

# Психологические и клиничко-социальные характеристики пациентов, реализующих различные виды агрессии в стационаре (гендерный аспект)

**Булыгина В.Г.**, кандидат психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии» МЗ РФ ([ver210@yandex.ru](mailto:ver210@yandex.ru))

**Березкин А.С.**, кандидат медицинских наук, главный врач ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5» ([asberезkin@yandex.ru](mailto:asberезkin@yandex.ru))

**Козлов Т.Н.**, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5» ([tnkozlov@rambler.ru](mailto:tnkozlov@rambler.ru))

**Макурина А.П.**, научный сотрудник лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии» МЗ РФ ([anya-plyakina@yandex.ru](mailto:anya-plyakina@yandex.ru))

---

В статье изложены результаты сравнительного анализа клинических, социальных и патопсихологических предикторов нарушений режимных требований, проявлений физической и вербальной агрессии у психически больных женщин и мужчин во время принудительного лечения. Выявлено, что вид реализуемой агрессии у женщин значимо чаще сопряжен с клиничко-социальными и патопсихологическими характеристиками: эмоциональной неустойчивостью, усвоенной в детском и подростковом периоде поведенческой моделью агрессии и выраженностью враждебности и подозрительности; инертностью мыслительных процессов в сочетании с низким уровнем когнитивного функционирования и нарушением критичности в широком смысле. У мужчин – с эмоциональной и личностной деформацией, отмечаемой до начала болезненного процесса; снижением когнитивного функционирования и неразвитостью всех звеньев регуляции поведения; высоким уровнем агрессивности в общении; внутренней конфликтностью в сочетании с ригидностью Я-концепции. Авторами сделан вывод, что оценка факторов риска внутрибольничной агрессии является самостоятельной психодиагностической работой, которая должна быть обеспечена специальными инструментами, направленными на изучение индивидуально-психологических характеристик регуляции поведения, стратегий совладания, коммуникативных установок и составляющих конструкта агрессии, а также субъективных оценок

---

социального функционирования в стационаре.

**Ключевые слова:** общественно опасные деяния, принудительное лечение, физическая и вербальная агрессия.

**Для цитаты:**

Булыгина В.Г., Березкин А.С., Козлов Т.Н., Макурина А.П. Психологические и клиничко-социальные характеристики пациентов, реализующих различные виды агрессии в стационаре (гендерный аспект). [Электронный ресурс] // Психология и право. 2015(5). № 3. С.37-50. doi: 10.17759/psylaw.2015050304

**For citation:**

Buligina V.G., Berezkin A.S., Kozlov T.N., Makurina A.P. Psychological, clinical and social characteristics of patients implementing different types of aggression in the hospital (gender aspect) [Elektronnyi resurs]. Psikhologiya i pravo [Psychology and Law], 2015(5), no. 3. pp.37-50. doi: 10.17759/psylaw.2015050304

## Введение

Прогноз и предотвращение внутрибольничной агрессии пациентов с психическими расстройствами и асоциальными формами поведения представляет серьезную клиническую задачу [3, 7]. К критериям оценки качества организации принудительного лечения в условиях психиатрического стационара традиционно относят количество побегов и число нападений больных на окружающих (персонал и других пациентов). За последние 5 лет произошло значительное (в 2, 3 раза) снижение показателя числа побегов пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре. Однако за этот же период имеет место некоторый рост (на 4,8%) числа нападений больных на окружающих лиц: в 2010 г. в среднем 9,14 случая на 1000 больных и около 1722 случаев нападений на медицинский персонал и других пациентов в 2013 г. [9].

В процессе лечения и реабилитации больных в стационаре возникают конфликтные ситуации, связанные с поведением пациентов, нарушающих общие режимные требования. Такое поведение может негативно отразиться как на самих «нарушителях», так и на пациентах с упорядоченным поведением, оно влияет и на работу медицинских работников. Кроме того, наличие нарушений режима во время предыдущих госпитализаций, является одним из предикторов риска совершения повторных правонарушений после отмены принудительного лечения [3, 4, 10–12].

Все нарушения режимных требований можно разделить на следующие группы: агрессивные действия по отношению к медперсоналу, пациентам и окружающим предметам; отрицательное лидерство среди больных, организация групповых нарушений и побегов; стремление к наркотизации в отделении; негативное отношение к проводимому психофармакологическому лечению и психотерапии с категорическим отказом или уклонением от лечения. В большинстве случаев агрессия становится результатом конфликта пациента с персоналом или другими пациентами [5, 6, 8].

Необходимо отметить, что нарушения режима могут быть проявлением, как стойких особенностей поведения, так и кратковременных аффективных реакций. Устойчивые паттерны поведения наблюдаются на протяжении всего времени пребывания на ПЛ и «угасают» в период, предшествующий заседанию врачебной комиссии по выписке, либо при реальной угрозе возможного усиления режима наблюдения. Острые «ситуационно-спровоцированные» реакции, в основном реакции «протеста и отказа», «аутоагрессия», «эмансипация» отмечаются в первые недели госпитализации (период адаптации) и непосредственно после заседания врачебной комиссии в случае, если не было принято решение о выписке пациента [1, 2, 6, 8]. Все факторы внутрибольничной агрессии можно отнести к внешним и внутренним характеристикам самих пациентов (рис. 1).

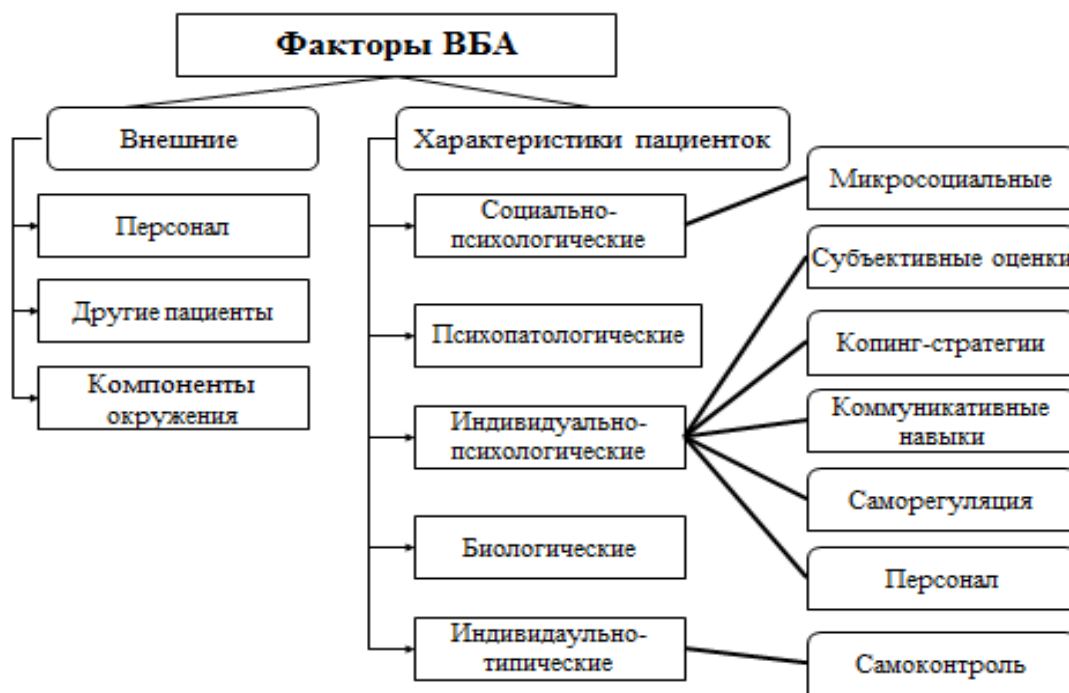


Рис. 1. Структурная модель факторов риска внутрибольничной агрессии

Среди внешних факторов следует учитывать характеристики персонала (установки в отношении больных, коммуникативные навыки, уровень профессиональной подготовки в сфере управления агрессией), характеристики других пациентов и компонентов окружения (размер и наполненность больничных отделений, терапевтическая среда, политика дисциплинарных воздействий и др.). Среди характеристик пациенток можно выделить психопатологические, биологические, индивидуально-психологические (субъективные оценки, саморегуляция, копинг-стратегии, коммуникативные навыки, агрессивность), индивидно-типические (самоконтроль) и социально-психологические (микросоциальные) факторы.

Ниже представлена использованная в исследовании при анализе внутрибольничной агрессии схема разделения всех инцидентов на этапе стационарного принудительного лечения (рис. 2).



Рис 2. Схема инцидентов на этапе стационарного принудительного лечения

Идентификация факторов и предикторов агрессивного поведения пациентов судебно-психиатрических стационаров необходима для осуществления дифференцированных превентивных мероприятий в стационаре и создания соответствующих коррекционных программ [3, 6].

**Материал и методы исследования.** В основную группу было включено 918 пациентов, находившихся на принудительном лечении в 2004–2014 гг. (средний возраст – 39,9±11,3 лет, соотношение мужчин и женщин – 2,3:1).

Помимо стандартного патопсихологического обследования познавательных процессов (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, А.Б. Холмогорова) и психологического анализа заключений экспертных комиссий применялись специфические методики. Для проведения исследования была разработана карта исследования, состоящая из 253 пунктов, которая включает в себя несколько блоков (социально-демографический, клиничко-динамический, клиничко-криминологический, социально-психологический, патопсихологический). В качестве источника сведений о пациентах использовались: истории болезни пациентов, журналы ведения психокоррекционной работы.

Методический комплекс включал: опросник «Стили саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова, Л.А. Соколова, 1989); опросник «Самоотношение» (В.В. Столин, С.Р. Пантеев, 1988); методику изучения самоконтроля (Г.Грасик, 1993); опросник А. Басса и М. Пери (адаптация С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского, 2007); опросник COPE (С.С. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub, 1989); тест эмоционального интеллекта (Н. Холл, 1990); методика диагностики субъективных оценок различных аспектов принудительного лечения (В.Г.

Булыгина, Т.Н. Кабанова, 2011); самоотчет имеющихся проблем в социальном функционировании (СиСОП); симптоматический опросник SCL-90 L. (Derogatis, 1983).

Статистический анализ данных включал: описательные статистики и частотный анализ; t-критерий Стьюдента, сравнение групп с использованием U-критерий Манн-Whitney для независимых выборок; анализ таблиц сопряженности с использованием критерия  $\chi^2$ . Анализ производился с помощью статистического пакета SPSS 21.0 и Microsoft Office Excel 2010.

**Результаты исследования.** Обобщенную выборку лиц, реализующих *вербальную форму агрессии* в стационаре, значимо отличал высокий общий показатель агрессивности (0,046), «сцепленность» процессов саморегуляции (0,010), восприятие наличия эмоциональной поддержки от семьи (0,008), значительная субъективная представленность симптомов соматического неблагополучия (0,004), низкий уровень психотизма (0,030).

Пациентов, реализующих *физическую агрессию*, отличают низкий самоконтроль со склонностью к риску (0,021), раздражительностью (0,003), предпочтение физической активности (0,011) и простых задач (0,039), эгоцентризм (0,001); отсутствие в субъективном восприятии поддержки со стороны семьи (0,000) и значимых других (0,001), при низкой представленности симптомов, связанных с паранойяльными тенденциями (0,029).

Психически больных *мужчин, реализующих вербальную агрессию*, значимо отличали такие анамнестические переменные, как бессистемные родительские практики (0,02), конфликтные (0,002) и враждебные (0,004) отношения в семье; школьная дезадаптация, сопровождавшаяся конфликтами со сверстниками (0,013) и учителями (0,006). Вместе с тем была выявлена достаточная представленность среди такой категории пациентов лиц с незаконченным высшим образованием (0,03). Среди клинических переменных – экзогении в виде неоднократных черепно-мозговых травм, зависимость от алкоголя и ПАВ (0,009). Преобладали лица с диагнозом шизофрения.

Среди патопсихологических переменных эту группу отличал удовлетворительный уровень развития познавательной сферы (0,025), субъективность (0,02), своеобразность ассоциативной сферы (0,02), нарушения мотивационного аспекта мыслительной деятельности в виде резонерства (0,001).

Среди психологических переменных было выявлено сочетание высокого общего показателя агрессивности и подозрительности; дисгармоничность профиля саморегуляции (0,046), а также представленность симптомов соматического неблагополучия (0,024) при восприятии поддержки от членов семьи (0,001) и друзей (0,005). Среди субъективно значимых проблем было заявлено отсутствие партнера (0,035). На этапе стационарного ПЛ аффективные колебания были детерминированы коммуникациями с медицинским персоналом (0,045).

Психически больных *лиц мужского пола, реализующих физическую агрессию*, отличали такие преобидные особенности, как: наличие грубого физического насилия в детстве и подростковом возрасте (0,001), конформность, зависимость от других как патохарактерологические черты (0,01). В морбидном периоде эту группу лиц характеризовал низкий образовательный уровень (0,03). Среди них преобладали лица с органическим психическим расстройством (0,004), из негативной симптоматики был выражен психастенический дефект (0,04). Значимо чаще характером совершенного ООД были

корыстные деликты с насилием (0,045). В отделении отмечалось установочное поведение в виде социальной желательности заявлений (0,03).

Патопсихологический профиль характеризовался низким уровнем познавательной сферы (0,025), ограниченным объемом знаний и сведений (0,02), выраженным снижением уровня обобщения (0,009). Психически больных мужчин, проявляющих физическую агрессию в стационаре, значимо отличали следующие индивидуально-психологические характеристики: низкий самоконтроль с высоким уровнем раздражительности (0,04), эгоцентризм (0,009); представленность среди доставляющих дискомфорт симптомов паранойяльности (0,009) и психотизма (0,018).

Группу *пациенток, проявляющих вербальную агрессию* в стационаре, значимо отличало воспитание в дисфункциональной семье (0,02), неоднократное физическое насилие (0,033), сексуальное насилие в возрасте от 10 до 13 лет (0,003). В школьный период они конфликтовали с учителями из-за учебы. В анамнезе были зафиксированы неоднократные черепно-мозговые травмы, злоупотребление алкоголем. Значимо чаще встречались лица с достаточно высоким образовательным уровнем (0,003), трудовым стажем более года, имеющие брачного или интимного партнера.

Этих пациенток отличало неоднократное привлечение к уголовной ответственности, отбывание наказания в местах лишения свободы; разнородность характера совершенных ООД (от имущественных до агрессивно-насильственных); направленность агрессии на ближайшее окружение.

При патопсихологическом обследовании отмечалась обучаемость (0,005) в сочетании с лабильностью мышления (0,023). Среди индивидуально-психологических характеристик данную группу отличала ситуационная обусловленность реагирования (высокие показатели гибкости) в сочетании с несвязанностью между собой этапов саморегуляции (высокие показатели самостоятельности). Пациентки были склонны использовать копинг-стратегии в виде эмоциональной поддержки, употребления ПАВ, использования юмора и поведенческого избегания. Процесс самоконтроля отличало предпочтение простых задач. Данную группу больных характеризовало восприятие социальной поддержки от семьи (0,002), значимых других (0,013), друзей (0,004), а также высокие показатели самооценности в самоотношении (0,034).

Психически больные *женщины, реализующие физическую агрессию* в стационаре, значимо чаще являлись воспитанницами детских домов. В случае проживания в семье, отношение родителей было безразличное, эмоционально холодное (0,018). Пациентки подвергались сексуальному насилию в детстве (0,033). В школьный период конфликтовали с учителями из-за поведения, имели плохую успеваемость, испытывали унижения со стороны сверстников (0,001). Среди патохарактерологических черт преобладали мнительность (0,023), конформность, зависимость от других (0,027).

Их отличали такие социально-клинические переменные, как неполное среднее образование (0,007), инвалидность по психическому заболеванию, отсутствие брака и трудового стажа, а также отсутствие зависимости от алкоголя.

Патопсихологический профиль характеризовался низким уровнем познавательной сферы (0,033), ограниченным объемом знаний и сведений (0,004) и способностью ориентироваться в практических и бытовых ситуациях (0,038), низкой обучаемостью

(0,005). Отмечались снижение уровня когнитивного функционирования, снижение активности (0,047) и инертность психических процессов(0,004), трудности понимания условного смысла (0,019), выраженное снижение уровня обобщения (0,027), аффективная обусловленность суждений (0,007). Нарушение критичности в широком смысле (0,019).

Среди индивидуально-психологических особенностей значимо чаще встречалась эмоциональная неустойчивость в сочетании с враждебностью (0,003) и паранойяльностью (0,004); использование копинг-стратегий планирования совладания и более развитая способность к программированию своей деятельности; низкий самоконтроль с преобладанием эгоцентризма (0,009) и раздражительности (0,004).

Предикторы физической агрессии представлены в табл. 1.

Универсальными предикторами физической агрессии являются: низкий самоконтроль с предпочтением физической активности, простых задач, со склонностью к риску и раздражительностью, отсутствие эмоциональной поддержки.

С учетом гендерной принадлежности среди предикторов риска физической агрессии в стационаре для мужчин были выделены травматичный опыт в виде физического насилия в семье, низкий образовательный уровень, нарушения операциональной стороны мышления, характер пошлых ООД – корыстные без насилия. Для женщин – семейная дисфункция и школьная дезадаптация, травматический опыт в виде сексуального насилия в детстве, низкий трудовой и maritalный статус, такие патохарактерологические черты, как эмоциональная неустойчивость, подозрительность, инертность мыслительных процессов, трудности понимания условных смыслов и аффективная логика суждений

Таблица 1

**Факторы физической агрессии в стационаре**

Факторы обследованных	классификации	Универсальные	Нозология		Гендер	
			ПР			
<b>Социально-психологические</b>						
Патогенное влияние родительской семьи	Эмоционально холодные – отец	-	-	-	-	+
	Эмоционально холодные – мать	-	-	-	-	+
Школьная дезадаптация	Унижения ровесниками	-	-	-	-	+
	Конфликты с учителями	-	-	-	-	+
Травматический опыт	Физическое насилие	-	-	-	+	

	Сексуальное насилие	-	-	-	-	+
Образовательный уровень	Низкий	-	-	-	+	+
Трудовой статус	Низкий	-	-	-	-	+
Маритальный статус	Низкий	-	-	-	-	+
<b>Клиничко-психопатологические</b>						
Патохарактерологические черты	Эмоциональная неустойчивость	-	-	-	-	+
	Эксплозивность	-	-	-	-	-
	Подозрительность	-	-	+	-	+
	Конформность, зависимость	-	-	-	+	-
Негативная симптоматика	Психастенический дефект	-	-	-	+	-
Дискомфорт от симпт.	Психотицизм, паранойяльность	-	-	+	+	-
Нарушение критики	К ООД	-	-	-	-	+
<b>Патопсихологические</b>						
Объем сведений и знаний	Низкий	-	-	-	+	+
	Достаточный	-	-	-	+	+
Обучаемость	Низкая	-	-	-	+	+
Ориентировка в практических ситуациях	Низкая	-	-	-	+	+
Динамический аспект	Инертность	-	-	-	-	+
Трудности понимания условных смыслов		-	-	-	-	+
Аффективная логика суждений		-	-	-	-	+
Операциональный аспект мышления	Нарушения	-	-	-	+	+



<b>Психологические</b>						
Самоконтроль	Эгоцентризм	-	+	-	+	+
	Предпочтение физической активности	+	-	-	-	-
	Предпочтение простых задач	+	-	-	-	-
	Склонность к риску	+	-	-	-	-
	Раздражительность	+	-	-	+	+
Восприятие социальной поддержки	Нехватка поддержки	+	+	-	+	-
Составляющие конструкта агрессии	Интеллектуальная	-	-	-	-	+
<b>Социально-клинические</b>						
Характер ООД	Корыстные с насилием	-	-	-	+	-

*Примечание:* «+» – присутствие фактора, «-» – отсутствие фактора; «м» - мужчины, «ж» - женщины

Психически больных женщин отличал достаточный объем сведений и знаний при снижении темпа умственной деятельности, выраженность аффективной составляющей в конструкте агрессии, использование как активных, так и пассивных копинг-стратегий. Группу мужчин – низкий уровень когнитивного функционирования, эгоцентризм в структуре самоконтроля, высокий уровень внутренней конфликтности в самоотношении, низкий уровень эмпатии, неразвитые навыки межличностного взаимодействия, преобладание агрессивности в коммуникациях в сочетании с активными стратегиями совладания.

### **Заключение**

Универсальными факторами вербальной агрессии в стационаре являются системные нарушения у пациентов процесса саморегуляции в виде «сцепленности» этапов между собой, выраженность в структуре самоконтроля эгоцентризма и всех составляющих конструкта агрессии при отсутствии социальной эмоциональной поддержки.

Универсальными предикторами физической агрессии являются: низкий самоконтроль с предпочтением физической активности, выбора простых задач, склонностью к риску, раздражительность и отсутствие эмоциональной поддержки.

С учетом гендерной принадлежности среди предикторов риска физической агрессии в стационаре для мужчин были выделены травматичный опыт в виде физического насилия в семье, низкий образовательный уровень, нарушения операциональной стороны

мышления. Для женщин – семейная дисфункция и школьная дезадаптация, травматический опыт в виде сексуального насилия в детстве, низкий трудовой и maritalный статус, а также такие патохарактерологические черты, как эмоциональная неустойчивость, подозрительность, инертность мыслительных процессов, трудности понимания условных смыслов и аффективная логика суждений.

### **Выводы**

Вид реализуемой агрессии у женщин значимо чаще сопряжен с клиничко-социальными и патопсихологическими характеристиками: эмоциональной неустойчивостью, усвоенной в детском и подростковом периоде поведенческой моделью агрессии и выраженностью враждебности и подозрительности; инертностью мыслительных процессов в сочетании с низким уровнем когнитивного функционирования и нарушением критичности в широком смысле. У мужчин – с эмоциональной и личностной деформацией, отмечаемой до начала болезненного процесса, снижением когнитивного функционирования и неразвитостью всех звеньев регуляции поведения, высоким уровнем агрессивности в общении, внутренней конфликтностью в сочетании с ригидностью Я-концепции.

Оценка факторов риска внутрибольничной агрессии является самостоятельной психодиагностической работой, которая должна быть обеспечена специальными инструментами, направленными на изучение индивидуально-психологических характеристик регуляции поведения, стратегий совладания, коммуникативных установок и составляющих конструкта агрессии, а также субъективных оценок социального функционирования в стационаре.

### **Литература**

1. Берсенева Ю.А. Внутрибольничное агрессивное поведение психически больных (аналитический обзор). Сообщение 1 // Российский психиатрический журнал. 2009. № 5. С.17–22.
2. Берсенева Ю.А. Прогнозирование внутрибольничного агрессивного поведения психически больных (научный обзор). Сообщение 2. // Российский психиатрический журнал. 2009. № 6. С.4–11.
3. Булыгина В.Г. Внутрибольничная агрессия у психически больных: методические рекомендации. М., 2010. 24 с.
4. Булыгина В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С.1–10.
5. Булыгина В.Г., Макурина А.П. Клиничко-социальные и патопсихологические предикторы агрессии женщин в психиатрическом стационаре (часть 1) // Психическое здоровье. 2014. № 8. – С.50–55.

6. Булыгина В.Г., Макурина А.П. Клиничко-социальные и патопсихологические предикторы агрессии женщин в психиатрическом стационаре (часть 2) // Психическое здоровье. 2014. № 10. С.40–50.
7. Голенков А.В. Агрессивные действия психически больных в стационаре: диагностика, стандарты ухода и наблюдения // Медицинская сестра. 2012. № 6. С. 23–25.
8. Казаковцев Б.А., Букреев Н.В., Булыгина В.Г., Малкин Д.А. Проблемы профилактики повторных общественно опасных действий психически больных // Судебная психиатрия. Профилактика противоправного поведения лиц с психическими расстройствами / Под ред. В.В. Вандыша. Москва, 2011. С. 100–109.
9. Киприн П.В. Агрессивные действия психически больных внутри психического стационара // Российский психиатрический журнал. 2001. № 6. С. 28–32.
10. Макушкина О.А., Голланд В.Б., Яхимович Л.А. Значение мер медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных // Российский психиатрический журнал. 2013. № 4. С. 20–26.
11. Cleary M., Hunt G.E., Matheson S.L., Siegfried N. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance abuse // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007 Issue 4.
12. Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P. Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons With Mental Disorders // Psychiatr Serv. 2005. Vol. 56. P. 810–815.
13. Mullin S. Does executive functioning predict improvement in offenders' behavior following enhanced thinking skills training? An exploratory study with implications for rehabilitation // Legal and Criminological Psychology. 2007. Vol. 12. P.117–131.
14. Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J. et al. A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes // Schizophrenia Research. 2001. Vol. 50. – P. 105–119.

# Psychological, clinical and social characteristics of patients implementing different types of aggression in the hospital (gender aspect)

**Bulygina V.G.**, PhD in Clinical psychology, the head of the Laboratory of psychological problems forensic psychiatry prevention FGBU «FMIS Psychiatry and Narcology» MHC RF (*ver210@yandex.ru*)

**Berezkin A. S.**, PhD in Psychiatry, Head doctor of FCU «Psychiatric hospital №5» (*asberezkin@yandex.ru*)

**Kozlov T. N.**, PhD in Psychiatry, Deputy chief physician *ца еру* FCU «Psychiatric hospital No. 5» (*tnkozlov@rambler.ru*)

**Makurina A. P.**, researcher of the Laboratory of psychological problems of forensic psychiatric prevention of the FGBU «FMIS Psychiatry and Narcology» MHC RF (*anyaplyakina@yandex.ru*)

---

Results of the comparative analysis of clinical, social and psycho-pathological predictors of violations of the regime requirements, physical and verbal aggression among mentally ill women and men during the compulsory treatment are presented. It is revealed that the type of aggression in women sample significantly more frequently associated with clinical and social and pathopsychological characteristics: emotional unstable stew, learned in childhood and adolescence behavioral model of aggression and the severity of hostility and suspicion; the inertia of mental processes combined with low level of the cognitive functioning and a violation of insight in a broad sense. Among men – with the emotional and personal deformation, which were revealed before the beginning of illness, the decline in cognitive functioning and undeveloped links in the regulation of behavior, high level of aggressiveness in communication, internal conflict combined with the rigidity of self-concept. The authors concluded that assessment of risk factors from hospital-acquired aggression is an independent psycho-diagnostic work that needs to be provided with special tools, aimed whilst on the study of individual psychological characteristics of the regulation of behavior, strategies coping, communication installations and the treats of the aggression, as well as subjective ratings of social functioning in the hospital.

**Keywords:** socially dangerous acts, compulsory treatment, physical and verbal aggression.

---

## References

1. *Berseneva Ju.A.* Vnutribol'nichnoe agressivnoe povedenie psihicheski bol'nyh (analiticheskij obzor). Soobshhenie 1 // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – M., 2009. – №5. – S.17-22.
2. *Berseneva Ju.A.* Prognozirovanie vnutribol'nichnogo agressivnogo povedenija psihicheski bol'nyh (nauchnyj obzor). Soobshhenie 2. // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2009. – №6. – S.4-11
3. *Bulygina V.G.* Vnutribol'nichnaja agressija u psihicheski bol'nyh: Metodicheskie rekomendacii. – M., 2010. – 24 s.
4. *Bulygina V.G.* Izmerenie riskov nasilija v sudebnoj psihiatrii // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2011. – №1. – S.1-10. Bulygina V.G., Makurina A.P. Kliniko-social'nye i patopsihologicheskie prediktory agressii zhenshin v psihiatricheskom stacionare (chast' 1) // Psihicheskoe zdorov'e. – 2014. – №8. – S.50-55.
5. *Bulygina V.G., Makurina A.P.* Kliniko-social'nye i patopsihologicheskie prediktory agressii zhenshin v psihiatricheskom stacionare (chast' 2) // Psihicheskoe zdorov'e. – 2014. – №10. – S.40-50.
6. *Golenkov A.V.* Agressivnye dejstvija psihicheski bol'nyh v stacionare: dia-gnostika, standarty uhoda i nabljudenija // Medicinskaja sestra. – 2012. – № 6. – S. 23–25.
7. *Kazakovcev B.A., Bukreev N.V., Bulygina V.G., Malkin D.A.* Problemy profilaktiki povtornyh obshhestvennoj opasnyh dejstvij psihicheski bol'nyh // Sudebnaja psihiatrija. Profilaktika protivopravnogo povedenija lic s psihicheskimi rasstrojstvami / Pod red. V. V. Vandysha. Moskva, 2011. – S. 100-109.
8. *Kiprin P.V.* Agressivnye dejstvija psihicheski bol'nyh vnutri psihicheskogo stacionara // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2001. – № 6. – S. 28-32.
9. *Makushkina O.A., Golland V.B., Jahimovich L.A.* Znachenie mer medicinskogo haraktera v sisteme profilaktiki obshhestvenno opasnyh dejstvij psihicheski bol'nyh // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2013. – № 4. – S. 20-26.
10. *Cleary M., Hunt G.E., Matheson S.L., Siegfried N.* Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance abuse // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007 – Issue 4.
11. *Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.* Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons With Mental Disorders // Psychiatr Serv. – 2005. – V.56. – P.810-815.

12. *Mullin S.* Does executive functioning predict improvement in offenders' behaviour following enhanced thinking skills training? An exploratory study with implications for rehabilitation // *Legal and Criminological Psychology.* – 2007. –V.12. – P.117-131.
13. *Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J. et al.* A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes // *Schizophrenia Research.* – 2001. – Vol.50. – P.105-119.