

Клинико-социальная характеристика больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия в возрасте 50 лет и старше в состоянии алкогольного опьянения, признанных невменяемыми

КУНАФИНА Е.Р.

к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета, Уфа, Башкортостан

КРУГОВЫХ Н.Ф.

д.м.н., ведущий научный сотрудник Государственного научного центра — Института медико-биологических проблем РАН, Москва

Определены клинико-социальные особенности больных шизофренией, являющиеся «факторами риска» совершения общественно опасных действий (ООД) в возрасте 50 лет и старше. Показана неоднозначность взаимосвязи выявленных причинных факторов и условий, способствующих их реализации при совершении ООД. В целях выявления личностно значимых жизненных проблем, являющихся предпосылками мотивации социально опасного поведения, обоснована необходимость интегративной оценки состояния больных шизофренией пожилого и старческого возраста, учитывающей, наряду с клинико-динамическими характеристиками, уровень функционирования во всех социальных сферах, а также качество жизни этих больных. Выделены 3 варианта поведения больных шизофренией совершивших ООД в возрасте 50 лет и старше в состоянии алкогольного опьянения в условиях следственной ситуации. Стационарное обследование этих больных и оценка динамики психического состояния позволяют подтвердить наличие шизофренического процесса и признать этих больных невменяемыми.

Введение

Наибольший удельный вес среди всех ООД психически больных приходится на правонарушения, совершаемые больными шизофренией, которые, по данным судебно-психиатрических экспертных комиссий, составляют более 50% среди лиц, признанных невменяемыми [2, 5]. Многие исследователи указывали на высокую социальную опасность больных этой нозологией [4].

Клинико-эпидемиологические исследования последних десятилетий свидетельствуют о накоплении в населении больных шизофренией старших возрастных групп, что связано с увеличением продолжительности жизни и частотой манифестации процесса в позднем возрасте [7, 8, 9, 10]. Поэтому, в связи со сложившейся демографической ситуацией, особенно актуальным является всестороннее изучение пожилых больных шизофренией с криминальным поведением.

Они чаще, чем больные с другими нозологическими формами, привлекаются к уголовной ответственности за совершение особо опасных действий против жизни и здоровья граждан, а также представляют наиболее высокий риск совершения повторных ООД [3, 4, 6].

В судебно-психиатрической практике встречаются больные шизофренией, которые совершают ООД в состоянии алкогольного опьянения. Злоупотребление алкоголем является существенным фактором, характеризующим личность больного. Более чем у 65 % больных основное психическое заболевание было осложнено систематическим злоупотреблением спиртными напитками, а более чем у 50 % из них алкоголизация имела место еще до начала психического заболевания [4]. Боброва И.Н. и Мохоныко А.Р. [1] отметили, что склонность к алкоголизму значительно увеличивает риск совершения повторных ООД психически больными.

Исходя из этого, целью нашего исследования являлось изучение клинико-социальных особенностей больных шизофренией в возрасте 50 лет и старше, выделение наи-

более криминогенных клинико-социальных групп, факторы риска совершения ООД для прогнозирования и предупреждения социально опасного поведения этого контингента. В задачи исследования входили:

определение клинико-динамических, личностных и социально-адаптационных характеристик больных шизофренией, совершивших ООД в возрасте 50 лет и старше с выделением криминогенных факторов;

анализ взаимоотношений и иерархии значимости выявленных клинико-психопатологических, личностно-адаптационных и социально-ситуационных факторов, участвующих в генезе различных ООД больных шизофренией в возрасте 50 лет и старше;

установление влияния алкогольной интоксикации как фактора, способствующего совершению ООД у больных шизофренией указанной возрастной группы.

Объект и методы исследования

В соответствии с целью и задачами исследования группа обследованных была сформирована с учетом трех основных критериев отбора:

возраст — лица 50 лет и старше;

процессуальное положение — обвиняемые, прошедшие судебно-психиатрическую экспертизу;

экспертное решение — невменяемые.

Было изучено 85 больных шизофренией, совершивших правонарушения в возрасте 50 лет и старше. Больные проходили судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) в Башкирской республиканской психиатрической больнице за период с 1991 по 2000 гг. Контрольная группа (80 чел.) была составлена в результате сплошного отбора больных с аналогичным диагнозом в возрасте 50 лет и старше, среди состоящих на учете в психоневрологическом диспансере и никогда не привлекавшихся к уголовной ответственности. Все обследованные были мужчины.

Основные методы исследования — клинико-катамнестический и клинико-статистический.

Для анализа и сопоставления полученных данных была составлена карта, в которой фиксировались формализованные признаки (609), включающие в себя паспортные данные, клинито-динамические, личностно-адаптационные, социально-ситуационные характеристики, необходимые для системно-структурного анализа. Соотношение этих признаков в генезе ООД, совершенных больными шизофренией в возрасте 50 лет и старше, позволило определить факторы прямой причинности ($\chi^2 > 10,85$; $df=1$; $P < 0,001$) совершения ООД.

Для исследования социального функционирования и качества жизни (СФ и КЖ) был использован опросник И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера (1998 г.), включающий в себя социально-демографические и медицинские сведения о больном, сведения о жилищных условиях и финансовом положении, образовании и профессиональной деятельности больного, семейных и межличностных взаимоотношениях и возникающих при этом проблем, оценку больными собственного здоровья и благополучия, а также качества их жизни в целом.

Результаты исследования

Ко времени совершения противоправных действий больные шизофренией в подавляющем большинстве имели параноидную форму заболевания (69 чел., 81,3 %), непрерывный тип течения (73 чел., 85,9 %). В клинической картине у большинства больных в течение многих лет с различной интенсивностью преобладал галлюцинаторно-параноидный синдром с бредовыми идеями отношения, преследования, воздействия, отравления, особого значения, величия. Бредовые идеи с момента их формирования отличались направленностью на конкретных лиц (как правило, из ближайшего окружения). Заболевание протекало по общеизвестным закономерностям, характерным для шизофрении. У 89,4 % больных шизофренией к моменту совершения ООД бредовые идеи теряли свою аффективную насыщенность, дезактуализировались, инкапсулировались и на первый план в клинической картине выступали проявления шизофренического дефекта различной степени выраженности. В инволюционном и старческом периоде у 56,5 % отмечаются благоприятная динамика, улучшение, ослабление симптоматики, распад бредовой фабулы. У 23,5 % больных выявлено наличие органической церебральной симптоматики (сосудистого генеза), различной степени выраженности, которая смягчала и «смывала» основную шизофреническую симптоматику.

У 75% больных контрольной группы к моменту обследования отмечалась фаза стабилизации процесса с последующей редукцией болезненных переживаний, характеризующаяся отсутствием дальнейшего усложнения симптоматики, не возникало новых бредовых построений, а сложившиеся ранее приобретали более инертный и однообразный характер. У 55% больных бредовая фабула имела личностно неопределенную направленность, бредовые идеи дальше не разрабатывались и не распространялись на новых лиц. Имеющиеся бредовые идеи имели интерпретативный характер (бредовые идеи материального и морального ущерба, ревности, отравления, мелкого вредительства), направленные на лиц ближайшего окружения (соседи, родственники). В целом, бредовые идеи теряли злободневность, инкапсулировались и в меньшей степени определяли поведение больных, что, в свою очередь, способствовало возможности достаточно хорошего приспособления их к окружающей обстановке. Лишь у 12 боль-

ных контрольной группы (15%) наблюдалась активная стадия процесса, продолжающееся развитие психопатологических расстройств, напряженный аффект, активное бредовое поведение, частые обострения с усилением интенсивности бредовых переживаний и галлюцинаций.

Сорок два (49,4%) больных исследованной группы совершили ООД в активной фазе заболевания. Агрессивные действия больных были направлены по отношению тех лиц из микросоциального окружения, которые были вовлечены в фабулу бреда; 50,6% (43 больных) при совершении ООД находилась в состоянии стабилизации процесса; 30,6% больных исследуемой группы совершили ООД в состоянии алкогольного опьянения.

При исследовании характерологических особенностей у половины больных шизофренией, совершивших ООД, были обнаружены различные личностные аномалии, представленные преобладанием возбудимых (19,1%), демонстративных (15,2%) или же ригидных (13%), замкнутых (9,1%) черт характера. У трети больных в сочетании с неблагоприятием в родительских семьях они способствовали формированию выраженной антисоциальной направленности личности. В других случаях, в последующем, под влиянием болезненного процесса произошло усиление, искажение имеющихся характерологических особенностей, развитие ранее несвойственной эксплозивности, что способствовало совершению более тяжких правонарушений.

Большое значение при анализе материала придавалось сведениям об условиях воспитания. Большинство больных шизофренией, совершивших и не совершивших ООД, воспитывались в полной семье, обоими родителями, достоверно чаще отмечалось благоприятное, заботливое отношение родных. Однако четверть обследованных воспитывалась в неполной семье, родственниками или в детском доме. В этих случаях преобладающим типом воспитания была гипоопека, причем достоверно чаще ($P < 0,001$) отмечена в группе больных шизофренией, совершивших ООД. У 40 % отношения в семье, где воспитывался и проживал больной, констатировались как равнодушные. У 20,6% больных отношения между членами семьи носили неприязненный, конфликтный характер, отсутствовало взаимопонимание.

По уровню образования в обеих группах преобладали лица с неполным средним образованием (5–8 классов средней школы) — 50,5% (43 чел.). Низкий уровень общего образования больных сказывался и на их профессиональной подготовке: на момент обследования только 17,4% больных имели профессиональное образование на базе РУ, ФЗО, СПТУ. Только 10,6% (9 больных) получили высшее образование. Учились во вспомогательной школе и не учились вообще по 2,1% соответственно. Разницы в уровне образования между группами практически не было. 71,7% обследованных были неудовлетворены полученным образованием. Большинство из них не смогло учиться из-за манифестации болезненного процесса, материальных трудностей, жизненных обстоятельств.

В изученном контингенте наибольший удельный вес приходится на больных, основным источником существования которых является пенсия (70 чел., 82,2%), причем 62,4% больных получали пенсию вследствие инвалидности по психическому заболеванию; 5,9% (5 чел.) не работали, проживали на иждивении родственников, за счет помощи комитетов социальной защиты, милосердия случайных лиц и лишь 11,9% (10 чел.) занимались малоква-

лифицированным трудом или были рабочими средней квалификации. Больные шизофренией достоверно чаще ($P < 0,001$) не удовлетворены своим трудовым статусом, отмечая, что из-за болезни не смогли реализовать себя в профессиональной деятельности.

Большинство больных шизофренией, совершивших и не совершавших ООД, могло заниматься только домашней работой (58,8%), из них 29,7% больных не справлялись полностью со своими обязанностями, перекладывая их на других членов семьи, или работали «через силу». В ряде случаев происходила смена социальных ролей: больные мужчины выполняли в семье женскую работу (сидели с детьми, убирали квартиру, готовили еду), но не распоряжались домашним бюджетом, не принимали самостоятельных решений, согласовывали все свои действия с главой семьи — женой, сестрой и т.д.; 47,1% (40 больных) вообще ничем не могли заниматься, поэтому 52,9% оценили уровень своей деятельности как «низкий». Досуг больных характеризовался бедностью и однообразием, преобладанием пассивных форм: 33,8% больных могли читать легкую литературу, 40,0% смотреть передачи по телевидению. У некоторых больных сохранились увлечения, свойственные им до заболевания, но на момент обследования эти увлечения имели только внешнюю форму (фантомы). В целом подавляющее большинство больных обеих групп (76,5%) были не удовлетворены уровнем своей жизни и оценивали ее качество как «плохая» и «неблагополучная».

Статистически значимые различия были выявлены в семейном положении больных шизофренией, совершивших и не совершивших ООД ($P < 0,001$). Большинство пожилых больных шизофренией, совершивших ООД, были одиноки (54 чел., 63,5%), социально дезадаптированы, чувствовали себя изолированными и подавленными, считали, что их проблемы неразрешимы. К моменту совершения ООД никогда не состояли в браке 20,0% больных, находились в разводе 48,2%, причем у 37,6% больных брак был расторгнут во время болезни. Эти больные чаще совершали ООД, так как сам факт развода часто являлся мощным психотравмирующим фактором и способствовал манифестации или обострению психического заболевания и, тем самым, совершению противоправных действий. Овдовели 8,2%, состояли в браке 23,5% больных. У 7,1% больных, проживающих в семьях, отношения с родственниками были нарушены, они занимали подчиненное, зависимое положение в семье, с их мнением не считались. В семьях у 52,9% больных установились конфликтные отношения с родственниками, они нередко испытывали унижение и неприязнь к членам семьи. Семейное положение в контрольной группе больных, не совершавших ООД, было значительно лучше. Состояли в браке 55,9% (45 чел.), причем 58,9% больных были удовлетворены семейным образом жизни, что свидетельствует о стойкости семейных и супружеских связей в пожилом возрасте у обследованных больных. На это же указывает и характер семейных взаимоотношений у больных исследованной группы: 21,2% больных были главой семьи, имели решающее мнение, с мнением 49,0% больных считались, они могли распоряжаться домашним бюджетом, и только 30,3% больных занимали в семье зависимое положение. Не имели своей семьи 44,1% больных. Из них, находились в разводе 26,2%, овдовели — 14,5%, никогда не состояли в браке 4,8%.

При сравнении круга общения разницы между сравниваемыми группами больных практически не было. Больные пожилого возраста, совершившие и не совершавшие ООД, вели довольно замкнутый образ жизни. Большинство из них общалось только с членами семьи (36%), 30,4% больных имело узкий круг общения и только 7,1% помимо семьи имели несколько друзей; 26,5% больных вообще ни с кем не общались; 50,6% больных были не удовлетворены широтой круга общения и высказали потребность в увеличении в их окружении лиц, не состоящих с ними в родстве, — друзей. Треть обследованных указывала на чувство облегчения при наличии возможности поделиться с кем-нибудь своими трудностями.

Материальное положение у преобладающего числа больных шизофренией (90,6%) характеризовалось низким достатком (средств хватало только на питание, которое было весьма скудным; другие расходы были практически недоступны), что статистически значимо отличалось от количества больных органическими психическими расстройствами (60,7%) с относительно более высоким уровнем благосостояния ($P < 0,001$). При этом, однако, в обеих группах 12,6% больных находились практически в бедственном положении: их питание состояло из крайне ограниченного набора наиболее дешевых продуктов, зачастую они голодали; 5,2% больных испытывали значительные трудности с одеждой, ходили в старых вещах, обносках. В то же время жилищные условия больных в преобладающем числе случаев были относительно удовлетворительными: 57% больных проживали в отдельных квартирах либо имели отдельную комнату; 66% больных оценивали свой материальный уровень как «низкий» и «очень низкий» и 85% больных были не удовлетворены своим материальным положением.

Проведенное исследование выявило определенную корреляцию социальной адаптации больных с их семейным положением. Живущие в семьях имели необходимый набор одежды и обуви, регулярно питались. При благоприятном отношении родственники поддерживали и активизировали интересы больных, контролировали медикаментозную терапию. Несмотря на то, что во многих семьях отношения носили формальный, а нередко и враждебный, неприязненный характер, большинство больных принимало помощь близких. Одинокие больные были неряшливы, годами носили одну и ту же одежду, старались максимально упростить свой быт, месяцами не убирали свое жилье, нерегулярно готовили еду. Ежедневно они могли читать одну и ту же книгу, в их жилищах отсутствовали или годами не работали радио и телевизор, некоторые из них максимально ограждали себя от окружающей действительности и общения с людьми.

Изучение характера ООД, совершенных больными шизофренией анализируемой группы, показало, что наибольший удельный вес среди них составили ООД против жизни и здоровья граждан (46 случаев, 54,1%). Далее следуют имущественные правонарушения (21 случай, 24,7%), действия, квалифицированные как хулиганские (15 случаев, 17,6%), а также иные (3 случая, 3,5%).

Структура и характер ООД у исследованного контингента свидетельствует о наличии особенностей, характеризующих старшие возрастные группы и проявляющихся, прежде всего, в высоких показателях удельного веса ООД против здоровья и жизни граждан.

Всего больными исследованной группы, в течение жизни, было совершено 195 деликтов, двое (2,4%) больных этой группы совершали ООД и привлекались к уголовной ответственности еще в преморбидном периоде.

Сорок (47,1%) больных совершили ООД впервые, 45 (52,9%) — повторно, из них 17 (21,2%) больных привлекаются к уголовной ответственности во второй раз, 28 (32,9%) совершили по 3 и более ООД.

Сорок два (49,4%) больных исследованной группы совершили ООД в активной фазе заболевания. Агрессивные действия больных были направлены в отношении тех лиц из микросоциального окружения, которые были вовлечены в фабулу бреда; 40 (47,1%) больных совершили ООД в фазе стабилизации или редукции шизофренического процесса с преобладанием негативной симптоматики. В этих случаях чаще всего больные находились в состоянии алкогольного опьянения и их агрессивные поступки были обусловлены личностными особенностями и возникали в условиях реальных бытовых конфликтов. Такие же противоправные действия, спровоцированные неблагоприятными микросоциальными условиями и алкогольными эксцессами, были совершены больными в состоянии ремиссии (3 случая, 3,5%).

Проведенное исследование свидетельствует о том, что в 35 (41,2%) случаях противоправному деянию предшествовало обострение психотического состояния с появлением чувства страха, тревоги, нарушением сна, появлением галлюцинаторных и бредовых переживаний, направленных на лиц микросоциального окружения. Галлюцинации имели угрожающий характер, а бредовая фабула характеризовалась персекуторным содержанием с конкретным определением «врагов», что обуславливало высокую степень агрессивных действий больных.

Двадцать шесть (30,6%) больных исследуемой группы совершили ООД в состоянии алкогольного опьянения.

Мы наблюдали 3 варианта поведения больных шизофренией, которые совершили ООД в состоянии алкогольного опьянения.

Первый вариант. У семи больных прием алкоголя провоцировал обострение психопродуктивной симптоматики: возникали острые психотические состояния со слуховыми, зрительными галлюцинациями, идеями отношения, преследования. При этом переживания носили ситуационную окраску, что часто приводило к мысли о реактивном состоянии и усложняло экспертное решение. Психотическая симптоматика у больных редуцировалась при лечении нейролептиками и на первый план выступали дефицитные расстройства.

Второй вариант. У восьми больных после приема алкоголя (дозы не превышали 250,0–300,0 г) появлялось благодушное настроение, беспечность. Они без раздумий совершали противоправные поступки, не испытывали страха и не заботились и мерах предосторожности. В судебно-следственной ситуации легко давали признательные показания, формально оценивали свои действия как противозаконные, не высказывали особого сожаления по поводу совершенного ими правонарушения и с легкостью признавали свою вину. В период проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы такая линия поведения сохранялась, больные высказывали ипохондрические жалобы, рассеянность, неспособность сосредоточить внимание при беседе, нежелание рассказывать о себе, что расценивалось как защитные тенденции и обуславливало необходимость назначения стационарной

СПЭ. В условиях стационарного обследования внешне упорядоченное поведение постепенно изменялось: больные становились некритичными к сложившейся ситуации, нарастало эмоциональное оскудение, неадекватность. На этом фоне отмечались подозрительность, рудиментарные слуховые обманы восприятия, обнаруживались явные нарушения мышления: непоследовательность, соскальзывание, непродуктивность, «провалы» мыслей.

Третий вариант поведения наблюдался у 11 больных. В этих случаях больные становились многословными, расторможенными, совершенные ими правонарушения носили целенаправленный и запланированный характер, обнаруживали жестокость и агрессивность по отношению к пострадавшим. Будучи привлеченными к уголовной ответственности, они отрицали очевидные факты совершения правонарушения, доказывали свою невиновность, отказывались от дачи показаний. При проведении СПЭ эти больные негативно относились к обследованию, высказывали различного рода жалобы на окружающих, заявляли, что «все подстроено». Обращала на себя внимание некритичность этих больных в отношении как своего психического состояния, так и совершенного правонарушения. Неадекватность эмоциональных реакций сочеталась с выраженными нарушениями мышления, присущими шизофреническому процессу: суждения носили парадоксальный характер, обнаруживались патологическое резонерство, непоследовательность, соскальзывания.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование выявило определенные клиничко-социальные особенности больных шизофренией, являющиеся «факторами риска» совершения ООД в возрасте 50 лет и старше, а также неоднозначность взаимосвязи выявленных причинных факторов и условий, способствующих их реализации при совершении ООД. Полученные результаты показали уязвимость изученного контингента больных практически во всех сферах социального функционирования: трудовой, семейной, материально-бытовой, социальных контактах, повседневной занятости.

В целях выявления личностнозначимых жизненных проблем, являющихся предпосылками мотивации социально опасного поведения, необходима интегративная оценка состояния больных шизофренией пожилого и старческого возраста, учитывающая, наряду с клиничко-динамическими характеристиками, уровень функционирования во всех социальных сферах, а также качество жизни этих больных.

Анализ совершенных противоправных действий также выявил ряд особенностей, характеризующих старшие возрастные группы больных шизофренией. Употребление алкоголя ими облегчало реализацию криминала и определяло поведение этого контингента больных при совершении ООД и в условиях следственной ситуации. Поэтому при проведении СПЭ возникали трудности в диагностике и экспертной оценке этих больных. Стационарное обследование и оценка динамики психического состояния позволяют подтвердить наличие шизофренического процесса и признать этих больных невменяемыми.

Список литературы

1. Боброва И.Н., Мохонько А.Р. Динамика контингентов лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу// Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии: Сб. науч. трудов. — М., 1993. — С. 18–24.

2. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессивное поведение лиц с психопатологией и проблема предупреждения опасных действий// Серийные убийства и социальная агрессия. Материалы конференции, Ростов-на-Дону, 2001. — С. 187—189.

3. Кузнец М.Е. Клинико-социальные характеристики психически больных в возрасте 50 лет и старше, совершивших общественно опасные действия (по данным судебно-психиатрических экспертиз страны): Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1984. — 20 с.

4. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. — М., 1995. — С. 19—35.

5. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Анализ работы судебно-психиатрической службы Российской Федерации в 2001 г.: Аналитический обзор. — М.: ГИЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2002. — 111 с.

6. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная характеристика больных шизофренией позднего возраста в психиатрических стационарах// Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. — М., 1999. — С. 344—347.

7. Федоров В.В. Катамнестическое исследование когорты больных шизофренией, достигших старческого возраста// Психическое здоровье населения России. Материалы конференции молодых психиатров России, 27—28 марта 2001 г. — М., 2001. — С. 161.

8. Чуркин А.А. Основные тенденции распространенности шизофрении в современном мире// Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. — М., 1999. — С. 183—197.

9. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. — М., 1996. — С. 96.

10. Bruce M.L., Leaf Ph. Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults// Amer. J. Publ. Health. — 1989. — Vol. 49, №6. — P. 727—730.

THE CLINICAL SOCIAL CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH THE SCHIZOPHRENIA WHICH HAVE MADE SOCIALLY DANGEROUS ACTIONS IN THE AGE OF 50 YEARS ALSO IS MORE SENIOR, IN THE CONDITION OF THE ALCOHOLIC INTOXICATION, RECOGNIZED DERANGED

KUNAFINA E.R. Cand.med.sci., docent, State medical university of Bashkiria, Ufa
KROUGOVIKH N.F. Dr.med.sci., researcher, Institute of medico-biological problem of RAS, Moscow

In clause clinical social features of patients are determined by the schizophrenia, being "risk factors" of fulfilment of socially dangerous actions (SDA) in the age of 50 years and is more senior. Ambiguity of interrelation of the revealed causal factors and the conditions promoting their realization at fulfilment SDA is shown. With a view of revealing personality the significant vital problems being preconditions of motivation of socially dangerous behaviour necessity integrate the estimation of a condition of patients by schizophrenia of elderly and senile age which are taking into account, alongside with clinical dynamic characteristics, a level of functioning in all social spheres, and also quality of a life of these patients is proved. Three variants of behaviour of patients by schizophrenia made SDA in the age of 50 are allocated and is more senior than years in a condition of alcoholic intoxication in conditions of an investigatory situation. Stationary inspection of these patients and an estimation of dynamics of a mental condition, allow to confirm presence schizophrenal process and to recognize these patients deranged.