

*Е.М. Денисов***ОЦЕНКА РИСКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: факторы риска, агрессивное поведение, риск возникновения, шизофрения, госпитальная агрессия

Агрессивное поведение – очень сложный феномен, который имеет несколько различных аспектов, таких как объекты агрессии, выраженность агрессии, частота возникновения, причины и последствия агрессивного поведения [83,84].

Проблема агрессивного поведения в психиатрии всегда была и остаётся актуальной, негативно влияя на пациента, его семью, медицинский персонал и на общество в целом [7,10,11,13,22,38,48]. В частности, близкие родственники чаще всего становятся объектом насилия со стороны пациентов [82]. Известно, что повышенный уровень агрессии сохраняется в первые дни после госпитализации [24].

В 1980-1990 –е гг. было опубликовано несколько обзоров по агрессии среди психических больных [20,41,53,60,71,79]. В основном в этих работах констатировалась достаточно высокая распространённость агрессивного поведения среди пациентов психиатрических стационаров [44,50,53,57,70,73,79,87], однако риск получения серьёзных повреждений и вреда здоровью оценивался как небольшой [35,38,50,79]. Большинство эпизодов агрессии возникает в отношении среднего медицинского персонала [44,50,73]. Частым следствием попыток проявления агрессивных эпизодов становится заключение больных в отдельную палату или механическое сдерживание (фиксация) в пределах постели.

Некоторые исследования показывают, что пациенты с тяжёлыми психическими расстройствами находятся в группе риска по агрессивному поведению [4,82], а психиатрические стационары собирают вместе большое количество психически больных, причём зачастую в условиях большой скученности, стеснённости и наличия раздражающих факторов [36,40]. Однако проведено лишь незначительное число исследований, касающихся пациентов, получающих стационарную помощь и представляющих особый риск в отношении агрессивного поведения. Хотя местные факторы, такие как небрежное отноше-

ние и отсутствие контроля со стороны персонала, могут увеличить риск агрессии [21,32], существуют определённые группы пациентов, для которых риск агрессивного поведения выше, чем для других.

Агрессия, являясь феноменом не только клиническим, но и социальным, соответственно не имеет универсального определения [15,37]. Традиционно в широком понимании агрессией являются угрозы и насильственные действия, в отличие от насилия, которое подразумевает только действия [12,43]. Выделяют два типа агрессивного поведения, сопровождающегося насильственными действиями: когнитивное (криминальное) и эмоциональное (связанное с имеющимся психическим расстройством [24,46]. Для более чёткого понимания данных феноменов может служить использование определения агрессии как «направленного усиления психомоторной активности», в отличие от возбуждения, которое не имеет вектора [1,18].

Агрессивное поведение включает в себя целый ряд феноменов или актов, а именно, атакующие, оборонительные действия, а также вербальные угрозы. К агрессивному поведению относятся такие проявления как словесные оскорбления, хлопанье дверьми и прочие аналогичные действия. При этом во избежание смешения понятий выделяются «тяжёлые» и «нетяжёлые» проявления агрессии [12,71].

При тяжёлых проявлениях агрессии пострадавшему наносится физическая травма. Также к тяжёлым проявлениям агрессии относят действия, сопровождающиеся поджогами, разрушением предметов, разбрасыванием мебели. Значение установления вида агрессивного поведения, приводящего к проявлению насилия, трудно переоценить. Была ли агрессия вторичной по отношению к психическому расстройству («медицинская агрессия»), импульсивной или преднамеренной [27,56] имеет важное значение. Полезность идентификации и выделения агрессии вследствие непосредственного психического

расстройства в том, что она может быть полностью взята под контроль эффективным медикаментозным лечением. A.R. Felthous с соавт. (2008) [48] выделили следующие виды агрессивного поведения:

1) Импульсивная агрессия – много эмоций и мало мыслей, «горячая кровь», внезапная агрессия.

2) Спонтанная агрессия – мало и эмоций и мыслей (безразличная агрессия).

3) Компulsive агрессия – большое количество и мыслей и эмоций (спланированная эмоциональная агрессия).

4) Преднамеренная агрессия – мало эмоций и много мыслей (хладнокровная и запланированная агрессия).

Согласно концепции G.Ammon [17] различают конструктивный, деструктивный и дефицитарный вариант агрессии. Конструктивный вариант предполагает высокий уровень психической активности, разнообразие интересов, широту социальных контактов, оптимизм, тенденцию к отрицанию каких-либо затруднений и проблем, интерес к окружающим людям, отсутствие психопатологических черт характера. Для деструктивного варианта характерны импульсивность, недостаточная объективность в оценке реальности, пренебрежение к морально-этическим нормам, повышенная ригидность аффекта, забывчивость, критическое отношение к окружающему вместе с неуверенностью в себе и окружающих, тревожная мнительность, а также склонность драматизировать ситуацию. При дефицитарном варианте к данным особенностям присоединяются невротические черты личности: переживание бездарности и безнадежности, повышенная лабильность эмоциональных процессов, беспокойство о своём здоровье, избыточный самоконтроль, что приводит к нарастанию социальной изолированности, снижению интереса к межличностному общению, снижению способности устанавливать и развивать взаимоотношения с другими людьми.

Агрессия в психиатрических стационарах в общем случае может рассматриваться как взаимодействие индивида с внешней средой, в которой он находится. Таким образом, как особенности индивида, так и особенности его окружения могут вносить свой вклад в уравнение, содержащее факторы риска возникновения агрессии [39,40,49,69]. Для некоторых пациентов риск возникновения агрессивного поведения настолько низок, что они будут оставаться пассивными и послушными при любых, даже самых неблагоприятных обстоятельствах.

Для других пациентов риск настолько велик, что любые обстоятельства с высокой вероятностью вызывают агрессивную реакцию. Большинство пациентов находятся между этими двумя крайностями, и определение для них степени риска и изменение окружения или плана лечения могут сыграть основную роль в снижении риска возникновения агрессивного поведения [61,71].

Что касается ситуационных факторов, которые могут увеличивать риск возникновения агрессивного поведения в условиях психиатрического стационара, в нескольких исследованиях были обнаружены специфические факторы, увеличивающие число случаев насилия среди психиатрических пациентов в стационаре. Как было отмечено в исследовании S.Bellus и соавт. (1999) [21], увеличение хаоса и снижение контроля со стороны персонала в условиях психиатрического стационара приводят к увеличению вероятности возникновения в отделении инцидентов, связанных с агрессивным поведением больных. Пусковым моментом для внутрибольничной агрессии может быть даже определённое время суток. Например, анализ случаев внутрибольничной агрессии, проведенный в психиатрической больнице Англии за 17 лет [52], показал, что случаи внутрибольничной агрессии чаще возникают во время приёма пищи, раздаче лекарств и смены медицинского персонала, т.е. те моменты, когда возрастает «хаос» в отделении и снижается контроль со стороны персонала.

Большую роль в распространённости внутрибольничной агрессии в пределах отделения играют также опытность персонала и некоторые другие качества [35,65]. Потенциальное влияние могут оказывать и личностные особенности медицинских работников. В ходе одного из исследований пациентов и персонала психиатрических стационаров [42,74] было обнаружено, что возникновение случаев с агрессивным поведением более вероятно у персонала с небрежным контролем или плохими коммуникационными способностями. Очевидно, что обучение персонала, опыт работы, коммуникационные навыки являются потенциальными факторами, снижающими вероятность агрессивного поведения. Также одним из прогностических факторов является соотношение числа больных к числу медицинского персонала. Исследование J. Cunningham и соав. [36], показало, что для молодого и менее опытного персонала более вероятно возникновение напряжённых ситуаций с участием больных отделения.

Известно, что непосредственно причинами агрессивного поведения у психически больных часто становятся социальные, семейные и другие факторы, прямо не связанные с симптомами болезни. Социальный фактор включает в себя экономическую, криминальную и культуральную составляющие. В частности, социальными факторами риска развития агрессии являются воспитание в неполной семье, развод, а также бедность и проживание в индустриальных городах [80,82,87].

Риск развития агрессии при различных психических заболеваниях сильно варьируется. Опасность агрессивного поведения возрастает при коморбидности психического расстройства со злоупотреблением алкоголем или другими психоактивными веществами. Причём уровень агрессии при этом увеличивается в 3-4 раза [55,81]. Имевшие место у пациента агрессивные действия в прошлом являются ещё одним важным фактором риска агрессии [68,74]. Наличие в анамнезе суицидальной попытки является предиктором риска развития агрессии [6,9].

Важными факторами риска агрессии являются аномалии развития в детстве [71]. Здесь в качестве маркеров чаще упоминаются:

- 1) диагностированный синдром дефицита внимания и гиперактивности;
- 2) трудности в обучении в школе, низкий интеллект;
- 3) насилие со стороны родителей;
- 4) жестокое обращение ребёнка с животными;
- 5) случаи поджогов;
- 6) делинквентное поведение в пубертате.

В отличие от криминальной агрессии агрессивное поведение у психически больных, как правило сопровождается аффектами злости, гнева, страха. Наличие в психическом статусе больного этих аффектов также является фактором риска агрессии [19,26].

М.Е. Jonson [58] просуммировала результаты наиболее достоверных исследований агрессивного поведения психически больных в условиях стационара. Она разделила исследованные факторы риска агрессии на следующие категории: 1) переменные, связанные с медицинским персоналом (демографические показатели, опыт работы, удовлетворенность работой); 2) переменные, связанные с условиями отделения (время суток, место возникновения инцидентов в отделении, обеспечение персоналом, наблюдение, контингент больных); 3) переменные, связанные с взаимодействием больных (взаимодей-

ствие персонала и пациентов, отношения между пациентами, принудительный стиль взаимодействия персонала и больных); 4) переменные, связанные с больными.

Сходным образом К. Chou и соавт. [33] провели обзор литературы по факторам, не связанным с больными, которые влияли на поведение пациентов: окружение в отделении (время суток, чрезмерные стимулы) и факторы, связанные с медицинским персоналом (уровень образования, опыт работы, отсутствие фамильярности в общении с персоналом, жёсткий график работы, недостаток обучения по контролю агрессивного поведения).

T.R. Anderson с соавт. [18] провели детальный обзор этих переменных и ранних признаков агрессивного поведения и, учитывая большое количество связанных с пациентами факторов агрессивного поведения в условиях стационара, заключили, что оценка риска возникновения агрессии не может проводиться только на основании клинического диагноза. Авторы выделили факторы риска на четыре группы: факторы предрасположенности (демографические, когнитивные, личностные); ситуационно обусловленные факторы (восприимчивость к стрессу, социальная поддержка, способ агрессивного поведения); клинические факторы (психопатологические симптомы и диагноз заболевания, функционирование, злоупотребление психоактивными веществами) и анамнестические факторы (предыдущая госпитализация, предыдущие эпизоды агрессивного поведения, социальные факторы).

Относительно такого демографического фактора, как пол, проведенные исследования даёт расходящиеся результаты. Так, S.Benjaminsen с соавт. [23] провели проспективное исследование агрессии в Датской психиатрической больнице на 94 койки. Семьдесят пациентов совершили 157 актов агрессивного поведения, что составило 1,4 случаев за год на одно койко-место. Авторы обнаружили, что процент мужчин в группе пациентов, проявлявших агрессивное поведение, значительно превосходил процент мужчин в группе с неагрессивным поведением.

Вместе с тем A.Soliman и H. Reza [81] обнаружили, что половая принадлежность не была статистически значима связана с агрессивным поведением: пациенты мужского пола составляли 50,4% поступлений за этот период и 57,1% среди пациентов, проявлявших агрессивное поведение. T. Steiner и соавт. [83] также установили, что пол не является значимым демографи-

ческим фактором. Необходимо отметить, что E. Stalenheim и соавт. [82] в ходе 2-х недельного исследования обнаружили, что пациенты женского пола более склонны к вербальной агрессии, нежели пациенты мужского пола.

T.R. Anderson с соавт. [18] изучили роль половой принадлежности пациентов в агрессивном поведении и пришли к выводу, что в общей популяции мужчины в большей степени склонны к агрессивному поведению, чем женщины, причём с их стороны агрессивное поведение носит более выраженный характер и с большей вероятностью может привести к нанесению ущерба. Однако такая закономерность не является, по всей видимости, достоверной у психически больных людей.

Результаты исследований связи возраста и агрессивного поведения также даёт различные результаты. K. Chou и соавт. [33] исследовали структуру и выраженность агрессивного поведения в Тайване и провели оценку связи агрессии с персоналом, окружением и особенностями пациентов. Исследование было проведено в 7 острых отделениях 4 психиатрических стационаров. Авторы проанализировали 855 случаев агрессии у 287 пациентов и оценили выраженность агрессивного поведения по шкале наблюдения персонала за агрессивным поведением (Staff Observation Agression Scale); из 855 зарегистрированных случаев агрессии 741 (86,7%) расценивались как легкие, 112 (13,1%) как умеренные, и 2 (0,2%) как тяжёлые. Авторы работы обнаружили, что средний возраст пациентов составлял 33,6 года, а наибольшее количество случаев агрессивного поведения возникало у пациентов 20- и 30-летнего возраста. Однако при исследовании внутрибольничной агрессии T.R. Anderson с соавт. [18] пришли к выводу, что в общей популяции возраст является общеизвестным фактором риска агрессивного и криминального поведения и что этот фактор риска остаётся столь же значимым и в популяции психически больных. Тем не менее они также заключили, что, как и в случае остальных факторов риска, возраст должен рассматриваться в свете ситуационно-обусловленных факторов, таких как, психическое состояние и окружение пациента.

Многие исследователи изучали диагноз на момент поступления в качестве основного возможного фактора риска агрессии. В сущности, делать какие-либо заключения о степени риска агрессивного поведения только на основании диагноза невозможно [54,78]. В тоже время в

большом количестве исследований выделяются определённые заболевания [76], такие как шизофрения с антисоциальной психопатией [77,89], шизофрения с осложнением в виде злоупотребления алкоголем или наркотиками [5], или осложнённой черепно-мозговой травмой [12], умственная отсталость [13,14], депрессия [66] биполярное аффективное расстройство [70], вплоть до того, что клинический диагноз действительно может являться самостоятельным фактором риска агрессивного поведения.

Некоторые исследователи обращали основное внимание на особенности психических заболеваний, которые могут использоваться в качестве прогностических факторов внутрибольничной агрессии [1-3,8,9]. К сожалению, данные, касающиеся этой области, достаточно фрагментарны и разрознены. При исследовании симптомов шизофрении было показано, что тяжесть негативных симптомов, таких как дезориентация и социальная изоляция, связана с агрессивным поведением, в то время как продуктивные симптомы не обнаруживают такой связи [45, 55,86]. В других исследованиях была обнаружена связь продуктивной симптоматики и агрессивного поведения [19].

Обычно агрессивные действия при различных психопатологических состояниях имеют свою структуру и особенности. У больных параноидной шизофренией риск развития агрессии выше в сравнении с другими диагностическими категориями, причём во время госпитализации они редко проявляют агрессию [33]. Агрессивное поведение у больных шизофренией чаще развивается в периоды обострения симптоматики [70,72]. Максимальный уровень агрессии наблюдался у больных перед госпитализацией, сохраняясь высоким в первые сутки нахождения в стационаре, а затем быстро снижался [62,71]. В ряде других исследований было показано, что агрессия существенно снижается сразу после госпитализации [21]. У пациентов с параноидной шизофренией агрессивные действия могут тщательно планироваться, использоваться оружие, обычно они направлены против конкретных лиц из круга общения больного.

В ходе проведенного ранее исследования T. Steinert и соавт. [83] выявили, что в литературе нет согласованного мнения о том, связаны ли психопатологические особенности пациентов с агрессивным поведением после поступления в стационар. Однако они отметили, что некоторые авторы [28, 29, 87,88] ранее констатировали связь

агрессивного поведения с наличием бреда. Исходя из этого, Т. Steinert и соавт. [83] провели исследование для определения связи между психопатологическими проявлениями у пациентов на момент поступления в стационар и последующим агрессивным поведением в стационарных условиях. Исследование проводилось в Ульме (Германия); были обследованы 199 последовательно поступивших в острое отделение пациентов (88 мужчин и 111 женщин).

Исследователи обнаружили наличие сильной связи между психопатологическими проявлениями при поступлении и последующим агрессивным поведением пациентов, хотя некоторые расстройства были более точными прогностическими факторами, чем другие. Несмотря на то, что Т. Steinert и соавт. [83] получили более хорошие результаты в отношении прогностических факторов последующей агрессии, чем другие авторы [63, 68, 90], исследователи посчитали, что это связано с тем, что они ставили целью прогнозировать не отдельные случаи, а общий уровень агрессивного поведения во время госпитализации, в основном случаи выраженной агрессии. Значительно сложнее прогнозировать отдельный случай незначительной агрессии, на который может повлиять большое количество обстоятельств, таких, как взаимодействие с медицинским персоналом, родственниками или другими пациентами [63, 68]. Такие обстоятельства описывают как факторы риска, связанные с взаимодействием. М.Е. Johnson [58] на основании серии исследований агрессивного поведения психически больных пациентов пришла к заключению, что принудительный стиль общения персонала с пациентами является важным прогностическим фактором.

А.Е.Д. Soliman и Н. Reza [81] провели другое ретроспективное исследование в течение 12 месяцев в 1997 и 1998 гг. в условиях трех психиатрических отделений (53 койки) и отделения интенсивной терапии (8 коек) для определения факторов риска агрессивного поведения. Это исследование отличается от всех проведенных ранее тем, что в нем пациентов, проявлявших агрессивное поведение в условиях стационара, сравнивали с общей популяцией больных и со случайной выборкой пациентов, не проявлявших агрессии. В этом исследовании агрессивное поведение определялось как инцидент, во время которого пациент пытался причинить вред окружающим (медицинскому персоналу, посетителям или другим пациентам) или нанести вред имуществу. Случаи словесных оскорблений или

нанесения самоповреждений исключались из оценки, кроме случаев, когда они сопровождались нанесением вреда окружающим или имуществу.

Большая часть случаев агрессии по степени тяжести определялась как средняя, что соответствует результатам других исследований [50, 56]. М. Pearson с соавт. [75] оценивали тяжесть эпизодов агрессии с помощью Шкалы наблюдения медицинского персонала за агрессией (Staff Observation Aggression Scale); 49 пациентов совершили 105 актов агрессии, что соответствует 0,22 случаев агрессии на поступление в стационар в год. Углубленный анализ клинических данных уверил авторов в том, что исследование представляет собой точную оценку истинной распространенности агрессивного поведения на момент проведения исследования и что в исследовании не занижается реальная распространенность агрессивного поведения психически больных. Авторам не удалось повторить результаты предшествующих исследований, в которых была обнаружена связь шизофрении и агрессивного поведения [23,50,51,75,87,88]. В соответствии с более ранними исследованиями расстройства личности были связаны с агрессивным поведением. Злоупотребление психоактивными веществами также было связано с более высоким риском внутрибольничной агрессии: у агрессивных пациентов без шизофрении отмечался более высокий риск наличия сопутствующих расстройств личности по сравнению с неагрессивными пациентами.

Что касается вопроса о наличии связи между клиническим диагнозом шизофрении и агрессивным поведением, Т.Р. Anderson и соавт. [18] обнаружили, что некоторые психические симптомы могут быть связаны с большим риском возникновения агрессии; авторы утверждают, что у пациентов с диагнозом «шизофрения» предрасположенность к агрессивному поведению может определяться скорее набором симптомов, а не собственно диагнозом шизофрении. Они утверждают, что ощущение угрозы (что мысли и действия контролируются какой-то внешней силой) представляет наибольшую опасность в отношении возникновения агрессии.

В ходе исследования, проведенного в Нью-Йорке, М.Р. Serper и соавт. [80] исследовали факторы, имевшие место до поступления в стационар, и факторы, связанные с окружением пациента в больнице, определявшие развитие агрессивного поведения в течение 2-х недель после госпитализации у 118 пациентов с остры-

ми психотическими расстройствами (96 мужчин и 22 женщины). Авторы обнаружили, что некоторые когнитивные и диагностические факторы могли использоваться с прогностическими целями для определения вероятности агрессивного поведения в течение 2 недель после госпитализации. Пациенты обследовались с помощью краткой шкалы психиатрической оценки (Brief Psychiatric Rating Scale) и Калифорнийского вербального теста на обучение (California Verbal Learning Test) в течение 48 часов после поступления. В течение 2-х недель после поступления дневники в истории болезни оценивались с помощью проспективной шкалы оценки внешней агрессии (ROAS). Для трех переменных, учитывающихся в ROAS (общая, другая и словесная агрессия), значимые различия были обнаружены по демографическим, нозологическим и прогностическим факторам. В отношении словесной агрессии значимым прогностическим фактором являлось наличие только злоупотребления психоактивными веществами в анамнезе. Менее вероятно словесная агрессия была у пациентов с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами или с шизофренией. Сходная схема наблюдалась и в случае общей агрессии.

Для пациентов с менее выраженным нарушением запоминания и долговременной памяти было более вероятно совершение актов агрессии в отношении себя и окружающих. Однако авторы признают, что значительным ограничением данного исследования является ретроспективность оценки.

Потенциально опасным в плане риска развития агрессии является бред воздействия [12,15]. Было показано, что в 52% случаев больные получают «приказы» совершить самоубийство, в 5% - убийство, в 12% - нанести повреждение себе или другим и только в 14% - действия, не сопряженные с агрессией [13].

Степень реализации галлюцинаторных переживаний зависит от многих причин, в том числе от конкретной окружающей ситуации, личностных особенностей больного, актуальности «голосов». Считается, что при императивном галлюцинозе пациенты выполняют от 10 до 80% приказов [71].

Уровень готовности к выполнению «приказов» обычно снижается, если команды воспринимаются больными как опасные (убийство, самоубийство), а также у госпитализированных пациентов. Риск готовности к реализации «команд» существенно повышается при наличии у больных бредовой трактовки галлюцинаторных

переживаний, а также, если больной слышит «голоса» близким ему людей [90]. Риск агрессии выше при остром бреде, сопровождающимся выраженным аффектом страха, при бреде преследования или отравления; при систематизированном бреде; при явлениях бредовой дереализации и при бреде ревности. Одновременное наличие бреда преследования, бреда воздействия и императивных галлюцинаций значительно повышают вероятность развития агрессии [47,59]. Считается, что «вклад» «постороннего контроля над мыслями» наиболее существенен [11].

Когортные катамнестические исследования при шизофрении показывают, что пациенты чаще совершают акты насилия в первые годы болезни [67]. Более низкий уровень агрессии у длительно болеющих пациентов шизофренией связывают с нарастанием у них негативной симптоматики. Таким образом, негативная симптоматика является фактором, снижающим вероятность агрессии. Кроме того, более высоким уровнем агрессии характеризуются часто госпитализируемые больные. В работе М. Krakowski и соавт. [60] было показано, что пациенты, госпитализированные более 10 раз чаще бывают агрессивными. Необходимо отметить, что тяжёлые проявления агрессии характерны для больных с параноидной симптоматикой и эпизодами агрессии в прошлом. Тогда как нетяжёлые проявления агрессии сопряжены со злоупотреблением алкоголем, дефицитом социальной поддержки и межличностными проблемами.

М.Е. Arango с соавт. [19] показали, что клинические переменные пациента, такие как диагноз и симптомы, являются более точными прогностическими факторами агрессивного поведения, чем демографические показатели. Данные литературы показывают, что чем тяжелее психопатологические проявления, тем больше риск возникновения агрессивного поведения. Например, в ходе исследования S.Benjaminsen с соавт. [23], проведенного в датской больнице, было показано, что пациенты с параноидной шизофренией чаще обнаруживали агрессивное поведение. Также наблюдалась тенденция к агрессивному поведению у пациентов в мании. А.Soliman и Н. Reza [83] обнаружили, что диссоциальные и эмоционально неустойчивые расстройства личности (антисоциальное или пограничные расстройства личности) при наличии сопутствующих психических заболеваний были связаны с высоким риском внутрибольничной агрессии. Кроме этого, К. Chou и соавт. [33] показали, что наличие психотического расстрой-

ства у пациента статистически связано с агрессивным поведением.

Агрессивное поведение у маниакальных больных обычно направлена на случайных лиц, может быть немотивированной либо спровоцированной малозначительными факторами: высказанными замечаниями, ограничениями, недоброжелательными взглядами. В отличие от больных шизофренией, риск агрессии сохраняется в стационаре, после госпитализации [71].

Проявление агрессии у депрессивных пациентов относительно редки. Обычно вектор агрессии направлен на себя (аутоагрессия), однако при условиях раздражительности, достигающей иногда уровня ярости, она может реализовываться и на других. В отдельных случаях суицидальные мысли сопровождаются с идеями ухода из жизни вместе с близкими (чаще это люди, зависящие от больного – дети, больные родственники). У женщин с суицидальными мыслями это необходимо выявлять.

Исследование личностных черт пациентов оказалось перспективным в отношении прогнозирования внутрибольничной агрессии. Импульсивность имеет большое значение в качестве прогностического фактора развития агрессии. Так в исследовании 385 госпитализируемых мужчин, совершивших правонарушения с агрессивным поведением [16], импульсивность и антисоциальные черты личности были статистически значимыми прогностическими факторами для внутрибольничной агрессии в отделении. Таким образом, даже в выборке из пациентов с агрессивным поведением в анамнезе импульсивность служит значимым прогностическим фактором агрессии. В тоже время результаты этого исследования необходимо интерпретировать с некоторой осторожностью, так как можно спорить о том, что исходная частота импульсивности в популяции правонарушений выше, чем в общей популяции психически больных.

В одном из исследований [84] проводилась оценка связи импульсивности, суицидальных наклонностей и агрессии у 61 пациента судебно-психиатрического стационара. Были обнаружены значимые различия между пациентами с суицидальными намерениями и суицидальными попытками в анамнезе, совершившими правонарушениями с агрессивными действиями, по сравнению с такими же правонарушениями без суицидальных наклонностей. В случае пациентов с суицидальными наклонностями, совершивших правонарушения с проявлением насилия, отмечалась большая степень импульсивности.

Эти результаты позволяют предположить, что некоторые пациенты в большей степени подвержены агрессивному поведению, агрессии и самоубийству в связи с индивидуальной склонностью к более слабому контролю импульсивного поведения и его регуляции.

Было обнаружено, что мужчины находящиеся в режиме условно-досрочного освобождения под честное слово после преступлений, совершённых с применением насилия, более подвержены выбору быстрых, «импульсивных» действий, вместо отсроченных по времени «лучших» вариантов поведения, по сравнению с мужчинами, находящимися на тех же условиях освобождения после преступлений без применения насилия [34].

Кроме того, было показано, что социальная изоляция лиц с депрессией является фактором риска развития агрессивного поведения. Например, в ходе исследования детей, обучающихся в младших классах [79], было обнаружено, что подгруппа социально изолированных детей (активная незрелая изоляция) соответствовала большему риску возникновения агрессивного поведения. Очевидно, социальная изоляция также является фактором риска агрессивного поведения среди пациентов с нарушением когнитивной функции, проживающих в домах престарелых с медицинским обслуживанием [31]. Хотя в популяции пациентов с психическими заболеваниями высок риск социальной изоляции, исследования этой переменной в качестве прогностического фактора агрессивного поведения остаются очень немногочисленными. Депрессия особенно сильно связана с агрессивным поведением родителей по отношению к собственным детям. Например, в ходе исследований 49 родителей, проходивших лечение по поводу физического насилия над детьми, степень выраженности депрессии, обнаруживала значимую корреляцию с агрессивными действиями в отношении детей [66]. Авторы пришли к выводу, что агрессивное поведение в этой группе было, по всей видимости, импульсивным и вызвано реакцией гнева в ответ на негативные стимулы или события. Таким образом, депрессия и импульсивность связаны с факторами риска агрессии родителей по отношению к детям.

Другим важным клиническим фактором, связанным с высоким риском внутрибольничной агрессии, является недобровольная госпитализация [58, 73, 75]. Было показано, что агрессивных пациентов чаще направляют в стационар недобровольно [76].

К. Chou и соавт. [33] обнаружили, что продолжительность госпитализации является значимым фактором, связанным с агрессивным поведением. Было установлено, что агрессия возникает достаточно рано при госпитализации и агрессивные пациенты склонны к более длительному лечению в стационаре. А.Е.Д. Soliman и Н. Reza [83] обнаружили выраженную связь между продолжительностью госпитализации и агрессией, хотя результаты показывают, что продолжительность госпитализации не является фактором, способствующим возникновению агрессивного поведения у большинства больных. Средняя продолжительность госпитализации до возникновения агрессивного поведения составляла 38 дней. Кроме того, авторы показали, что для агрессивных пациентов были свойственны более частая смена терапии и большая потребность в седативных препаратах. Роль продолжительности госпитализации понятна, так как пациенты, плохо отвечающие на терапию, в большей степени склонны к длительной госпитализации, нежели быстро отвечающие на терапию. Это может определять более высокий риск агрессивного поведения в связи с более тяжелой психической патологией [30].

Агрессивное поведение в анамнезе (особенно недавние эпизоды) являлось одним из наиболее важных факторов, связанных с внутрибольничной агрессией [18, 33, 57]. Эти данные подтверждаются результатами исследований других авторов [16, 25, 64, 83]. Нанесение самоповреждений в анамнезе также связано с высоким риском внутрибольничной агрессии. А.Е.Д. Soliman и Н. Reza [83] обнаружили, что госпитализация в связи с суицидальным поведением не является прогностическим фактором агрессивного поведения в стационаре. Однако суицидальные тенденции в анамнезе были связаны с ростом риска внутрибольничной агрессии. Это позволяет предположить, что суицидальные тенден-

ции (агрессия, направленная вовне) связаны с возникновением агрессии, направленной извне.

М.Е. Johnson [58] выявила другие значимые прогностические факторы агрессивного поведения: раннее начало психического заболевания, нарушение адаптации в преморбидном периоде и алкоголизм. Иными анамнестическими факторами риска агрессивного поведения являются природа и степень агрессии в отношении пациента [18] или указание на то, что пациент был жертвой агрессии [58].

Т. Steinert и соавт. [85] обнаружили, что повторная госпитализация является значимым прогностическим фактором агрессивного поведения у пациентов с психотическими расстройствами. К. Chou и соавт. [33] отмечают, что курение в анамнезе также является прогностическим фактором в отношении агрессии.

Таким образом, с помощью связанных с пациентами переменных, являющихся прогностическими факторами агрессии у психически больных, установлены такие клинические диагнозы, как шизофрения, мания, психоз и некоторые органические синдромы. Другими прогностическими факторами, связанными с пациентами, являются недобровольная госпитализация и агрессивное поведение в анамнезе. Проведенные в последнее время исследования выявили большое количество прогностических факторов агрессивного поведения у пациентов, однако до сих пор не разработано четких критериев и шкал оценки, а также отмечаются существенные расхождения по прогностической значимости выделенных факторов у различных авторов. Кроме того, даже при тщательной оценке статуса пациента на момент поступления в стационар вероятность агрессивного поведения может быть предсказана врачом лишь с очень низкой долей достоверности, что может быть отчасти связано с необъективностью оценки при отсутствии разработанных критериев и шкал.

Є. М. Денисов

ОЦІНКА РИЗИКУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПСИХІЧНО ХВОРИХ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Проведені останніми роками дослідження виявили велику кількість прогностичних факторів агресивної поведінки психічно хворих. Проте в даний час не розроблено чітких критеріїв і шкал оцінки ризику агресії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 68-77).

RISK ASSESSMENT OF AGGRESSIVE BEHAVIOUR OF PSYCHIATRIC PATIENTS

Donetsk National Medical University by M. Gorkiy

Recent research has revealed a large number of predictors of aggressive and violent behavior of mentally ill patient but as yet no clearly defined, explicit criteria and assessment scale have been developed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 68-77).

Литература

1. Бецов С.Г. Роль социально-психологических факторов в формировании агрессивного поведения у лиц с легкой умственной отсталостью // Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов н/Д, 1998. — С. 36–38.
2. Боброва И.Н., Мохонько А.Р. Ранняя диагностика психических заболеваний — один из факторов профилактики общественно-опасных действий // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии. — М., 1986. — С. 39–43.
3. Бутыма Б.Г. Варианты проявления агрессивного поведения при некоторых соматических и психических заболеваниях // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1992. — № 2. — С. 122–126.
4. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб.: Питер, 1997. — 336 с.
5. Васильева Н.В. Маркеры психоорганического синдрома и агрессивности в тесте Люшера // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. — М.: 1996. — С. 285–286.
6. Вандыш-Бубко В.В. Органическое психическое расстройство и агрессивность: принципы и некоторые модели судебно-психиатрической экспертизы // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 227–233.
7. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Психопатология и агрессивное поведение: Материалы 13-го съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 204.
8. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье — СПб.: Юридический центр-пресс, 2002. — 460 с.
9. Земская А.Г., Иова А.С., Сокаре К.М. и др. Основные критерии оценки клинических вариантов агрессивных расстройств поведения у больных эпилепсией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1983. — № 6. — С. 855–859.
10. Зомер М. Динамика опасности психически больных и условия для их лечения // Соц. и клин. психиатрия. — 1994. — № 4. — С. 71–76.
11. Кирдин П.В. Агрессивные действия психически больных внутри психиатрического стационара // Рос. психиатр. журн. — 2001. — № 6. — С. 28–31.
12. Кондратьев Ф.В., Осолкова С.Н., Василевский В.Г. Шизофрения и убийства: новые ракурсы проблемы. Вопросы профилактики агрессивных действий больных шизофренией // Агрессия и психическое здоровье. — СПб.: Юридический центр-пресс, 2002, с. 142–174.
13. Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 275–284.
14. Шостакович Б.В. Психические расстройства и преступность // Механизмы человеческой агрессии: Сборник. — М.: Изд-во ВНИИ МВД РФ, 2000. — С. 150–159.
15. Шостакович Б.В. К вопросу об опасности психически больных // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 320–328.
16. Aiken G.J.M. Assaults on staff in a locked ward: prediction and consequences // Med. Sci. Law. — 1984. — Vol. 24. — P. 199–207.
17. Ammon G. ISTA (Ich-Struktur Test von Ammon) // Dynamische Psychiatrie. — Munchen: «Pinel» Verlag GmbH, 1980. — S. 43–48.
18. Anderson T.R., Bell C.C., Powell T.E. et al. Assessing psychiatric patients for violence // Commun. Mental Health J. — 2004. — Vol. 40. — P. 379–399.
19. Arango C., Barba A., Gonzalez-Salvador T. et al. Violence in inpatients with schizophrenia: A prospective study // Schizophr. Bull. — 1999. — Vol. 25. — P. 493–503.
20. Aquilina C. Violence by psychiatric inpatients // Med. Sci. Law. — 1991. — Vol. 31. — P. 306–312.
21. Bellus S., Vergo J., Kost P. et al. Behavioral rehabilitation and the reduction of aggressive and self-injurious behaviors with cognitively impaired, chronic psychiatric inpatients // Psychiatr. Q. — 1999. — Vol. 70. — P. 27–37.
22. Bensley L., Nelson N., Kaufman J. et al. Injuries due to assaults on psychiatric hospital employees in Washington State // Am. J. Ind. Med. — 1997. — Vol. 31. — P. 92–99.
23. Benjaminsen S., Gutzche-Larsen K., Norrie B., et al. Patient violence in a psychiatric hospital in Denmark. Rate of violence and relation to diagnosis // Nord. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 50. — P. 233–242.
24. Bjorkly S. A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients // Scand. J. Psychol. — 1999. — Vol. 40. — P. 57–65.
25. Blomhoff S., Seim S., Friis S. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? // Hosp. Commun. Psychiatry. — 1990. — Vol. 41. — P. 771–775.
26. Borum R. Improving the clinical practice of violence risk assessment // Am. Psychol. — 1996. — Vol. 51. — P. 945–956.
27. Bowers L., Nijman H., Palmstierna T. et al. Issues in the measurement of violent incidents and the introduction of a new scale: the «attacks» (attempted and actual assault scale) // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. — 2002. — Vol. 106, suppl. 412. — P. 106–109.
28. Buchanan A. Risk and dangerousness // Psychol. Med. — 1999. — Vol. 29. — P. 465–473.
29. Buchanan A. The investigation of acting on delusions as a tool for risk assessment in the mentally disordered // Br. J. Psychiatry. — 1997. — Vol. 170, suppl. 32. — P. 12–16.
30. Chang J.C., Lee C.S. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients // Psychiatr. Serv. — 2004. — Vol. 55. — P. 1305–1307.
31. Chen Y., Ryden M., Feldt K. et al. The relationship between social interaction and characteristics of aggressive, cognitively impaired nursing home residents // Am. J. Alzheimer's Dis. — 2000. — Vol. 15. — P. 10–17.
32. Cherek D., Moeller G., Dougherty D. et al. Studies of violent and nonviolent male parolees: II. Laboratory and psychometric measurements of impulsivity // Biol. Psychiatry. — 1997. — Vol. 41. — P. 523–529.
33. Chou K., Lu R., Mao W. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan // Arch. Psychiatr. Nurs. — 2002. — Vol. 16. — P. 187–195.
34. Cocozza J.J., Steadman H.J. Prediction in psychiatry: an example of misplaced confidence in experts // Soc. Problems. — 1978. — Vol. 25. — P. 265–276.
35. Cooper A.F., Mendonca J.D. A prospective study of patient assaults on nurses in a provincial psychiatric hospital in Canada // Acta Psychiatr. Scand. — 1991. — Vol. 84. — P. 163–166.
36. Cunningham J., Conner D., Miller K. et al. Staff survey results and characteristics that predict assault and injury to personnel working in mental health facilities // Aggressive Behav. — 2003. — Vol. 29. — P. 31–40.
37. Daffern M., Howells K. Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches // Aggression Violent Behav. — 2002. — Vol. 7. — P. 477–497.
38. Davies S. Assaults and threats on psychiatrists // Psychiatr. Bull. — 2001. — Vol. 25. — P. 89–91.
39. Dolan M., Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist // Br. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 177. — P. 303–311.
40. Doyle M., Dolan M. Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgments for the formulation and management of risk // J. Psychiatr. Mental Health Nurs. — 2002. — Vol. 9. — P. 649–657.
41. Drinkwater J., Gudjonsson G.H. The nature of violence in psychiatric hospital // Clinical Approaches to Violence / Eds K. Howells, R. Hollin. — N.Y.: Wiley, 1989. — P. 287–307.
42. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design // J. Psychiatr. Mental Health Nurs. — 2002. — Vol. 9. — P. 325–337.
43. Eaton S., Ghannam M., Hunt N. Prediction of violence on a psychiatric intensive care unit // Med. Sci. Law. — 2000. — Vol. 40. — P. 143–146.
44. Edwards J.G., Jones D., Reid W.H. et al. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital // Am. J. Psychiatry. — 1988. — Vol. 145. — P. 1568–1571.
45. Ehmann T., Ross D., Au T. et al. Aggression among patients with treatment refractory psychoses // Schizophr. Res. — 1997. — Vol. 24. — P. 14.
46. Eronen M., Hakola P., Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland // Arch. Gen. Psychiatry. — 1996. — Vol. 53. — P. 497–501. — P. 216–221.
47. Famularo R., Fenton T., Kinscherff R. et al. Mother and child

post-traumatic stress disorder in cases of child maltreatment // *Child Abuse Negl.* – 1994. – Vol. 18. – P. 27–36.

48. Fisher W.A. Restraint and seclusion: a review of the literature // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 1584–1591.

49. Flannery R.B., Hanson M.A., Penk W.E. Risk factors for psychiatric inpatient assaults on staff // *J. Mental Health Adm.* – 1994. – Vol. 21. – P. 24–31.

50. Fottrell E. A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals // *Br. J. Psychiatry.* – 1980. – Vol. 136. – P. 216–221.

51. Fottrell E., Bewley T., Squizzonni M.A. A study of aggressive and violent behavior among a group of inpatients // *Med. Sci. Law.* – 1978. – Vol. 18. – P. 66–69.

52. Gudjonsson G., Rabe-Hesketh S., Wilson C. Violent incidents on a medium-secure unit over a 17-year period // *J. Forensic Psychiatry.* – 1999. – Vol. 10. – P. 249–263.

53. Hall H., Ebert R. *Violence Prediction: Guidelines for the Forensic Practitioner.* – Springfield: Charles C. Thomas, 2002.

54. Haller R.M., Deluty R.H. Assaults on staff by psychiatric inpatients: a critical review // *Br. J. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 152. – P. 174–179.

55. Hodelet N. Psychosis and offending in British Columbia: Characteristics of a secure hospital population // *Criminal Behav. Mental Health.* – 2001. – Vol. 11. – P. 163–172.

56. Hoptman M., Yates K., Patalinjug M. et al. Clinical prediction of assaultive behavior among male psychiatric patients at a maximum-security forensic facility // *Psychiatr. Serv.* – 1999. – Vol. 50. – P. 1461–1466.

57. James D.V., Fineberg N.A., Shah A.K. et al. An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 156. – P. 846–852.

58. Johnson M.E. Violence on inpatient psychiatric units: state of the science // *J. Am. Psychiatr. Nurs. Assoc.* – 2004. – Vol. 10. – P. 113–121.

59. Kho K., Sensky T., Mortimer A. et al. Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psychiatric acute admission wards // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172. – P. 38–43.

60. Krakowski M., Convit A., Jaeger J. et al. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients // *Am. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 146. – P. 849–853.

61. Lanza M.L., Kayne H.L., Hicks C. et al. Environmental characteristics related to patient assault // *Issues Ment. Health Nurs.* – 1994. – Vol. 15. – P. 319–335.

62. Lewis A.H.O., Webster C.D. General instruments for risk assessment // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 17. – P. 401–405.

63. Lidz C.W., Mulvey E.P., Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others // *JAMA.* – 1993. – Vol. 269. – P. 1007–1011.

64. McNiel D., Binder R. Screening for risk of inpatient violence: validation of an actuarial tool // *Law Hum. Behav.* – 1994. – Vol. 18. – P. 579–586.

65. McNiel D.E., Binder R.L., Greenfield T.K. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients // *Am. J. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 145. – P. 965–970. *Am. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 146. – P. 849–853.

66. Mammen O., Kolko D., Pilkonis P. Negative affect and parental aggression in child physical abuse // *Child Abuse Negl.* – 2002. – Vol. 26. – P. 407–424.

67. Mawson D. *Violence in hospital // Principles and Practice of Forensic Psychiatry* / Eds R. Bluglass, P. Bowden. – Edinburgh: Churchill Livingstone, 1990. – P. 641–648.

68. McNiel D.E., Binder R.L. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients // *Am. J. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 148. – P. 1317–1321.

69. McNiel D.E., Binder R.L. Correlates of accuracy in

the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 152. – P. 901–906.

70. Miller R., Zadolinnyi K., Hafner R. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150. – P. 1368–1373.

71. Monahan J., Steadman H.: *Violence risk assessment: A quarter century of research // The Evolution of Mental Health Law* / Eds L. Frost, R. Bonnie. – Washington: American Psychological Association, 2001.

72. Needham I., Abderhalden C., Meer R. et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study // *J. Psychiatr. Mental Health Nurs.* – 2004. – Vol. 11. – P. 595–601.

73. Noble P., Rodger S. Violence by psychiatric inpatients // *Br. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 155. – P. 384–390.

74. Owen C., Tarantello C., Jones M. et al. Violence and aggression in psychiatric units // *Psychiatr. Serv.* – 1998. – Vol. 49. – P. 1452–1457.

75. Pearson M., Wilmot E., Padi M. A study of violent behaviour among inpatients in a psychiatric hospital // *Br. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 149. – P. 232–235.

76. Rasmussen K., Levander S. Crime and violence among psychiatric patients in a maximum security psychiatric hospital // *Crim. Just. Behav.* – 1996. – Vol. 23. – P. 455–471.

77. Rasmussen K., Levander S. Violence in the mentally disordered: A differential clinical perspective // *Issues Criminology Legal Psychol.* – 1995. – Vol. 24. – P. 127–130.

78. Rubin K., Mills R. The many faces of social isolation in children // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 56. – P. 916–924.

79. Shah A.K., Fineberg N.A., James D.V. Violence among psychiatric inpatients // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1991. – Vol. 84. – P. 305–309.

80. Sjostrom N., Eder D., Malm U. et al. Violence and its prediction at a psychiatric hospital // *Eur. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 16. – P. 459–465.

81. Soliman A.E.D., Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 75–80.

82. Stalenheim E. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population // *Eur. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 16. – P. 386–394.

83. Steinert T., Sippach T., Gebhardt R. How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? // *Pharmacopsychiatry.* – 2001. – Vol. 33. – P. 98–102.

84. Steinert T., Woelfle M., Gebhardt R.P. Aggressive behaviour during inpatient treatment. Measurement of violence Steinert 138 during inpatient treatment and association with psychopathology // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102. – P. 107–112.

85. Steinert T. Prediction of inpatient violence // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 106, suppl. 412. – P. 133–141.

86. Tardiff K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals // *Am. J. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 141. – P. 1232–1235.

87. Tardiff K., Sweillam A. Assaultive behavior among chronic inpatients // *Am. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 139. – P. 212–215.

88. Taylor P.J., Gann J. Homicides by people with mental illness: myth and reality // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 9–14.

89. Wang E., Diamond P. Empirically identifying factors related to violence risk in corrections // *Behav. Sci. Law.* – 1999. – Vol. 17. – P. 377–389.

90. Whittington R., Wykes T. An observational study of associations between nurse behaviour and violence in psychiatric hospitals // *J. Psychiatr.* 43. James D.V., Fineberg N.A., Shah A.K. et al. An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 156. – P. 846–852.

Поступила в редакцию 18.01.2014