

Неотложная помощь при агрессивном поведении

Цукарзи Э.Э.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России

I. Факторы риска агрессии

РЕЗЮМЕ. В настоящее время наблюдается определенная диспропорция между достаточно хорошим уровнем владения фармакотерапией и более скромными навыками по ведению больных с агрессивным поведением. Статья является первой из двух публикаций по тактике ведения пациентов с агрессивным поведением. Высокие риски, ответственность каждого клинического решения определяют необходимость глубоких знаний и их непрерывной «подпитки» в этой области для всех практикующих психиатров. Представленная работа посвящена факторам риска агрессии и тактике обследования пациентов с агрессивным поведением.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: неотложная психиатрия, агрессия, факторы риска.

Agression: acute management

Tsukarzi E.E.

Moscow Research Institute of Psychiatry Minzdrava Rossii

I. Agression risk factors

SUMMARY: Currently, there is a disproportion between a relatively high level of knowledge of pharmacotherapy and less developed skills of management aggressive patients. This article is the first part describing guidelines management of patients with aggression. Both high risks and responsibility of clinical decisions underpins the necessity of constant knowledge refreshment. The article describes the hazards of aggression. More importantly, diagnostic strategy of patients with aggression and violence is presented.

KEY WORDS: emergency psychiatry, aggression and violence, risk factors.

Агрессия, а также суицидальное поведение являются основными объектами ургентной психиатрии. Высокие риски, ответственность каждого клинического решения определяют необходимость глубоких знаний и их непрерывной «подпитки» в этой области для всех практикующих психиатров. К сожалению, очевиден лимит научных исследований и публикаций по данной актуальной теме. В настоящее время наблюдается определенная диспропорция между достаточно хорошим уровнем владения фармакотерапией и более скромными навыками по ведению больных с агрессивным поведением. Именно этой теме посвящена первая публикация: факторам риска агрессии и тактике обследования пациентов с агрессивным поведением.

Агрессия, являясь феноменом не только клиническим, но и социальным, соответственно не имеет универсальной дефиниции. Традиционно в широком понимании **агрессией** являются угрозы и насильственные действия, в отличие от **насилия**, которое подразумевает только действия. Как известно, выделяются два типа агрессивного поведения, сопровождающегося насильственными действиями: когнитивное (криминальное) и эмоциональное (связанное с имеющимся психическим расстройством) (Росса Р. et al., 2006 и др.). Очевидно, что между ними нет четкой границы. Другим важным вопросом является разграничение агрессии и возбуждения. Для более четкого понимания данных феноменов может служить использование определения агрессии как «направленного усиления психомоторной активности» (то есть имеющее цель или объект), в отличие от возбуждения, которое не имеет вектора (Авруцкий Г.Я., 1979; Allen M. et al., 2000).

Агрессия включает в себя целый ряд феноменов или актов, а именно, атакующие, оборонительные действия, а также вербальные угрозы. В последние годы границы агрессивности трактуются достаточно широко. К ней относятся, в частности, такие проявления как словесные оскорбления, хло-

панье дверьми и прочие аналогичные действия. При этом во избежание смешения понятий выделяются так называемые «тяжелые» и «нетяжелые» проявления агрессии (Breslow R.E., et al., 2000; Monahan J, et al., 2006). При тяжелых проявлениях агрессии пострадавшему наносится физическая травма. Также к тяжелым проявлениям агрессии относят действия, сопровождающиеся поджогами, разрушением предметов, разбрасыванием мебели.

Нужно отметить, что в большинстве популяционных исследований выявляется относительно невысокий уровень агрессии среди душевнобольных и, в подавляющем большинстве эпизодов, без летальных исходов (Buckley P. et al., 1990 и др.). Тем не менее, этот показатель превышает примерно в 4,5 раза аналогичные данные по популяции (Walsh E., et al., 2008). В качестве одного из недавних примеров – исследование CATIE, в котором проявления агрессии были предметом отдельного анализа. В течение 6 месячного периода у 19,1% пациентов выявлялись эпизоды агрессии и лишь у 3,6% больных эти проявления были расценены как серьезные (Swanson S. с соавт., 2006). Близкие данные были получены Р. Buckley при катamnестическом обследовании 698 пациентов: проявления агрессии наблюдались у 16% больных (Buckley P., 1990). Безусловно, проблема агрессии в психиатрии всегда была и остается актуальной, негативно влияя на пациента, его семью, медицинский персонал и на общество в целом. В частности, близкие родственники чаще всего становятся объектом насилия со стороны пациентов. Кроме того, известно, что повышенный уровень агрессии сохраняется в первые дни после госпитализации. Согласно данным исследований, такие мысли или намерения имеются примерно у трети пациентов, а среди госпитализированных недобровольно этот показатель выше (Puri B., Trasadon I., 2009). В США, в среднем, происходит 8 нападений в год на персонал каждого психиатрического отделения (Allen M., 2002). Также среди душевнобольных выше, чем в популяции по-

казатели криминальных действий с применением насилия (Riba M., Ravindranath D., 2010).

Агрессия является сложным, мультифакторным транснозологическим феноменом, который необходимо рассматривать с позиций биопсихосоциального подхода. Агрессия как акт является следствием одновременного взаимодействия генетических, биологических, психологических факторов с внешней средой. В частности, генетических исследованиях выявлены убедительные корреляции импульсивной агрессии у мужчин с гомозиготностью по аллели L-TPH, а агрессивности в рамках антисоциального поведения с низкой активностью гена транспортера серотонина (5-HTT) (Puri B., Trasadon I., 2009; Riba M., Ravindranath D., 2010 и др.). На нейрохимическом уровне агрессия часто сопровождается дисфункцией медиаторных систем и некоторых гормонов (инсулина и тестостерона) (Freeman W., 2000; Fries A, et al., 2008 и др.). У агрессивных пациентов наблюдается норадренергическая (НА) гиперактивность, обусловленная низкой активностью ферментов, отвечающих за метаболизм НА (MAO-A и катехолметилтрансфераза) (Cassidy J.W., 1990; Lindermyer J.P., 2000 и др.). Устоявшееся мнение о снижении активности центральных ГАМК-рецепторов при агрессии до настоящего времени не имеет доказательной базы. Оно базируется в основном на данных исследований, проведенных на животных. Вместе с тем, эффективность ГАМК-ергических препаратов, в частности вальпроатов, косвенно подтверждает эту гипотезу. Предположение о центральной роли серотонинергической системы в формировании агрессии пока не нашло подтверждения, а проводимые клинико-биохимические исследования демонстрируют противоречивые результаты (Cossaro E. et al., 1999 и др.). Известно, что снижение серотонинергической активности в большей степени связывается с клиническим феноменом импульсивности (Allen M., 2002).

Большое число данных свидетельствует о корреляциях агрессии с наличием церебрально-органической патологии (Морозов Г.В., 1985 и др.). Клинические проявления органически неполноценной почвы, а также патология, выявляемая при нейрофизиологических и нейровизуализационных исследованиях, определяется у большого числа пациентов с агрессией. Это и перенесенные травмы головы (у 70% пациентов с проявлениями агрессии), повреждения орбитальной зоны лобной доли на МРТ (у 38% пациентов) и медленноволновая активность на ЭЭГ (у 57% пациентов) (Citrome L., Volavka I., 1995 и др.).

Оценка риска агрессии

Общеизвестно, что непосредственно причинами агрессии 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 (принадлежность к особой субкультуре) составляющие. В частности, социальными факторами риска агрессии являются воспитание в неполной семье, развод, а также бедность и проживание в индустриальных городах (Shields N. et al., 1988; Martell D. et al., 1995; Tardiff K., 2008). К важнейшим демографическим факторам относятся мужской пол и молодой возраст (табл.1) (Shields N. et al., 1988).

Психические заболевания и агрессия

Риск агрессии при различных психических заболеваниях очень сильно варьируется. Опасность агрессивного поведения возрастает при коморбидности психического расстройства со злоупотреблением алкоголем или другими психоактивными веществами (ПАВ). Причем уровень агрессии при этом увеличивается очень существенно, примерно в 3–4 раза (Swanson et al., 1990; Felthous A, 2004 и др.). Имевшие место у пациента агрессивные действия в прошлом являются еще одним важнейшим фактором риска агрессии. В этой связи очень показательно исследование, проведенное в Великобритании (Reza S., 2001). Катамнестическое наблюдение проводилось у 49 пациентов с эпизодами агрессии в прошлом, контрольную группу составили 140 больных без агрессии. Полученные результаты показали, что 14% пациентов с эпизодами агрессии в прошлом совершили 48% всех актов агрессии. Агрессивные пациенты характеризовались:

- агрессией в анамнезе,
- более срочными госпитализациями,
- агрессией как причиной госпитализации,
- самоповреждениями в анамнезе,
- частой зависимостью от психоактивных веществ,
- большими дозами лекарств, включая комбинированную терапию во время госпитализаций.

Необходимо отметить, что выделенные в данной работе факторы риска агрессии в основном согласуются с результатами других исследований. В частности, известно, что наличие в анамнезе суицидальной попытки является предиктором риска агрессии (Морозов Г.В., 1985; Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., 2005, 2007 и др.).

Важными факторами риска агрессии являются аномалии развития в детстве (Monahan J, et al., 2006 и др.). Здесь в качестве маркеров чаще упоминаются:

- диагностированный СДВГ,
- трудности в обучении в школе, низкий IQ,
- насилие со стороны родителей,
- жестокое обращение ребенка с животными,
- случаи поджогов,
- делинквентное поведение в пубертате.

В отличие от криминальной агрессии агрессивное поведение у психически больных, как правило, аффективно заряжено (сопровождается аффектами

Таблица 1. Социально-демографические факторы риска агрессивного поведения у психически больных

Возраст	Пик агрессивных действий приходится на возраст от 16 до 23 лет
Пол	Мужчины чаще женщин проявляют агрессию. Женщины чаще проявляют агрессию в остром психозе
Социальный класс	Уровень агрессии выше у лиц с более низким уровнем доходов
Интеллект	Лица с низким IQ чаще совершают насилие
Злоупотребление ПАВ	Уровень агрессивности выше при зависимости, особенно у мужчин
Образование	Чем ниже образование, тем чаще встречаются проявления агрессии
Работа	Безработные чаще проявляют агрессию
Бездомные	Бездомные душевнобольные в 35 раз чаще проявляют агрессию

Таблица 2. Факторы риска агрессии у пациентов шизофренией (по Swanson S. с соавт., 2006)

Факторы риска «тяжелой» агрессии	Факторы риска «нетяжелой» агрессии
– Бред преследования – Императивные галлюцинации – Идеаторные автоматизмы – Низкий уровень негативных расстройств – Эпизоды агрессии в прошлом	– Злоупотребление алкоголем и ПАВ – Дефицит социальной поддержки – Межличностные проблемы

злости, гнева, страха). Наличие в психическом статусе больного этих аффектов также является фактором риска агрессии.

Обычно агрессивные действия при различных психопатологических состояниях имеют свою структуру и особенности.

Шизофрения и другие психозы

В целом, у больных параноидной шизофренией этот риск выше в сравнении с другими диагностическими категориями, причем во время госпитализации они редко проявляют агрессию. Агрессивное поведение у больных шизофренией чаще развивается в периоды обострений симптоматики. В известном исследовании, проведенном при поддержке Фонда МакАртура (McArthur study, 1997–98), максимальный уровень агрессии наблюдался перед госпитализацией, сохраняясь высоким в первые сутки стационарирования и затем быстро снижался (Appelbaum et al., 2000; Monahan et al., 2001). При этом катamnестическая оценка 1000 пациентов, проведенная через год выявила, что число эпизодов агрессии вновь постепенно возвращалось к исходным показателям. В ряде других исследований также показано, что агрессия существенно снижается сразу после госпитализации (Bartels S et al., 1991 и др.). У пациентов с параноидной шизофренией агрессивные действия могут тщательно планироваться, использоваться оружие, обычно они направлены против конкретных лиц из круга общения больного. Потенциально опасными в плане риска развития агрессии являются **бред воздействия (точнее, ощущения постороннего контроля над мыслями), персекуторный бред и императивные галлюцинации** (Авруцкий Г.Я., 1979; Zisook S., et al., 1995). В клинических исследованиях показано, что в 52% случаев больные получают «приказы» совершить самоубийство, в 5% – убийство, в 12% – нанести повреждения себе или другим и только в 14% – действия, не сопряженные с агрессией (Appelbaum P. et al., 2000). Степень реализации галлюцинаторных переживаний трудноопределима, она зависит от многих причин, в том числе от конкретной окружающей ситуации, личностных особенностей больного, актуальности «голосов» и т.д. Считается, что при императивном галлюцинозе пациенты выполняют от 10 до 80% приказов (Monahan J, et al., 2006).

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

ной слышит «голоса» близких ему людей (Wessely S., et al., 1993).

Риск агрессии выше при остром бреде, сопровождающимся выраженным аффектом страха, при бреде преследования и/или отравления; при систематизированном бреде; при явлениях бредовой де-реализации (например, при симптоме Капгра) и при бреде ревности.

Одновременное наличие **бред преследования, бреда воздействия и императивных галлюцинаций** значительно повышает вероятность развития агрессии (Buckley P. et al., 1990; Link B.G., Stueve A., 1994). Предполагается, что «вклад» «постороннего контроля над мыслями» наиболее существенен (Puri B., Trasadon I., 2009).

Когортные катamnестические исследования при шизофрении показывают, что пациенты чаще совершают акты насилия в первые годы болезни (Marco C., Vaughan J., 2005). Более низкий уровень агрессии у длительно болеющих пациентов шизофренией связывается 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. Например, пациенты, госпитализировавшиеся более 10 раз, чаще бывают агрессивными (Klassen D., O'Connor W., 1988).

Интересно, что различные по тяжести агрессивные действия имеют разные факторы риска (табл.2). Так, тяжелые проявления агрессии характерны для больных с параноидной симптоматикой и эпизодами агрессии в прошлом. Тогда как нетяжелые проявления агрессии сопряжены со злоупотреблением алкоголем, дефицитом социальной поддержки и межличностными проблемами.

Мания

Агрессия у маниакальных больных обычно направлена на случайных лиц, может быть немотивированной либо спровоцированной малозначимыми факторами: высказанными замечаниями, ограничениями, недоброжелательными взглядами. В отличие от больных шизофренией, высокий риск агрессии сохраняется в стационаре после госпитализации (Monahan J, et al., 2006).

Деменция

Вследствие расстройства регуляторных корковых функций агрессия может развиваться при усилении тревоги, а также под влиянием галлюцинаций и/или бреда.

Депрессия

Проявления агрессии у депрессивных пациентов относительно редки. Обычно вектор агрессии направлен на себя (аутоагрессия), однако при усилении 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.

Расстройства личности

Агрессия сопряжена с импульсивностью, низким уровнем фрустрации, неспособностью переносить критику, эгоцентризмом. Алкогольное опьянение способствует развитию агрессивного поведения.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Агрессия является реакцией на внешние раздражители, особенно связанные с перенесенным ранее травматическим стрессовым событием, сопровождается тревогой, гиперестезией и флэшбэками (навязчивыми воспоминаниями о перенесенных стрессовых событиях).

Риск развития агрессивного поведения также характерен для пациентов с **умственной отсталостью, органическими заболеваниями ЦНС и эпилепсией**, особенно **височной**. Безусловно, к группе риска относятся больные с **зависимостями от алкоголя и психоактивных веществ** (как в состоянии интоксикации так и абстиненции) (Морозов Г.В., 1985; Murray R. et al., 2008 и др.).

Оценка риска агрессии

Тактика ведения пациентов с агрессивным поведением основана на одновременном выполнении двух основных задач: обеспечения безопасности и проведения диагностической оценки. Наибольшую обеспокоенность на первом этапе оказания помощи вызывает возможность повторения агрессивных действий, в том числе сопровождающихся применением насилия. Соответственно, клиническое обследование и получение объективных данных должно быть проведено максимально быстро. Это позволит оценить риски и поможет в организации дальнейшей помощи. Необходимо разобраться в причинах произошедшего, выявить объекты агрессии, возможность наличия стрессорных факторов. Лучшей превенцией агрессии при ургентных психических состояниях является тщательная и непрерывная оценка факторов её риска (Lion J., 1987; Bell C., 2000; Rice M.E., Harris G.T., 2002; Herzog A. et al., 2003). Конечно, она осуществляется при соотнесении психического статуса и анамнестических данных (табл.2).

Таблица 3.

Основные составляющие клинического обследования при возбуждении, агрессии и проявлениях насилия

1. Соматическое состояние
2. Акты насилия в анамнезе
3. Доступ к оружию
4. Идеаторная сфера, в т.ч. наличие бреда и его фабула
5. Признаки употребления алкоголя и других психоактивных веществ
6. Наличие коморбидных расстройств личности
7. Вербальные угрозы
8. Внешний вид (сжатые кулаки, постоянное хождение и т.д.)

Крайнюю настороженность должны вызывать указания на акты насилия в прошлом, а также признаки злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Проявления возбуждения в статусе, наличие бреда преследования и, особенно, высказываемые пациентом вербальные угрозы также несут в себе риск агрессии (Whittington R., Patterson P., 1996).

Прогноз возможного повторения агрессивных действий, оценка рисков, даже краткосрочных является крайне сложной задачей. Базируясь исключительно на клинической оценке он может быть субъективен. С целью повышения достоверности прогноза повсеместно предлагается использование в практической работе в качестве объективного дополнения различных шкал и других инструментов, оценивающих риск агрессии. Общепринятым стандартом здесь является шкала HCR-20 («Схема оценки рисков возможных насильственных действий») (Douglas K., et al., 1999). Интересно, что опросник предназначен для оценки риска насилия не только среди психиатрических пациентов, но также и криминальной агрессии. Предполагается, что шкала является первым важным шагом как в краткосрочных так и долгосрочных оценках рисков повторных эпизодов агрессии. HCR-20 содержит 20 пунктов, соответствующих основным факторам риска (см. приложение 1). Ответ на каждый пункт имеет 3 уровня вероятности: **«отсутствие»**, **«возможно присутствует»** и **«определенно присутствует»**. Пункты шкалы разделены на 3 блока: первые 10 пунктов составляют подшкалу анамнестических данных, следующие 5 ориентированы преимущественно на

Приложение 1. Шкала «Схема оценки рисков возможных насильственных действий» (HCR-20) (Douglas K. et al., 1999)

Подшкала: анамнез	A1 Эпизоды насилия в прошлом A2 Эпизоды насилия в детском возрасте A3 Сложности, нестабильность в контактах A4 Проблемы с трудоустройством A5 Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ A6 Наличие психического заболевания A7 Возбудимые черты личности A8 Расстройства адаптации в детском возрасте A9 Диагноз расстройства личности A10 Эпизоды протестных реакций, отказов по отношению к старшим/руководителям
Подшкала: статус	C1 Отсутствие критики C2 Негативное/враждебное отношение C3 Наличие актуальных психопатологических симптомов C4 Импульсивность C5 Неэффективность предшествующей терапии
Подшкала: ведение и лечение пациента	P1 Отсутствие лечебно-реабилитационных возможностей P2 Имеются факторы, препятствующие лечению P3 Отсутствие личностной поддержки P4 Несоблюдение реабилитационных программ P5 Наличие стресса

психический статус (клиническая подшкала). Последние 5 относятся к важнейшим аспектам лечебной помощи (реализация плана лечения, наличие поддержки и необходимых условий для оказания помощи). Считается, что наибольшую предиктивную значимость для оценки риска агрессии имеют пункты, отражающие данные анамнеза. Рекомендуется уточнять эти данные напрямую у членов семьи и друзей. Разделы шкалы, относящиеся к психическому статусу должны оцениваться в динамике в определенных временных промежутках. Оценка по отдельным разделам может осуществляться разными врачами. Шкала HCR-20 не имеет балльной оценки. Врач оценивает степень риска возможной будущей агрессии (низкая, средняя, высокая) на основании тщательного анализа результатов реитирования. Основной объективный компо-

нент шкалы состоит в сравнительной оценке первого рейтинга с повторными. В частности, суммарное увеличение числа ответов «возможно присутствует» и «определенно присутствует» свидетельствует о повышении риска агрессии. Кроме того, HCR-20, являясь одновременно шкалой и «схемой обследования», может стать важным «помощником» при оценке и ведении агрессивного пациента.

Таким образом, неотложные терапевтические мероприятия при агрессивном поведении с самого начала осуществляются по двум направлениям: обеспечение безопасности и оценка риска повторных эпизодов агрессии. Одновременно проводятся клинико-диагностическая оценка и разработка плана терапевтических мероприятий. Тактике ведения больных с агрессивным поведением посвящена следующая публикация.

Литература

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. – М.: «Медицина», 1979.– 192 с.
2. Морозов Г.В. Неотложная помощь в психиатрии. В сб.: Проблемы неотложной психиатрии. – М. – 1985. – С.3–5.
3. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложная помощь в психиатрии. В кн.: Неотложная помощь в медицинской практике (под ред. Верткина А.Б., Брискина Б.С.), М., «Литера», 2007, с. 57–93.
4. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложная терапия в психиатрии. Ж. Медицина критических состояний, 2005, 6: 36–42.
5. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. / Современная терапия психических расстройств, 2011, 2: 30–39.
6. Allen M. (Ed). Emergency psychiatry. Review of psychiatry. Vol. 21(3). American Psychiatric publishing. Washington, DC, 2002.
7. Allen M. Managing the agitated psychotic patient: a reappraisal of the evidence. J. Clin. Psychiatry, 61 (suppl 14): 11–20, 2000.
8. Allen M.A., Forster P., Zealberg J. et al. American Psychiatric Association Task Force on Psychiatric Emergency Services: Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services: a review and model program descriptions. August 2002. Available at: http://archive.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/tfr/tfr200201.pdf. Accessed September 19, 2009.
9. Appelbaum P.S., Robbins P.C., Monahan J. Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. Am J. Psychiatry, 2000, 157(4), 566–72.
10. Appelbaum P.S. Foreword, in Textbook of Violence Assessment and Management. Edited by Simon R, Tardiff K. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008, pp xvii–xxii.
11. Bartels S.J., Drake R.E., Wallach M.A. et al. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. Schizophr Bull 17:163–171, 1991.
12. Breslow R.E., Ericson B.J., Cavannaugh K.C. The psychiatric emergency service: where we've been and where we're going. Psychiatr. Q71: 101–121, 2000.
13. Bell C.C. Assessment and management of the violent patient. Journal of the National Medical Association, 2000, 92(5), 247–253.
14. Bluebird G. De-escalation preference form. South Florida State Hospital, 2004 http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/networks/De-EscalationForm.pdf
15. Buckley P., Walshe D., Colohan H. et al. Violence and schizophrenia – A study of the occurrence and clinical correlates of violence among schizophrenic patients. Irish J. of Psychological Medicine; 1990, 7:102–108.
16. Carmen E., Crane B., Dunnicliff M. et al. Massachusetts Department of Mental Health, Task Force on the Restraint and Seclusion of Persons Who Have Been Physically or Sexually Abused: Report and recommendations. Boston, MA: Massachusetts Department of Mental Health, 1996.
17. Cassidy J.W. Neurochemical substrates of aggression: toward a model for improved intervention (part 1). Journal of Head Trauma Rehabilitation 5: 83–86, 1990.
18. Chou K.R., Lu R.B., Mao W.C. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. Archives of Psychiatric Nursing, 2002, 16, 187–95.
19. Citrome L., Volavka J. Violent patients in the emergency setting. Psychiat.clin.North Am, 22: 789–801, 1999.
20. Coccaro E.F., Harvey P.D., Kupsaw-Lawrence E. et al. Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 1991, 3, 44–51.
21. Crane A.A., Joyce B.G. Cool down: a procedure for decreasing aggression in adults with traumatic head injury. Behavioural Residential Treatment, 6: 65–75, 1991.
22. Crowner M.L. (ed) Understanding and treating violent psychiatric patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000.
23. Douglas K.S., Ogloff J.R., Nicholls T.L., et al: Assessing risk factors for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. J Consult Clin Psychol 67:917–930,

Бланк бесплатной подписки на журнал					
«Современная терапия психических расстройств»					
Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край область			
город		улица			
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ Психиатрии, проф. Мосолову С.Н или по e-mail: ekostukova@gmail.com					

