

Агрессивное поведение психически больных при оказании им скорой психиатрической помощи

ГОЛЕНКОВ А.В. д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары; e-mail: golenkovav@inbox.ru

УНДЕРОВ Д.А. врач-психиатр, Республиканская станция скорой помощи, Чебоксары

Анализ 391 психически больного, обслуженных одной бригадой скорой психиатрической помощи (СПП) в течение года показал, что различные проявления агрессивного поведения (АП) по шкале BVC наблюдались у 90,3%, выраженные — у 35,3%. Оно было связано с клинической структурой психических расстройств, состоянием алкогольного опьянения и возрастом больных. Госпитализировано 57,8%, недобровольно — 24,6%; фиксация применялась в 28,9% случаев, психотропные препараты вводились — в 27,6%. Учет различных проявлений АП и его сочетаний позволил конкретизировать практические рекомендации для персонала СПП на вызове.

Ключевые слова: агрессивное поведение, психически больные, скорая психиатрическая помощь.

Вопросы профилактики агрессивного поведения (АП) психически больных остаются одной из приоритетных задач современной психиатрии [1—3, 5—7, 11—22]. Наиболее часто АП встречается в работе сотрудников скорой психиатрической помощи (СПП). К примеру, с угрозами и агрессией в процессе работы сталкивались 45,1% медработников различных психиатрических учреждений Чувашии, чаще всего врачи (73%), в то время как на СПП — 100% опрошенных. Такие инциденты сотрудники СПП наблюдали примерно один раз в 2—3 недели во время обслуживания пациентов на дому или непосредственно при госпитализации [5]. Не случайно, что СПП играет важную роль в предупреждении АП и общественно опасных действий психически больных [7, 8].

В наших предыдущих работах АП было характерно в первую очередь для стационарных больных с шизофренией, органическими психическими расстройствами (ПР) и наркологическими заболеваниями [1—3, 5]. Максимальная частота АП отмечалась в отделении принудительного лечения психически больных. По данным однодневной переписи, частота АП в Республиканской психиатрической больнице г. Чебоксары колебалась от 5,8 до 8,5% [1, 2]. Среди амбулаторных больных с ПР, включая СПП, распространенность АП изучена недостаточно.

В зарубежных исследованиях большое внимание уделяется разработке различных методик (опросников, шкал) для прогнозирования риска АП (с насилием и нападением) психически больных [12, 13], изучению его распространенности, клинко-социальных предикторов, оптимизации

терапии АП в амбулаторных (неотложной помощи) и стационарных условиях [11, 14—22]. Не до конца решены правовые и этические вопросы так называемой недобровольной госпитализации, конфиденциальности при оказании экстренной психиатрической помощи, применение мер изоляции и стеснения (физического, фармакологического) психически больных [15, 16, 18].

Цель исследования: изучить распространенность и структуру АП больных с ПР, обслуживаемых СПП, а также клинко-социальные факторы, связанные с проявлением АП.

Материалы и методы

Исследовалась работа одной бригады СПП г. Чебоксары в период с сентября 2012 г. по август 2013 г. Из анализа исключались больные с наркологической патологией, умственной отсталостью (из-за малочисленности [n=6] наблюдений и невозможности сформировать адекватную, соразмерную группу сравнения), дети, подростки, люди, которым диагноз ПР не был поставлен. Всего удалось собрать сведения на 391 больного (мужчин — 203, женщин — 188) с ПР в возрасте от 18 до 92 лет (средний — $47,6 \pm 18,3$ года), с длительностью ПР от 0,5 до 55 лет (средняя — $15,5 \pm 10,9$ года). С шизофренией было 200 больных, психозами — 35, деменциями — 70, ПР непсихотического характера (ПРНХ) — 86. Синдромальная структура обследованных больных представлена в табл. 1.

Объективизация АП проводилась по методике BVC (The Broset Violence Checklist) [12]. Оценка

АП по BVC включает шесть показателей¹: «Спутанность, дезориентация», «Раздражительность», «Буйство», «Словесные угрозы», «Физические угрозы», «Разрушительные действия», которые оцениваются по дихотомического принципу (есть — один балл, нет — 0).

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения — M, стандартного отклонения — SD) и χ^2 -распределения (таблицы — 2×2; 5×2; 7×2, 4×4). Когда один или несколько показателей были меньше 4, использовали поправку Йейтса.

Результаты исследования

Различные проявления АП наблюдались у 90,3% больных, причем в группе высокого риска (≥ 3 балла по шкале BVC) находилось 35,3%. Чаще всего регистрировалась «Раздражительность» (64,2% случаев), проявляющаяся в легко возникающей гневливости, недовольстве, неприязни к окружающим (табл. 2). Мужчины достоверно чаще женщин высказывали словесные угрозы в адрес окружающих, включая сотрудников ССП ($\chi^2=10,08$; $df=1$; $p=0,001$). Больные с психозами выделялись более частыми разрушительными действиями ($\chi^2=4,429$; $df=1$; $p=0,03$), а деменцией — «Спутанностью, дезориентацией» ($\chi^2=42,1$; $p<0,001$). Редко наблюдалось «Буйство» ($\chi^2=42,5$; $p<0,001$) при ПРНХ, «Спутанность, дезориентация» ($\chi^2=33,5$; $p<0,001$) — при шизофрении, «Раздражительность» ($\chi^2=6,045$; $p=0,01$) и «Словесные угрозы» ($\chi^2=10,68$; $p=0,001$) — при деменциях.

Состояния возбуждения квалифицировались у 110 больных (28,1%), в том числе галлюциаторно-бредовое (89,1%), кататоно-гебефреническое (4,5%), маниакальное (4,5%) и эпилептиформное (1,9%). Попытки насилия наблюдались в 33,0% случаев, чаще всего против родителей (матерей) и близких родственников, медицинских работников ССП. Как правило, регистрировались словесные и физические угрозы, оказание сопротивления при госпитализации, хватание за одежду сотрудников ССП.

Суицидальное поведение встречалось в 14,6%, достоверно чаще у больных с ПРНХ (32,3 vs

9,5%; $\chi^2=28,62$; $df=1$; $p<0,001$) и с впервые выявленными ПР (19,7 vs 12,0%; $\chi^2=4,850$; $p=0,02$). Истинные суицидальные попытки преимущественно при императивных галлюцинациях, бредовых идеях и выраженных депрессивных состояниях квалифицировались у 63,2%, демонстративно-шантажные при психопатических (психопатоподобных) расстройствах (эмоционально-лабильных, истерических, диссоциальных), алкогольном опьянении — у 36,8%. Высокий риск АП имели 28,1% больных.

Различные проявления АП достоверно чаще наблюдались у пациентов в состоянии алкогольного опьянения (98,5 vs 88,7%; $\chi^2=5,946$; $df=1$; $p=0,01$) и у лиц в возрасте 60 лет и старше (96,8 vs 88,3%; $\chi^2=4,932$; $p=0,02$); связь АП с полом и группой ПР установить не удалось ($p>0,05$). У больных с деменцией намного чаще по сравнению с больными других групп ПР обнаруживался умеренный риск АП (55,7%) и наличие тех или иных признаков АП ($\chi^2=28,7$; $df=9$; $p<0,001$) (табл. 3).

Госпитализировано 57,8% больных с ПР, недобровольно — 24,6%. Это достоверно чаще были больные шизофренией (76,5 vs 38,2%; $\chi^2=58,6$; $df=1$; $p<0,001$) и психозами (80,0 vs 55,6%; $\chi^2=7,767$; $p=0,005$), пациенты с суицидальными тенденциями (71,9 vs 55,4%; $\chi^2=5,461$; $p=0,01$), имеющие инвалидность по ПР (62,5 vs 50,9%; $\chi^2=5,166$; $p=0,02$). Реже госпитализировались лица в возрасте 60 лет и старше (22,6 vs 68,8%; $\chi^2=62,0$; $p<0,001$), имеющие семью (39,4 vs 63,6%; $\chi^2=17,24$; $p<0,001$), страдающие ПРНХ (39,5 vs 63,0%; $\chi^2=15,08$; $p<0,001$) и деменцией (14,3 vs 67,3%; $\chi^2=66,1$; $p<0,001$).

Фиксация применялась в 28,9% случаев, чаще у больных шизофренией (34,0 vs 23,6%; $\chi^2=5,182$; $p=0,02$), психозами (51,4 vs 26,7%; $\chi^2=9,494$; $p=0,002$), больных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения (41,5 vs 26,4%; $\chi^2=6,060$; $p=0,01$). Механические средства стеснения применялись, если больной находился в состоянии опьянения, не успокаивался на фоне разговоров (убеждений) и внешних ограничений в процессе беседы или после введения лекарственных средств, когда риск насилия был очень высоким (учитывали наличие таких эпизодов в анамнезе); старались

¹ Спутанность, дезориентация — помрачение сознания или дезориентация во времени, месте, собственной личности. Раздражительность — легко возникающая гневливость, недовольство, неприязнь к окружающим, неспособность переносить присутствие окружающих людей. Буйство — явное поведение, сопровождающееся криком и шумом. Например, хлопанье дверью, крики, возгласы в разговоре и т.д. Словесные угрозы — разговор на повышенных тонах, склонность к запугиванию, высказывание угроз в адрес окружающих. Например, словесные выпады, оскорбления, унижения и т.д. Физические угрозы — очевидные намерения причинить физический вред окружающим. Например, хватание за одежду, замахивания рукой, ногой, попытка ударить головой. Разрушительные действия — повреждение окружающих предметов (не людей). Например, беспорядочное разбрасывание предметов, удары или повреждение окон, предметов мебели, удары ногой, рукой или головой по предметам [12].

² Degrees of freedom (df) — число степеней свободы.

не применять психотропные препараты у больных с впервые выявленными ПР. Обычно поведение больных, которых приходилось фиксировать, проявлялось разрушительными действиями, физическими и словесными угрозами. Наблюдались суетливость, беспорядочные движения, речь пе-

реходила в крик, была плохо артикулированной, утрачивалась ее связность, явно недоброжелательное отношение выражалось гневом, злобностью и различными угрозами.

Психотропные препараты назначались в 27,6% случаев, чаще больным с деменцией (61,4 vs 20,2%;

Таблица 1

Синдромальная структура больных с ПР, обслуженных СПП

| Синдром | Всего | | Шизофрения | | Психозы | | Деменция | | ПРНХ | |
|---------------------------------------|-------|-------|------------|-------|---------|-------|----------|-------|------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Аффективно-параноидный | 70 | 17,9 | 58 | 29,0 | 12 | 34,3 | – | – | – | – |
| Галлюцинаторно-бредовый | 67 | 17,1 | 60 | 30,0 | 7 | 20,0 | – | – | – | – |
| Галлюцинаторно-аффективный | 56 | 14,3 | 43 | 21,5 | 13 | 37,1 | – | – | – | – |
| Амнестический | 48 | 12,3 | – | – | – | – | 48 | 68,6 | – | – |
| Аффективный, в том числе: | 45 | 11,5 | 12 | 6,0 | 3 | 8,6 | 2 | 2,8 | 28 | 32,6 |
| Тревожная депрессия | 13 | 3,3 | 1 | 0,5 | – | – | 2 | 2,8 | 10 | 11,6 |
| Дисфорическая депрессия | 12 | 3,1 | – | – | – | – | – | – | 12 | 14,0 |
| Апатическая депрессия | 5 | 1,3 | 5 | 2,5 | – | – | – | – | – | – |
| Адинамическая депрессия | 4 | 1,0 | – | – | – | – | – | – | 4 | 4,7 |
| Меланхолическая депрессия | 3 | 0,8 | – | – | 3 | 8,6 | – | – | – | – |
| Ипохондрическая депрессия | 3 | 0,8 | 2 | 1,0 | – | – | – | – | 1 | 1,2 |
| (Гипо) маниакальный | 5 | 1,3 | 4 | 2,0 | – | – | – | – | 1 | 1,2 |
| Психопатический (психопатопоподобный) | 44 | 11,3 | 8 | 4,0 | – | – | – | – | 36 | 41,9 |
| Делириозный (делириозно-аментивный) | 20 | 5,1 | – | – | – | – | 20 | 28,6 | – | – |
| Психоорганический | 17 | 4,4 | – | – | – | – | – | – | 17 | 19,7 |
| Галлюцинаторный | 8 | 2,0 | 8 | 4,0 | – | – | – | – | – | – |
| Нейролептический | 6 | 1,5 | 6 | 3,0 | – | – | – | – | – | – |
| Кататано-гебефренический | 5 | 1,3 | 5 | 2,5 | – | – | – | – | – | – |
| Судорожный | 5 | 1,3 | – | – | – | – | – | – | 5 | 5,8 |
| Всего | 391 | 100,0 | 200 | 100,0 | 35 | 100,0 | 70 | 100,0 | 86 | 100,0 |

$\chi^2=46,7$; $df=1$; $p<0,001$). Обычно использовалось внутримышечное/внутривенное введение следующих препаратов: аминазин, галоперидол; реланиум, феназепам. Атипичные антипсихотики и новые анксиолитики практически не применялись в условиях СПП. Введение лекарственных препаратов использовалось для купирования острой ажитации, дисфории, тревожных состояний, нарушений сна (бессоннице), умеренных колебаний настроения, судорожных проявлений и осложнений нейролептической терапии, в ряде случаев при шантажно-демонстративных суицидальных попытках. Особого внимания для профилактики насилия и нападения с применением фиксации заслуживало усиление двигательной активности, убыстрение речи, появление немотивированной гневливости, нарастание тревоги (паники), выявление угроз в адрес окружающих.

С впервые в жизни установленным диагнозом ПР было 33,8% больных. Как правило, их состояние врачи квалифицировали либо как психоз (62,9 vs 30,9%; $\chi^2=14,5$; $df=1$; $p<0,001$), состояние деменции (87,1 vs 22,1%; $\chi^2=108,2$; $p<0,001$), либо как ПРНХ (53,5 vs 28,2%; $\chi^2=19,1$; $p<0,001$); среди них было мало больных с шизофренией (1,0 vs 68,1%; $\chi^2=196,0$; $p<0,001$).

Наиболее часто СПП вызывали родители больных (28,9%), родственники (26,7%), супруги (10,7%), что в сумме составляет 66,3%; медработники и врачи (чаще всего токсикологи и анестезиологи-реаниматологи) — 20,7%. Для сравнения

сотрудники правоохранительных органов обращались в СПП в 7,6%, сами больные — в 2,8%, соседи — в 1,8%, прочие люди — в 0,8%.

Анализ вызовов СПП в течение недели показал минимальное число обращений в выходные и праздничные дни (ниже среднего показателя на 27,0—33,0%). Однако, начиная с понедельника число вызовов скорой помощи увеличивалось на 12,7%, достигая максимума в среду (выше — на 30,6%). В четверг начиналось их постепенное снижение, которое заканчивалось в воскресенье ($\chi^2=15,558$; $df=6$; $p=0,01$). В светлое время суток (с 8.00 до 19.00) обсуживалось 64,7% вызовов, в темное время (19.01-7.59) — 35,3%. Данная закономерность оказалась характерной практически для всех ПР, включая больных с суицидальным поведением. Только у больных с деменцией обращаемость была равномерной (около 50%) в светлое и темное время суток (51,4 vs 69,2%; $\chi^2=10,206$; $df=4$; $p=0,004$).

Обсуждение

Как свидетельствуют данные литературы, методика ВВС имеет весьма приемлемые психометрические показатели: валидность — 0,44—1,0, внутритестовая надежность — 0,2—0,3. Чувствительность теста (насколько верно предположение о том, что два балла является риском АП в следующие 24 часа наблюдения) составляет 0,74, специфичность (различия между больными с АП

Таблица 2

Структура АП у больных с ПР при оказании СПП

| Показатель | Оба пола | М* | Ж* | Шизофрения | Психозы | Деменция | ПРНХ |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Спутанность, дезориентация | 197 (50,4%) | 08 (53,2%) | 89 (47,3%) | 67 (33,5%) | 20 (57,1%) | 60 (85,7%) | 50 (58,1%) |
| Раздражительность | 251 (64,2%) | 141 (69,5%) | 110 (58,5%) | 132 (66,0%) | 22 (62,9%) | 36 (51,4%) | 61 (70,9%) |
| Буйство | 207 (52,9%) | 100 (49,3%) | 107 (56,9%) | 117 (58,5%) | 19 (54,3%) | 38 (54,3%) | 32 (37,2%) |
| Словесные угрозы | 15 (29,4%) | 74 (36,5%) | 41 (21,8%) | 68 (34,0%) | 14 (40,0%) | 9 (12,9%) | 25 (29,1%) |
| Физические угрозы | 66 (16,9%) | 38 (18,7%) | 28 (14,9%) | 35 (17,5%) | 11 (31,4%) | 8 (11,4%) | 13 (15,1%) |
| Разрушительные действия | 24 (6,1%) | 10 (4,9%) | 14 (7,4%) | 11 (5,5%) | 5 (14,3%) | 4 (5,7%) | 4 (4,7%) |

* Здесь и далее: М – мужчины, Ж – женщины.

и без АП по всем шести показателям) — 0,91 [12]. Наш опыт использования методики подтверждает, что она является удобным экспресс-инструментом для предсказания АП не только в психиатрических и наркологических стационарах [2, 3, 5], но и в условиях СПП. Шкала позволяет более дифференцированно квалифицировать особенности АП у больного. Оценка занимает минимум времени, показатели однозначны, что позитивно воспринимается врачами и медсестрами, участвующими в исследовании [1, 5].

Практически все проявления АП чаще наблюдаются у больных с ПР при оказании им СПП и они более выраженные, чем в стационаре [1—3, 5]. Как и в нашем исследовании, среди пациентов психиатрических бригад СПП преобладали больные шизофренией, другими психо-зами и органическими ПР [7, 8]. В зарубежных работах АП и насилие чаще всего описывается у больных шизофренией и биполярным аффективным расстройством [13, 15, 16, 18], с тревогой и депрессией, невротическими расстройствами, наркологической патологией [22] и в 50% чаще в состоянии опьянения [17, 20]. Причем самые brutальные случаи АП наблюдаются у больных в маниакальной фазе психоза [22]. Наличие коморбидных, вызванных употреблением психоактивных веществ ПР, резко увеличивает риск такого поведения [13, 22]. Негативные симптомы (социальная отгороженность и др.) уменьшают риск АП [21]. У мужчин АП достоверно чаще наблюдалось у одиноких (холостых), у женщин — проживающих в сельской местности и отдаленных районах [18]. О связи возраста с АП в литературе содержится противоречивая информация.

В одних случаях указывается молодой возраст (средний — 32 года) [17], в других — преклонный [18].

Причинами обращения в СПП также чаще всего являлось АП [5, 7, 8]. Однако применение мер физического стеснения (фиксация, иммобилизация больных) разнятся в изученной литературе. Так, оно применялось в отношении всего 3,1—3,7% госпитализированных больных, медикаментозные средства — в 2,0%, что автор связывает с широким использованием врачами СПП элементов психотерапевтического воздействия [8]. О.А. Карлов указывает выраженные агрессивные тенденции и активное сопротивление окружающим в 1/3 наблюдений, приведших к привлечению сил сотрудников полиции [7]. Наши данные больше соответствуют последним показателям (фиксация использовалась в 28,9%, психотропные препараты — в 27,6%). В зарубежном исследовании механическое удержание чаще применялась у молодых мужчин с психозами и у женщин с биполярным аффективным расстройством [16].

Недобровольная госпитализация осуществлялась в 24,6% случаев, однако через 72 часа после нахождения в психиатрическом стационаре доля таких случаев уменьшалась до 3,7—4,0. Число госпитализированных больных с психозами и шизофренией в Чувашии на 18,6—31,2% и 35,0—43,4% соответственно выше, чем в Российской Федерации [6].

В целом совпадают показатели, касающиеся доли больных с впервые выявленным ПР (38% в [7] и 33,8% у нас), снижение числа вызовов СПП в выходные дни и преимущественная обращаемость в светлое время суток больных с шизоф-

Таблица 3

Вероятность АП у больных с ПР при оказании СПП

| Показатель | Оба пола | М* | Ж* | Шизофрения | Психозы | Деменция | ПРНХ |
|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Высокий риск АП | 138 (35,3%) | 77 (37,9%) | 61 (32,5%) | 73 (36,5%) | 17 (48,6%) | 19 (27,1%) | 29 (33,7%) |
| Умеренный риск АП | 129 (33,0%) | 69 (34,0%) | 60 (31,9%) | 54 (27,0%) | 6 (17,1%) | 39 (55,7%) | 30 (34,9%) |
| Низкий риск АП | 86 (22,0%) | 42 (20,7%) | 44 (23,4%) | 53 (26,5%) | 8 (22,9%) | 10 (14,3%) | 15 (17,4%) |
| Риск АП отсутствует | 38 (9,7%) | 15 (7,4%) | 23 (12,2%) | 20 (10,0%) | 4 (11,4%) | 2 (2,9%) | 12 (14,0%) |
| Баллы (M±SD) | 2,2±1,4 | 2,3±1,4 | 2,1±1,4 | 2,1±1,4 | 2,6±1,8 | 2,2±1,0 | 2,1±1,4 |

* Высокий риск — ≥ 3 балла; умеренный — 2, низкий — 1, отсутствует — 0 баллов.

рений и психозами [8]. Выявленная частота вызовов СПП в течение недели и их время в целом соответствуют циклическим колебаниям самоубийств, совершенных городским населением республики [9, 10]. Равномерная обрабатываемость в светлое и темное время суток больных с деменциями может быть объяснена нарушениями (от 30 до 50%) у пожилых людей суточного ритма в виде инверсии сна с бодрствованием в ночное время и сонливостью днем [4]. Такая инверсия сна часто сопровождается дезориентацией, спутанностью, что было выявлено и в настоящем исследовании.

Современные авторитетные руководства для купирования АП рекомендуют: арипипразол (абилифай), галоперидол, лоразепам, оланзапин, zipразидон. Изоляция и меры стеснения показаны при психозах (делирии), деменции и суицидальном поведении [15]. Причем клозапин является наиболее эффективным средством купирования АП при шизофрении и психозах, а оланзапин может рассматриваться препаратом второй линии выбора [22]. При этом современные Кокрановские систематические обзоры допускают использование при АП и таких препаратов, как аминазин (хлорпромазин) и галоперидол [11, 19]. В другой зарубежной статье у агрессивных больных при оказании неотложной терапии диазепам применялся в 91% случаев, лоразепам — в 88%, галоперидол — в 87% [20]. Бензодиазепины (лоразепам) в ряде случаев могут быть даже более эффективным средством, чем галоперидол при оказании неотложной психиатрической помощи [15]. Приведенные зарубежные данные подтверждают, что типичные нейролептики и традиционные анксиолитики, используемые сотрудники СПП, до настоящего времени остаются в арсенале средств неотложной психиатрической помощи. Применение новых психотропных средств при оказании СПП нуждается в апробации.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало достаточно высокую распространенность АП среди больных с ПР, обслуживаемых СПП. Используемая шкала позволяет оперативно объективизировать проявления АП и с учетом его структуры и выраженности выработать алгоритм действия персонала на вызове. Группами риска АП являются больные шизофренией и другими психозами, лица в возрасте старше 60 лет, находящиеся в состоянии опьянения. Анализ вызовов СПП в течение недели и времени суток может способ-

ствовать выработке оптимальных управленческих решений при планировании работы этого подразделения психиатрической службы.

Список литературы

1. Голенков А.В. Агрессивные действия психически больных в стационаре: стандарты ухода и наблюдения // Медицинская сестра. — 2012. — №6. — С. 23—25.
2. Голенков А.В. Распространенность и предикторы агрессивного поведения пациентов с психическими расстройствами // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. — 2014. — №1. — С. 21—25.
3. Голенков А.В., Булыгина И.Е., Трофимова И.Н. Прогнозирование внутрибольничной агрессии в наркологическом стационаре и ее профилактика // Главная медицинская сестра. — 2011. — №10. — С. 139—146.
4. Голенков А.В., Полуэктов М.Г. Особенности и нарушения сна в пожилом и старческом возрасте // Клиническая геронтология. — 2012. — №7—8. — С. 8—13.
5. Голенков А.В., Седова А.А. Агрессивное поведение: результаты наблюдения и опроса персонала // Медицинская сестра. — 2011. — №7. — С. 7—10.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006—2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). — М., 2012. — 600 с.
7. Карлов О.А. Скорая психиатрическая помощь в системе мер предупреждения общественно опасных действий психически больных: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1997. — 23 с.
8. Новицкий И.Я. Влияние клинических и средовых факторов на обрабатываемость в службу скорой психиатрической помощи: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2008. — 22 с.
9. Сапожников С.П., Карышев П.Б., Кичигин В.А., Голенков А.В., Малов И.П. Связь потребления алкоголя с самоубийствами и днями недели у городского жителей Чувашии // Наркология. — 2012. — №8. — С. 87—91.
10. Сапожников С.П., Карышев П.Б., Кичигин В.А., Голенков А.В. Зависимость частоты самоубийств среди городского населения Чувашии от времени суток и приема алкоголя // Наркология. — 2013. — №11. — С. 11—15.
11. Ahmed U., Jones H., Adams C.E. Chlorpromazine for psychosis induced aggression or agitation // Cochrane Database Syst. Rev. 2010. Apr. Vol. 114, №4:CD007445. doi: 10.1002/14651858.CD007445.pub2.
12. Almvik R., Woods P., Rasmussen K. The Brusset violence checklist (BVC): Sensibility, specificity and inter-rater reliability // Interpers. Violence. — 2000. — Vol. 15. — №12. — P. 1284—1296.
13. Bjurkly S., Hartvig P., Heggen F. et al. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability // Eur. Psychiatry. — 2009. — Vol. 24. — №6. — P. 388—394.
14. Bobes J., Fillat O., Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors // Acta Psychiatr. Scand. — 2009. — Mar. — Vol. 119. — №3. — P. 218—225. — doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01302.x.

15. Clinical Manual of Emergency Psychiatry / Ed. by M.B. Riba, D. Ravindranath. — Washington. — 2010. — 406 p.
16. Goulet M.H., Larue C., Stafford M.C., Dumais A. Profiles of patients admitted to a psychiatric intensive care unit: secluded with or without restraint // Can. J. Psychiatry. — 2013. — Sep. — Vol. 58. — №9. — P. 546—550.
17. James A., Madeley R., Dove A. Violence and aggression in the emergency department // Emerg. Med. J. — 2006. — Jun. — Vol. 23. — №6. — P. 431—434.
18. Meuleners L.B., Fraser M.L. Gender differences in recurrent mental health contact after a hospitalization for interpersonal violence: Western Australia, 1997 to 2008 // J. Interpers. Violence. — 2014. — May 28. — pii: 0886260514534779.
19. Powney M.J., Adams C.E., Jones H. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation) // Cochrane Database Syst. Rev. — 2012. — Nov. — Vol. 14. — №11. — CD009377. doi: 10.1002/14651858.CD009377.pub2.
20. Puffer E., Messer T., Pajonk F.G. Psychiatric care in emergency departments // Anaesthetist. — 2012. — Mar. — Vol. 61. — №3. — P. 215—223. — doi: 10.1007/s00101-012-1991-7.
21. Swanson J.W., Swartz M.S., Van Dorn R.A. et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. — 2006. — May. — Vol. 63. — №5. — P. 490—499.
22. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder // Psychiatr. Danubina. — 2013. — Vol. 25. — №1. — P. 24—33.

Aggressive behaviour of the mentally patients in the emergency psychiatric care

Golenkov A.V. Dr.Med.Sci., Professor, Head of chair of Psychiatry and Medical Psychology,
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary; e-mail: golenkovav@inbox.ru

Underov D.A. Psychiatrist of Republican station of ambulance

The analysis of 391 patients with mental disorders served in the emergency psychiatric care (EPC) within a year showed that various manifestations of aggressive behavior (AB) on a scale of BVC were observed in 90.3%, expressed — in 35.3%. It was connected with clinical structure of mental disorders, alcohol intoxication and age of patients. 57.8 were hospitalized, not voluntary — 24.6%; physical restraint was applied in 28.9% of the cases, psychotropic medications were used in 27.6%. The accounting of various manifestations of AB and its combinations allowed concretizing practical recommendations for the personnel of EPC on a call.

Key words: aggressive behavior, mentally patients, emergency psychiatric care.