

Клинико-социальные и патопсихологические факторы риска внутрибольничной агрессии у различных категорий больных

В.Г. Булыгина,

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

Т.А. Кабанова,

младший научный сотрудник, лаборатория психологических проблем судебно-психиатрической профилактики Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва, Россия, tatianak0607@yandex.ru

Д.А. Кузнецов,

врач-психиатр психиатрической больницы № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия, reflexion_light@mail.ru

В представленном исследовании впервые были выделены факторы риска внутрибольничной агрессии у различных категорий психически больных в зависимости от нозологической и гендерной принадлежности. Проанализированы данные о 275 психически больных, совершивших общественно опасные деяния, признанных невменяемыми и направленных на стационарное принудительное лечение. Выделены общие социально-демографические и психологические факторы внутрибольничной агрессии у психически больных лиц мужского пола вне зависимости от нозологической принадлежности. Отдельно выделены факторы риска внутрибольничной агрессии у больных шизофренией и с органическим психическим расстройством в зависимости от гендерной принадлежности. Дифференцированы факторы риска нарушения режимных требований в первые шесть месяцев принудительного лечения и на протяжении всего стационарного лечения. Контроль и учет всех факторов риска внутрибольничной агрессии способен привести к повышению уровня безопасности и снижению случаев агрессии.

Ключевые слова: внутрибольничная агрессия, факторы риска агрессии, агрессия у психически больных.

Для цитаты:

Богданович Н.В., Чернушевич В.А. Деятельностная модель юридического психолога [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. №4. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Buligina_Kabanova_Kunetsov.phtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

Bogdanovich N.V. Chernushevich V.A. The activity model of legal psychologist. Jelektronnyj resurs «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru», E-journal «Psychological Science and Education psyedu.ru», 2013. no. 4. Available at: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Buligina_Kabanova_Kunetsov.phtml (Accessed dd.mm.yyyu)

Практика и исследования последних лет продемонстрировали, что инциденты или нарушения режимных требований во время принудительного лечения (ПЛ) не могут быть спрогнозированы на основании тех же самых критериев, которые используются для прогноза повторных случаев антисоциального поведения уже после прекращения ПЛ [1; 2; 3; 4; 8].

Кроме того, способность больных справляться с агрессивными импульсами зависит не только от сочетания их индивидуально-психологических характеристик и текущего клинического состояния. Сами пациенты считают, что внешние факторы более важны в сдерживании их поведения в стационаре [6].

Наиболее распространенной формой внутрибольничной агрессии является физическая агрессия, и чаще всего объектом агрессии становятся другие люди. В большинстве случаев агрессия является результатом конфликта пациента с персоналом или другими пациентами. Наиболее частым объектом нападений оказывается младший медицинский персонал.

Развитие конфликтной ситуации может занимать от нескольких секунд до нескольких часов. В ходе развития конфликта происходит усиление эмоционального возбуждения пациента. Как правило, агрессии предшествуют события и особенности поведения пациента, которые можно идентифицировать в качестве ее предвестников.

Типичные ситуации, ведущие к нападениям на персонал:

- пациент возбужден, персонал осуществляет вмешательства (пытается успокоить пациента, делает замечание и т. п.);
- персонал просит что-то сделать пациента (принять лекарство, снять одежду и т. п.);
- персонал пытается пресечь какие-либо действия пациента (побег, приставания к другим пациентам и т. п.);
- пациент обращается с просьбой к персоналу (дать лекарства, сигареты и т. п.), а персонал отказывает;
- персонал пытается урегулировать конфликт между пациентами;
- пациент, находящийся в психотическом состоянии, неверно воспринимает действия и слова персонала.

С точки зрения *пространственной локализации* большинство эпизодов внутрибольничной агрессии происходит в помещениях для персонала либо недалеко от входа в отделение или в дневных помещениях. В этих местах осуществляется взаимодействие между персоналом, пациентами и посетителями. Люди здесь находятся в непосредственной близости друг от друга, и конфликты могут «разрастаться» из «нормальных» контактов (например, из просьбы о медикаментах).

С точки зрения *временной организации* большинство случаев агрессии происходит в первые дни после поступления в лечебное учреждение.

Кроме того, ситуации внутрибольничной агрессии (а также управление ими) можно рассматривать в качестве *продукта взаимодействия между несколькими переменными*. Эти переменные включают в себя: характеристики пациента (например, психопатологию, пол, возраст); компоненты окружения (например, размер и наполненность больничных отделений, общее окружение); факторы взаимодействия (например, аверсивную стимуляцию или провокацию); переменные, связанные с персоналом (например, установки и уровень профессиональной подготовки в сфере управления агрессией).

Подавляющая часть современных исследований, посвященных проблеме внутрибольничной агрессии, базируется на изучении психопатологии и агрессивных характеристик самого пациента, зачастую игнорируя характеристики жертвы и ситуации в целом.

Вместе с тем, лишь малая часть агрессивного поведения больных непосредственно связана с психопатологическими симптомами. Большую часть агрессивных поступков, совершаемых лицами с психическими расстройствами, можно объяснить психологическими мотивами, когда психические нарушения оказывают лишь неспецифический растормаживающий эффект.

В связи с недостаточной изученностью и дифференциацией психологических факторов риска внутрибольничной агрессии в зависимости от нозологической и гендерной принадлежности нами было проведено комплексное клинико-психологическое исследование различных категорий пациентов.

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

В соответствии с поставленной целью исследования были изучены 275 человек *основной группы*, совершивших ООД и признанных СПЭК невменяемыми, которых, согласно постановлению суда, направили на стационарное принудительное лечение (ПЛ) в психиатрический стационар общего и специализированного типов психиатрической больницы № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы. Из них 65 % больных – лица мужского пола, 35 % – женского пола. Внутри каждой из групп пациентов мужского и женского пола примерно поровну было больных с диагнозами шизофрения (F20.0 – параноидная, F21.4 – психопатоподобная) и органическое психическое расстройство (F06 – другие психические расстройства, F07 – органическое расстройство личности). Также были обследованы 35 мужчин с диагнозом эпилепсия.

Группа сравнения состояла из 40 женщин и 40 мужчин, не совершавших правонарушение. Внутри каждой из групп поровну были представлены диагнозы шизофрения и органическое психическое расстройство. Больные группы сравнения находились на стационарном лечении в Московской клинической больнице № 1 и Областной психиатрической больнице № 2.

Методический комплекс. Он включал в себя следующие инструменты: Методика изучения стилевых особенностей саморегуляции (В.И. Моросанова, 1998); Опросник самоконтроля (H.G. Grasmic, 1993, в адаптации В.Г. Булыгиной, 2008); Восприятие социальной поддержки (D. Zimet, 1988, в адаптации В.М. Ялтонского, Н.А. Сироты); Методика самоотчета SCL-90 (L.R. Derogatis, 1974); Индикатор стратегий преодоления эмоционального стресса (ИСПЭС; Д. Амирхан, 1998, адаптация В.М. Ялтонского, Н.А. Сироты); Методика определения уровня эмоционального интеллекта (Н. Холл); Самоотчет «Самооценка» (при заполнении которого больные должны были отметить, какие из перечисленных особенностей их социального функционирования представляют для них проблему и связана ли указанная проблема с противоправным поведением), Личностный опросник агрессивности Басса-Перри; Методика исследования самооотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантлеев, 1988). Кроме того все пациенты были подвергнуты стандартному патопсихологическому исследованию.

Статистическая обработка. Для качественных данных использовались описательная (дескриптивная) статистика, частотный анализ, анализ таблиц сопряженности, биномиальный тест, вычисление критериев Фишера по Гублеру, дискриминантный анализ. Для метрических методик применялись: Т-критерий Стьюдента; дисперсионный однофакторный анализ; К-минз процедура; иерархически кластерный, линейный регрессионный анализ.

Анализ производился с помощью статистических пакетов SPSS-10.05 и Statistika-17.0.

Обсуждение результатов исследования

Необходимо отметить, что нарушения режима могут быть проявлением как стойких особенностей поведения, так и кратковременных аффективных реакций. Стойкие особенности 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.

Были выделены *общие факторы* внутрибольничной агрессии у психически больных мужчин вне зависимости от *нозологической принадлежности*.

Социально-демографические: молодой возраст начала совершения насильственных действий; агрессивное поведение в анамнезе; враждебное отношение родителей в детском и подростковом периоде развития; невысокий образовательный уровень; неблагополучный брачный статус, психологическое, физическое и сексуальное насилие в детстве.

Психологические: эксплозивность и/или импульсивность как характерологические особенности или проявления расстройства личности соответствующего типа; коммуникативные расстройства; проблемы управления гневом; низкие показатели уступчивости; нехватка личной/социальной поддержки; пережитый недавно стресс, особенно потеря или угроза потери; подозрительность; убежденность в наличии права на безнаказанность; агрессивность в общении; внутренняя конфликтность самоотношения; низкий уровень эмпатии; низкий интеллект.

Далее были выделены **факторы риска** внутрибольничной агрессии у **больных шизофренией мужчин**.

Следует отметить, что психопатологический фактор является наиболее динамичной переменной. Приоритетность его роли в системе факторов риска ООД и внутрибольничной агрессии возрастает по мере углубления тяжести психотических расстройств. При менее глубоких (психопатоподобных) нарушениях ведущую роль в агрессивных поступках больных шизофренией играют негативные социально-личностные ориентации больных, которые являются наиболее стабильными факторами как рецидива ООД, так и внутрибольничной агрессии.

Социально-клинические: неблагополучный брачный статус; невысокий образовательный уровень; низкий уровень трудовой квалификации; асоциальная ориентация в преморбидном периоде; склонность к аутоагрессивным действиям до начала заболевания; наличие многократных парасуицидов в анамнезе по шантажно-демонстративному механизму; недоброжелательное, агрессивное отношение к медицинскому персоналу и больным; отсутствие критики к совершенному ООД.

Больных шизофренией мужчин, нарушающих режимные требования *в первые 6 месяцев* ПЛ, отличала: астеничность как патохарактерологическая особенность; дисгармоничный профиль самоотношения с одновременно низким самопринятием, внутренней конфликтностью и самообвинением. *Социальный анамнез* характеризовался: проживанием вместе с женой, родителями и детьми; гармоничными отношениями в семье в детском и подростковом периоде; сексуальным насилием сторонними лицами в 6–9-летнем возрасте.

У мужчин с **органическим психическим расстройством** были выявлены следующие **факторы риска** внутрибольничной агрессии.

Социально-психологические: воспитание в детском и подростковом периоде развития в неполной семье, наличие фрустрирующих обстоятельств и особенно условий безнадзорности на этапе незавершенного онтогенеза; эмоционально холодные и враждебные отношения с матерью; расстройства поведения в подростковом возрасте; семейная дезадаптация (отсутствие контакта с родственниками); материально-бытовая неустроенность (отсутствие определенного места жительства, постоянного места работы); низкий образовательный уровень; разрыв между образовательным уровнем и реальной занятостью; неоднократное привлечение к уголовной ответственности.

Патопсихологические: ослабление критики к своему поведению; повышенная возбудимость; внушаемость; эмоциональная неустойчивость; интеллектуальная несостоятельность; недостаточная способность ориентироваться в практических и житейских ситуациях; нарушение динамического аспекта познавательных процессов; инертность мышления;

Нарушавших режимные требования в *первые 6 месяцев* ПЛ отличали: алкоголизации и наркотизация; астеничность как индивидуально-психологическая особенность; грубое физическое насилие в детском и подростковом возрасте; низкие показатели агрессивности; дисгармоничное самоотношение в виде сочетания низкого самопринятия и внутренней конфликтности, самообвинения.

Нарушавших режимные требования *весь срок* ПЛ отличали: ригидность самоотношения; устойчивость асоциальных установок.

Следующим этапом анализа полученных данных было выделение **факторов риска** внутрибольничной агрессии у **женщин с психическими расстройствами**.

За нарушения режима у женщин «отвечают» в большей степени социально-психологические факторы, в частности, история насилия в семье и юности. Непосредственно психопатологические переменные и криминальный анамнез не являются определяющими для предсказания того, будут ли женщины проявлять физическую агрессию во время принудительного лечения в стационаре или нет.

Социально-психологические: воспитание до 16 лет родным отцом и мачехой; эмоционально холодные и безразличные отношения с матерью; враждебные отношения с отцом, который являлся объектом агрессивного поведения пациента; постоянные унижения со стороны сверстников в школьные годы; школьная неуспеваемость; сексуальное насилие в возрасте 10–12 лет; грубое физическое насилие на протяжении длительного периода времени (не менее 1 года) в детском и подростковом периодах; длительная алкоголизация в анамнезе; отсутствие каких-либо контактов с родственниками во время пребывания в стационаре.

Патопсихологические: снижение морально-этических установок; когнитивная недостаточность (снижение уровня обобщения, трудности оперирования переносными смыслами).

Были выявлены следующие **факторы риска** внутрибольничной агрессии у **женщин, больных шизофренией**.

Социально-психологические: задержка физического развития в ранний период; экзогении (повторные черепно-мозговые травмы); враждебное отношение со стороны родителей; моральное и физическое насилие со стороны отца; неуспеваемость в школе; конфликты с учителями из-за учебы; пропуски занятий, ранний возраст начала менструального цикла; сексуальное насилие в возрасте 10–12 лет; отсутствие брака в течение жизни.

Патопсихологические: сниженный объем внимания; конкретность и субъективизм в ассоциативной сфере; отсутствие своеобразности и разноплановости в мыслительной сфере; инертность мышления; обусловленность расстройств мышления аффективными нарушениями.

Женщины, больные шизофренией, нарушавшие режимные требования *в первые 6 месяцев* ПЛ отличались следующими характеристиками.

Социально-психологические: синдром двигательной гиперактивности в анамнезе; экзогении в виде повторных черепно-мозговых травм; пропуски занятий в школе при достаточной академической успеваемости; систематическое сексуальное насилие в возрасте 10–16 лет третьими лицами; синдром зависимости от алкоголя в течение жизни; аутоагрессия по механизму самонаказания в анамнезе; отбывание наказания в местах лишения свободы.

Больные шизофренией женщины, нарушавшие режимные требования в течение *всего* ПЛ, отличались следующими характеристиками.

Социально-психологические: достаточная и высокая академическая успеваемость; враждебные отношения с родителями; физическое и моральное насилие; систематическое грубое физическое и сексуальное насилие в детском и подростковом возрасте, часто со стороны близких родственников; конфликтные отношения и отвержение сверстников; ранние сроки начала первой менструации в анамнезе; достаточный или высокий образовательный статус; трудовой стаж более 3 лет; криминальный анамнез; эпизоды аутоагрессии по механизму самонаказания в течение жизни; безразличное отношение к собственным детям; многочисленные эпизоды аутоагрессии во время ПЛ; сексуальное влечение к дефектным пациентам в виде сожительства в роли «мужа»; физическая агрессия в отношении как дефектных, так и асоциальных пациентов во время ПЛ.

Патопсихологические: синдром двигательной гиперактивности в раннем периоде развития; аффективная неустойчивость; возбудимые черты личности в преморбидном периоде; общее снижение когнитивных функций и их динамического аспекта.

Нарушавших режимные требования *весь срок* ПЛ отличала дефектность такого этапа саморегуляции, как планирование.

Далее были выявлены **факторы риска** внутрибольничной агрессии у женщин, **больных ОНР**.

Социально-психологические: обучение во вспомогательной школе; эмоционально холодные отношения с отцом в детском периоде развития; девиантное поведение начиная с подросткового возраста; сексуальное насилие со стороны третьих лиц в позднем пубертате; вербальная агрессия в условиях режима отделения; физическая агрессия по отношению к дефектным и ослабленным больным во время ПЛ; вербальная и физическая агрессия по отношению к асоциальным пациентам.

Патопсихологические: возбудимые черты личности; дефицит высших эмоций.

Больные ОНР женщины, нарушавшие режимные требования *в первые 6 месяцев* ПЛ, отличались следующими характеристиками.

Социально-психологические: в акушерско-гинекологическом анамнезе – нарушение менструального цикла.

Патопсихологические: астеничность как патохарактерологическая черта в течение жизни; нарушение операционального аспекта мышления в виде осуществления основных мыслительных операций по субъективно-эмоциональным основаниям.

Больных ОНР женщин, нарушавших режимные требования *в течение всего* ПЛ, отличали следующие характеристики.

Социально-психологические: обучение во вспомогательной школе; безразличные, эмоционально холодные отношения с отцом в детском и подростковом периоде; частые конфликты со сверстниками в школьные годы; расстройства поведения; сексуальное насилие третьим лицом в 16–18-летнем возрасте; отсутствие трудового стажа.

Патопсихологические: дефектность такого этапа саморегуляции, как планирование; неспособность контролировать аффект; низкие показатели способности к управлению своими эмоциями; отсутствие среди воспринимаемой социальной поддержки членов семьи.

Отдельно были проанализированы данные исследования и выделены **факторы риска** внутрибольничной агрессии у больных *эпилепсией мужского пола*.

Социально-психологические: социальная дезадаптация в виде отсутствия работы или низкий профессиональный уровень; конфликтные, агрессивные отношения в семье; преобладание агрессивных форм поведения с расторможенностью начиная с детства; нарастание с течением заболевания степени агрессивности – трансформация агрессивного настроения и вербального варианта агрессивного поведения в физические и разрушительные формы с нанесением тяжких телесных повреждений; аутоагрессивные формы поведения.

Патопсихологические: преобладание преморбидных характерологических особенностей возбудимого типа; обидчивость; злобность, мстительность, злопамятность, брутальность; импульсивность; раздражительность; дефект процесса саморегуляции – отсутствие связанности ее отдельных этапов с цикличностью; недостаточная дифференцированность эмоциональной сферы; несформированность коммуникативных навыков; ригидность мыслительных процессов; застойность аффективных переживаний; самостигматизация; трудности когнитивной переработки психотравмирующей ситуации; ригидных аффективных комплексов; трудности локализации истинного источника отрицательных эмоций.

Заключение

В представленном исследовании были впервые выделены факторы риска внутрибольничной агрессии у различных категорий психически больных в зависимости от нозологической и гендерной принадлежности.

При этом следует помнить, что опасность психически больного носит временный характер. Текущий синдром может находиться в нейтральных отношениях с риском опасного действия или быть его причиной. И чем меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной симптоматики, тем большую роль в агрессивном поведении играет личность, особенно ситуационные факторы.

Информативным для практикующих специалистов является выделение переменных, отличающих группы больных, которые нарушают режимные требования первые 6 месяцев стационарирования, что, скорее, является реакцией адаптации, от тех больных, у которых внутрибольничная агрессия представляет собой стойкую характеристику.

Контроль и учет всех факторов риска внутрибольничной агрессии способны привести к повышению уровня безопасности и снижению случаев агрессии.

Вместе с тем необходимо осознавать всю сложность рассматриваемой проблемы, учитывать противоречивость данных разных исследований и понимать, что исчерпывающее предсказание и предотвращение случаев внутрибольничной агрессии невозможны.

Литература

1. Березанцев А.Ю., Кузнецов Д.А. Гендер-специфические клиничко-социальные факторы риска нарушения режима психически больными во время принудительного стационарного лечения// Судебная психиатрия/Под ред. В.В. Вандыша. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2011. 78 с.
2. Булыгина В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии [Электронный ресурс]// Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2011. № 1. URL: <http://psyjournals.ru> (дата обращения:25.11.2011).

3. Булыгина В.Г. Оценка риска агрессии психически больных в стационарах, осуществляющих принудительное лечение: Метод. рекомендации. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2010. 26 с.
4. Гайдова Н.А., Кузнецов Д.А., Булыгина В.Г. Универсальные и нозоспецифические факторы риска внутрибольничной агрессии у женщин во время стационарного принудительного лечения // Феноменология и профилактика девиантного поведения: В 2 т. Т. 1. Краснодар: Краснодарский университет МВД России, 2010. С. 57–59.
5. Кабанова Т.Н., Шульга А.Г., Булыгина В.Г. Методология и практика управления конфликтами в отношении пациентов в психиатрическом стационаре // Психическое здоровье. 2010. № 8. С. 50–55.
6. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2010. 345 с.
7. Психодиагностические методы исследования в практике принудительного лечения психически больных: Руководство для врачей / Под ред. В.Г. Булыгиной. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2010. 302 с.
8. Усюкина М.В., Корнилова С.В., Булыгина В.Г. Общественная опасность больных эпилепсией, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре (психологический аспект) // Российский психиатрический журнал. 2008. № 2. С. 10–15.

Clinico-social and pathopsychological risk factors of nosocomial aggression in various categories of patients

V.G. Bulygina,

Ph.D. in Psychology, Head of the Laboratory of Psychological Problems of Forensic Psychiatric Prevention, V.P. Serbskiy State Research Center of Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russian Federation, ver210@yandex.ru

T.A. Kabanova,

Junior Research Assistant, Laboratory of Psychological Problems of Forensic Psychiatric Prevention, V.P. Serbskiy State Research Center of Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russian Federation, tatianak0607@yandex.ru

D.A. Kuznetsov,

Psychiatrist, Psychiatric Hospital № 5, Department of Health of Moscow, Moscow, Russian Federation, reflexion_light@mail.ru

In the present study, we for the first time reveal risk factors for nosocomial aggression in different categories of the psychiatric patients, depending on the nosology and gender. We analyzed data on 275 patients who committed socially dangerous acts, declared insane and sent to inpatient involuntary treatment. We highlighted the general socio-demographic and psychological factors of nosocomial aggression in male psychiatric patients regardless of nosology. We identified the risk factors for nosocomial aggression in patients with schizophrenia and organic mental disorder depending on gender. We differentiate the risk factors of regime requirements violations in the first six months of compulsory treatment and throughout the hospital treatment. The controlling and accounting of all the risk factors of nosocomial aggression can lead to increased levels of safety and reduce the incidence of aggression.

Keywords: nosocomial aggression, risk factors of aggression, aggression in psychiatric patients.

References

1. *Berezantsev A.Iu., Kuznetsov D.A.* Gender-spetsificheskie kliniko-sotsial'nye faktory riska narusheniia rezhima psikhicheski bol'nymi vo vremia prinuditel'nogo statsionarnogo lecheniia [Gender-specific clinical and social risk factors for violations of the mentally ill during the forced hospitalization]. *Sudebnaia psikhiatriia [Forensic psychiatry]*. Pod red. V.V. Vandyssha. Moscow: GNTs SSP im. V.P. Serbskogo, 2011. 78 p.
2. *Bulygina V.G.* Izmerenie riskov nasiliia v sudebnoi psikhiatrii [Measuring risks of violence in forensic psychiatry]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru [Psychological Science and Education PSYEDU.ru]*, 2011. № 1. Available at: <http://psyjournals.ru> (Accessed 25.11.2011).
3. *Bulygina V.G.* Otsenka riska agressii psikhicheski bol'nykh v statsionarakh, osushchestvliaiushchikh prinuditel'noe lechenie: Metod. rekomendatsii. [Risk assessment of aggression of the mentally ill in hospitals, offering compulsory treatment: Method. recommendations]. Moscow: GNTs SSP im. V.P. Serbskogo, 2010. 26 p.
4. *Gaidova N.A., Kuznetsov D.A., Bulygina V.G.* Universal'nye i nozospetsificheskie fak-tory riska vnutribol'nichnoi agressii u zhenshchin vo vremia statsionarnogo prinuditel'nogo lecheniia

[Universal and nosospetsificheskie risk factors of nosocomial aggression in women during inpatient involuntary treatment]. Fenomenologiya i profilaktika deviantnogo povedeniia [Phenomenology and prevention of deviant behavior]: V 2 t. T. 1. Krasnodar: Krasnodarskii universitet MVD Rossii, 2010. P. 57–59.

5. *Kabanova T.N., Shul'ga A.G., Bulygina V.G.* Metodologiya i praktika upravleniia kon-fliktami v otnoshenii patsientov v psikhiatricheskom statsionare [Methodology and practice of conflict management for patients in the hospital]. Psikhicheskoe zdorov'e [Mental Health]. 2010. № 8. P. 50–55.

6. Prinuditel'noe lechenie v psikhiatricheskom statsionare: Rukovodstvo dlia vrachei [Compulsory treatment in a psychiatric hospital: a guide for physicians]. Pod red. V.P. Kotova. Moscow: GNTs SSP im. V.P. Serbskogo, 2010. 345 p.

7. Psikhodiagnosticheskie metody issledovaniia v praktike prinuditel'nogo lecheniia psikhicheski bol'nykh: Rukovodstvo dlia vrachei [Psychodiagnostic research methods in the practice of forced treatment of the mentally ill: A Guide for Physicians]. Pod red. V.G. Bulyginoi. Moscow: GNTs SSP im. V.P. Serbskogo, 2010. 302 p.

8. *Usiukina M.V., Kornilova P. V., Bulygina V.G.* Obshchestvennaia opasnost' bol'nykh epilepsiei, nakhodiashchikhsia na prinuditel'nom lechenii v psikhiatricheskom statsionare (psikhologicheskii aspekt) [Public danger of epileptic patients under compulsory treatment in a psychiatric hospital (psychological aspect)]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry], 2008. № 2. P. 10–15.