакт во время ПЛ не поддерживали.

При патопсихологическом исследовании чаще встречались такие симптомы, как эмоциональная лабильность и аффективная неустойчивость.

Семейное положение характеризовалось неоднократными разводами, проживанием одиноко при живых родственниках, к своим детям относились холодно. Большинство больных данной группы учились во вспомогательной школе. В детском и подростковом возрасте (до 16 лет) чаще воспитывались в детском доме, в родительской семье конфликтовали с отцом.

**Лиц женского пола, страдающих органическими психическими расстройствами**, статистически достоверно отличали следующие переменные.

Наследственность часто была отягощена как по отцовской, так и по материнской линии алкоголизмом. Пренатальный и перинатальный периоды развития были осложнены. В ранний период развития отмечались: инверсия сна, задержка физического развития и речи, гиперкинезы, тики. Также в анамнезе встречались экзогенные вредности: ЧМТ, алкоголизм, наркомания. Характерно позднее начало первых месячных в акушерско-гинекологическом анамнезе. В общий психиатрический стационар ранее госпитализировались чаще из-за неадекватного поведения без агрессии. В анамнезе фиксировались многократные парасуициды, аутоагрессивные действия производились по шантажно-демонстративному механизму.

Негативно-личностным механизмом первого и последнего совершенного ООД являлась интеллектуальная несостоятельность, а продуктивно-психотическим механизмом (при наличии) первого и последнего ООД чаще была дисфорическая агрессивность.

Ранее привлекались к уголовной ответственности, чаще за хулиганские действия. Ранее проходили принудительное лечение. Период с момента предыдущей выписки с ПЛ до настоящего ООД составлял от трех до пяти лет. До ПЛ находились на активном диспансерном наблюдении.

Во время ПЛ к дефектным и ослабленным пациенткам больные данной группы испытывали сексуальное влечение в роли «мужа», а с асоциальными пациентками поддерживали индифферентные, ровные отношения. Чаще проявляли вербальную агрессию в условиях режима отделения, а меры взыскания не приводили к улучшению поведения. При этом активно вовлекались в трудовые процессы больницы.

При патопсихологическом исследовании чаще встречались такие симптомы, как снижение активности внимания, формальность ассоциативной сферы мышления, оценочность суждений.

Для социального анамнеза было характерно обучение во вспомогательной школе, отсутствие трудового стажа. В детском и подростковом возрасте (до 16 лет) чаще воспитывались в детском доме; отношения с матерью были враждебные с моральным и физическим насилием, с отцом – холодные, безразличные. Часто конфликтовали со сверстниками в детстве, а также с учителями – из-за учебы и поведения.

По результатам исследования можно сделать некоторые **выводы**.

**Для больных шизофренией** гендерно специфичными явились следующие переменные.

Для женщин зачастую были характерны механизм бредового самоутверждения и повышенная внушаемость и подчиняемость при совершении последнего ООД. Течение психопатологического процесса было более прогрессивным у обследованных лиц женского пола. У мужчин психиатры чаще фиксировали шизоидное расстройство личности в преморбидном периоде, тогда как женщины впервые попадали в поле зрения психиатров только при наличии выраженной психотической симптоматики, служившей причиной госпитализации в психиатрический стационар.

У женщин агрессия в целом чаще была направлена на близких и родственников, тогда как у мужчин – на третьих лиц и соседей. Характерно, что многие женщины имели высшее образование. У мужчин были выявлены довольно высокие общий уровень познавательной сферы и объема знаний, а также нозологически специфические нарушения операциональной и мотивационной сфер мыслительного процесса. Женщин отличали в первую очередь нарушения мотивационного аспекта мышления, грубое нарушение критических и прогностических способностей, а также низкий уровень развития эмоционально-волевых структур, выхолащенность эмоциональной сферы.

**Для больных ОПР** гендерно специфичным оказалась большая представленность у женщин дисфорической агрессивности в качестве продуктивно-психотического механизма как первого, так и второго ООД. У мужчин преобладал негативно-личностный механизм – интеллектуальная недостаточность, криминальная отягощенность анамнеза, неоднократность пребывания в стационарах, осуществляющих ПЛ.

Женщин отличали наследственная отягощенность родителей алкоголизмом и массивные экзогении различного генеза, что обуславливало выраженное замедление общего психического и физического развития. Отмечалось наличие в анамнезе многочисленных аутоагрессивных эпизодов по шантажно-демонстративному механизму.

Мужчины нарушали режимные требования на протяжении всего ПЛ. У женщин были более нейтральные отношения с пациентами, они проявляли только вербальную агрессию и могли корригировать свое поведение, также было выявлено сексуальное влечение к дефектным пациенткам в виде сожительства в роли «мужа».

При патопсихологическом исследовании у мужчин чаще встречались такие симптомы, как эмоциональная лабильность и аффективная неустойчивость, у женщин – нарушение динамического аспекта перцепции и оценочность суждений.

Таким образом, в исследовании были выявлены переменные, которые вносят статистически значимый вклад в гендерно специфические предикторы агрессивности.

насильственного поведения у лиц с органическим психическим расстройством и больных шизофренией.

В отношении предикторов риска криминализации *у больных шизофренией среди женщин* следует выделить следующее. Несмотря на прогрессивность течения заболевания курение пациенток до достижения психотической симптоматики отсутствует, в связи с чем достаточные интеллектуальный и образовательный уровни не оказывают сдерживающего эффекта в реализации бредовых агрессивных намерений в отношении членов семьи и близких знакомых.

*Для женщин, больных ОПР*, предикторами криминализации являются дефицитарность высших психических функций, особенно их перцептивного компонента, обусловленная наследственной отягощенностью и массивными экзогенными различиями генеза в детском периоде, многочисленные аутоагрессивные эпизоды по шантажно-демонстративному механизму в подростковом и взрослом возрастах. Преобладание синдрома дисфорической агрессивности в клинической картине является предиктором совершения неоднократных ООД.

*Мужчин, больных шизофренией*, отличало следующее. Несмотря на отсутствие патологии развития раннего периода наличие психически больного родителя статистически (в преморбидном периоде – шизоидное личностное расстройство) обуславливали низкую социальную адаптивность, развитие эндогенного процесса – признаки инвалидности при отсутствии реальных мер социальной защиты. У мужчин предиктором совершения повторных ООД является выраженная интеллектуальная недостаточность. Трудности соблюдения режимных требований в психиатрических стационарах обусловлены эмоциональной лабильностью и аффективной неустойчивостью.

Выявленные клинико-социальные и патопсихологические особенности больных шизофренией и органическим психическим расстройством, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа, с учетом гендерной специфики позволяют дифференцированно выстраивать систему профилактики в отношении исследованных категорий пациентов и обосновывают целесообразность направления мужчин и женщин в зависимости от нозологической принадлежности в разные программы психокоррекционных мероприятий.

В частности, в отношении *больных шизофренией женщин* приоритетными должны стать образовательные подходы, направленные на выработку критичного отношения к болезни и навыков совладания с остаточной психопатологической симптоматикой. Достаточные интеллектуальный и образовательный уровни этих больных позволяют рекомендовать также когнитивно-поведенческий подход, оправдавший его использование в работе с психотическими пациентами.



В отношении *женщин, больных ОПР*, первоочередной задачей психокоррекционных воздействий является обучение контролю гнева, формирование навыков пяти шагового решения проблем.

Эмоциональная лабильность и аффективная неустойчивость *мужчин, больных ОПР*, как основной фактор внутрибольничной агрессии определяет необходимость их участия в тренингах совладания с гневом и в других видах копинговых тренингов.

*Мужчины, больные шизофренией*, нуждаются в коммуникативных тренингах.

Несмотря на общие принципы проведения социореабилитационных мероприятий в судебно-психиатрической профилактике учет гендерной специфики факторов риска совершения повторных ООД требует более дифференцированного направления больных на специализированные программы психокоррекционных мероприятий.

## Литература

1. *Березанцев А.Ю., Митрофанова О.И.* Гендер, комплаенс и качество жизни больных шизофренией: Аналитический обзор // Российский психиатрический журнал. 2009. № 1.
2. *Гомонов Н.Д.* Влияние патопсихологических особенностей психических девиантов на механизм преступного поведения // Криминология: вчера, сегодня, завтра. 2002. № 4 (5).
3. *Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А.* Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами: 2-е изд., перераб.и доп. М., 2003.
4. *Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., Щукина Е.Я.* Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно опасные действия (по данным отчетов о работе судебно-психиатрических экспертных комиссий Российской Федерации). М., 2010.
5. *Мохонько А.Р., Щукина Е.Я.* Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия // Психиатрия и общество: Сб. науч. работ. М., 2001.
6. *Полубинская С.В.* Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике// Независимый психиатрический журнал. 2008. № 1.
7. *Руководство по социальной психиатрии*/Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. М., 2009.
8. *Руководство по судебной психиатрии*/Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. М., 2004.
9. *Шостакович Б.В.* Основы судебной психиатрии. М., 2005.

10. *Foerster A., Lewis S., Owen M.J.* Premorbid adjustment and personality in psychosis. Effects of sex and diagnosis // *British Journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 158.
11. *Haywood T.W., Kravitz H.M., Grossman L.S., Cavanaugh J.L.* Predicting the «revolving door» phenomenon among patients with schizophrenia, schizoaffective, and affective disorders// *American Journal of Psychiatry*. 1995. Vol. 152.
12. *Krakowski M., Czobor P.* Gender differences in violent behaviors: Relationship to clinical symptoms and psychosocial factors//*American Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 161.
13. *Lart R., Pantazis C., Pemberton S.* Interventions Aimed at Reducing Re-offending in Female Offenders: A Rapid Evidence Assessment. L., 2008.
14. *Lart R., Payne S., Beaumont B.* Women and Secure Psychiatric Services: A Literature Review. NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD Report no 14). York, 1994.
15. *McGlashan T.H., Bardenstein K.K.* Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders// *Schizophrenia Bulletin*. 1999. Vol.16.
16. *Ramsay R., Welch S., Youard E.* The needs of women patients with a mental illness// *Advances in Psychiatric Treatment*. 2001. Vol. 7.

---

# Considering the gender specifics of criminal behavior in forensic psychiatric preventive measures

*D. A. Kuznetsov,*

*psychiatrist, psychiatric hospital №5, Moscow Department of Public Health*

*V. G. Bulygina,*

*PhD in Psychology, associate professor, chair of clinical psychology, department of legal psychology, Moscow State University of Psychology and Education, head of Laboratory for psychological problems of forensic psychiatric preventive measures, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbbskiy, ver210@yandex.ru*

---

For the purposes of development of differentiated criteria of prescription and cancellation of compulsory inpatient treatment considering the gender specifics, the authors carried out a comparative analysis of clinical-psychopathological, socio-demographic and pathopsychological peculiarities of mentally ill persons of both genders undergoing compulsory treatment. 115 persons of both genders were examined – suffering from schizophrenia and organic mental disorders, who have committed offences and, under a court ruling, were prescribed with compulsory inpatient treatment in a psychiatric hospital of general and specialized types. The authors identified the indices which have a statistically significant influence on noso- and gender-specific predictors of aggressive and violent behavior of the examined persons. Thus, among the women with schizophrenia there was a dominance of personalities of a fairly high intellectual level who committed offences against family by a productive-psychotic mechanism. For the female patients suffering from organic mental disorders, the predictors of criminalization were the low cognitive level, auto-aggressive tendencies, dysphoric aggressiveness as a mechanism of crime.

**Keywords:** forensic psychiatric prevention measures, gender-specific predictors, aggressive and violent behavior, compulsory treatment, mechanism of crime commitment, offences of mentally ill women

---

## References

1. *Berezancev A.Yu., Mitrofanova O.I.* Gender, komplaens i kachestvo zhizni bol'nyh shizofreniei: Analiticheskii obzor // Rosiiskii psihiatricheskii zhurnal. 2009. №1.

2. *Gomonov N.D.* Vliyanie patopsihologicheskikh osobennostei psihicheskikh deviantov na mehanizm prestupnogo povedeniya // *Kriminologiya: vchera, segodnya, zavtra.* 2002. №4 (5).
3. *Dmitrieva T.B., Immerman K.L., Kachaeva M.A.* Kriminal'naya agressiya zhenshin s psihicheskimi rasstroistvami: 2-e izd., pererab.i dop. M., 2003.
4. *Mohon'ko A.R., Muganceva L.A., Shukina E.Ya.* Sudebno-psihiatricheskaya ekspertiza lic, sovershivshih obshestvenno opasnye deistviya (po dannym otchetov o rabote sudebno-psihiatricheskikh ekspertnykh komissii Rossiiskoi Federacii). M., 2010.
5. *Mohon'ko A.R., Shukina E.Ya.* Kliniko-epidemiologicheskii analiz psihicheski bol'nyh, sovershivshih obshestvenno opasnye deistviya // *Psihiatriya i obshestvo: Sb. nauch. robot.* M., 2001.
6. *Polubinskaya S.V.* Opasnost' lic, stradayushih psihicheskimi rasstroistvami, v issledovaniyah i praktike// *Nezavisimyi psihiatricheskii zhurnal.* 2008. № 1.
7. *Rukovodstvo po social'noi psihiatrii*/Pod red. T.B. Dmitrievoi, B.S. Polozhego. M., 2009.
8. *Rukovodstvo po sudebnoi psihiatrii*/Pod red. T.B. Dmitrievoi, B.V. Shostakovicha, A.A. Tkachenko. M., 2004.
9. *Shostakovich B.V.* Osnovy sudebnoi psihiatrii. M., 2005.
10. *Foerster A., Lewis S., Owen M.J.* Premorbid adjustment and personality in psychosis. Effects of sex and diagnosis // *British Journal of Psychiatry.* 1991. Vol. 158.
11. *Haywood T.W., Kravitz H.M., Grossman L.S., Cavanaugh J.L.* Predicting the «revolving door» phenomenon among patients with schizophrenia, schizoaffective, and affective disorders// *American Journal of Psychiatry.* 1995. Vol. 152.
12. *Krakowski M., Czobor P.* Gender differences in violent behaviors: Relationship to clinical symptoms and psychosocial factors//*American Journal of Psychiatry.* 2004. Vol. 161.
13. *Lart R., Pantazis C., Pemberton S.* Interventions Aimed at Reducing Re-offending in Female Offenders: A Rapid Evidence Assessment. L., 2008.
14. *Lart R., Payne S., Beaumont B.* Women and Secure Psychiatric Services: A Literature Review. NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD Report no 14). York, 1994.
15. *McGlashan T.H., Bardenstein K.K.* Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders// *Schizophrenia Bulletin.* 1999. Vol.16.
16. *Ramsay R., Welch S., Youard E.* The needs of women patients with a mental illness// *Advances in Psychiatric Treatment.* 2001. Vol. 7.