

# КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В ИСПРАВИТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

К.Н. Шаклеин<sup>1</sup>, Л.М. Барденштейн<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ

В последние десятилетия все большее внимание уделяется проблеме самоубийств, что обуславливается их беспрецедентным ростом [2, 4–6]. По ряду статистических наблюдений женщины совершают суицидальные действия реже, чем мужчины [2]. Вместе с тем, суициды у женщин составляют более высокую долю от всех случаев насильственной смерти по сравнению с мужчинами [4].

Для возможности более пристального исследования суицидология была выделена как специальный раздел психиатрии, однако, несмотря на многочисленные исследования, множество вопросов остаются открытыми, в частности, вопрос о взаимосвязи суицидальных действий с психическими заболеваниями. Ряд авторов считает, что суициды совершаются в основном лицами с психическими расстройствами [3], другие отрицают подобную взаимосвязь [1, 6]. Кроме того, остаются не вполне изученными гендерные особенности суицидов.

В настоящее время также не существует однозначного мнения по вопросам идентичности понятий «аутоагрессия» и собственно «суицид». Представляется, что понятие «аутоагрессия» шире и включает в себя действия, не только связанные с желанием уйти из жизни или продемонстрировать это желание с целью вызвать сочувствие или добиться желаемого, но по ряду других причин. Особенно это касается лиц, отбывающих наказание в исправительных учреждениях (ИУ).

Исходя из сказанного, целью настоящего исследования является установление взаимосвязей между аутоагрессивными действиями и психическими расстройствами у женщин, отбывающих наказание в ИУ.

## Материалы и методы

В ходе работы было обследовано 197 женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии

УФСИН России, составивших 2 группы. В первую, основную группу вошли 119 женщин с аутоагрессивным поведением, во вторую, контрольную группу – 78 женщин без агрессивного поведения.

В ходе исследования использовались: разработанная автором карта обследования женщин, отбывающих наказание в исправительном учреждении, включающая в себя общие социально-демографические сведения о заключенной, данные анамнеза, сведения о перенесенных экзогенно-органических вредностях, сведения, полученные в результате клинического, психометрического исследований и психологического эксперимента, шкала тревоги и депрессии по М.Гамильтону, клинико-психопатологический, неврологический, статистический методы.

В качестве статистического метода применялся способ анализа различия между группами Краскела-Уоллеса. Обработка статистических данных осуществлялась с помощью программы PARSW Statistics-18.

Клиническое исследование проводилось после получения добровольного согласия осужденных на основании требований ст. 21 главы 2 Конституции Российской Федерации, ст. 29 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 и Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

## Результаты и обсуждение

Исследование аутоагрессивных действий у женщин, отбывающих наказание в ИУ, показало, что подобные поступки (нанесение порезов, попытки отравления или повешения, заглатывание инородных предметов) могли носить «истинный» характер, то есть это был суицидальный акт, связанный с нежеланием жить (68 случаев, 57,1%). В 29 случаях (24,4% наблюдений) насилия над собой совершались с опре-

деленной целью (сменить камеру, попасть в больницу, продемонстрировать, чтобы вызвать уважение или страх у окружающих). В этих случаях агрессивные действия над собой не являлись собственно суицидальным актом, то есть они не были связаны с нежеланием жить, и их можно было рассматривать как инструментальную аутоагрессию. В 22 случаях (18,5%) аутоагрессивные действия совершались по типу ответной реакции, когда женщина в силу обстоятельств не могла ответить гетероагрессией и наносила самоповреждения на пике психического напряжения с целью разрядки. Такие действия условно можно было назвать реактивной аутоагрессией.

Результаты сравнительного анализа частоты встречаемости определенных форм психических расстройств у женщин основной и контрольной групп показали, что в группе женщин с аутоагрессивным поведением структура психических расстройств существенно отличалась от таковой в группе женщин без агрессивного поведения. В основной группе преобладали невротические (59 наблюдений, 49,6%) и аффективные расстройства (37 наблюдений, 31,1%), существенно меньшую долю составили расстройства личности (14 наблюдений, 11,8%) и органические психические расстройства (9 наблюдений, 7,6%), а случаи умственной отсталости отсутствовали.

В контрольной группе невротические (29 наблюдений, 37,2%) и аффективные (3 наблюдения, 3,8%) расстройства составили существенно меньшую долю по сравнению с основной группой, а органические (18 наблюдений, 23,1%) и личностные (17 наблюдений, 37,2%) расстройства – большую долю. В 11 наблюдениях (14,1%) отмечалась умственная отсталость (табл. 1).

Таким образом, аутоагрессивные действия чаще всего совершались женщинами с невротическими и личностными расстройствами, редко – с органическими и личностными расстройствами и отсутствовали у женщин с умственной отсталостью. Следует также отметить, что «истинные» суицидальные действия с целью уйти из жизни в основном совершались заключенными с депрессиями, чуть реже – с невротическими расстройствами. Инструментальный характер аутоагрессивные действия

носили при органических и личностных расстройствах, а реактивный характер – при невротических расстройствах.

Исследование структуры приведенных выше основных форм психической патологии в двух сравниваемых группах показало, что в основной группе в 7 случаях (77,8%) органические расстройства соответствовали группе расстройств под рубрикой F06 МКБ-10 – «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга». В 2 случаях (22,2%) они соответствовали группе расстройств под рубрикой F07 – «Расстройства личности и поведения вследствие повреждения головного мозга». У женщин без агрессивного поведения органическое психическое расстройство всегда соответствовало рубрике F06.

Во всех случаях наличие органического заболевания было подтверждено результатами ЭЭГ, показывавшими нерезко выраженные или умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга и результатами неврологических исследований, выявлявших неврологические симптомы, свидетельствующие о наличии органического повреждения головного мозга.

Клиническая картина психических расстройств, возникающих вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, определялась церебральной симптоматикой, эмоциональной лабильностью, интеллектуально-мнестическим снижением (классическая триада). При этом у женщин с аутоагрессивным поведением проявления органических психических расстройств дополнялись элементами тревожных или депрессивных состояний или их сочетанием. Аффективные нарушения всегда носили вторичный характер по отношению к основным проявлениям заболевания, были выражены не достаточно, чтобы говорить об органических аффективных (F06.3) или органических тревожных (F06.4) расстройствах. Дополнение клинической картины аффективными компонентами, хотя и усиливало эмоциональную лабильность, придавало психическим расстройствам депрессивный, ипохондрический характер.

Расстройства личности вследствие повреждения головного мозга отличались от описанных выше

Таблица 1

**Формы психических расстройств в зависимости от поведения женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии**

Форма психических расстройств	Поведение в колонии				Всего	
	Аутоагрессивное поведение		Без агрессивного поведения			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F00–09	9	7,6	18	23,1	27	13,7
F60–69	14	11,8	17	21,8	31	15,7
F40–49	59	49,6	29	37,2	88	44,7
F30–39	37	31,1	3	3,8	40	20,3
F70–79	0	0,0	11	14,1	11	5,6
Всего	119	100,0	78	100,0	197	100,0

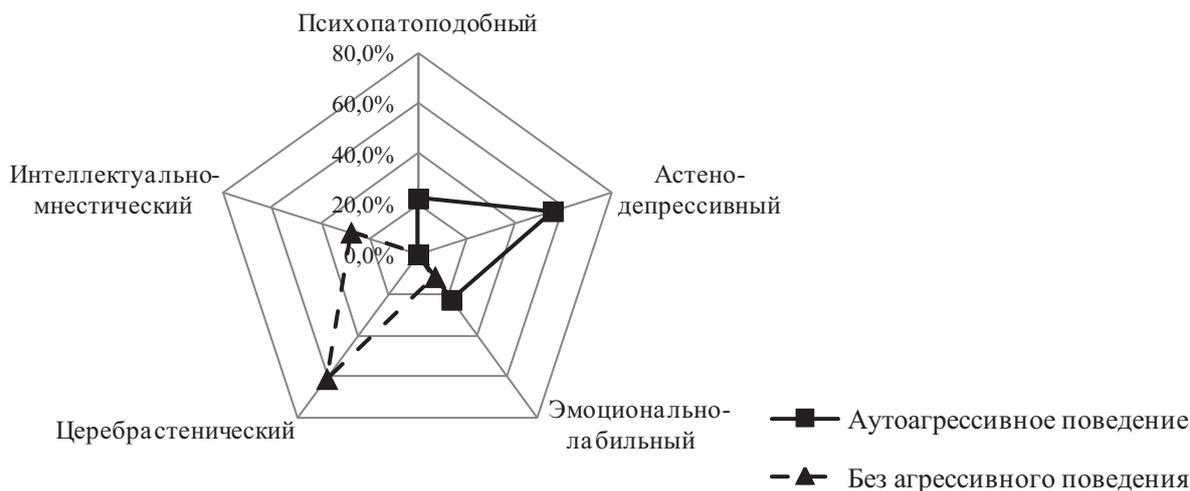


Рис. 1. Ведущие синдромы в психическом статусе органических психических расстройств у женщин с аутоагрессивным поведением и у женщин без аутоагрессивного поведения

клинических проявлений наличием выраженных психопатоподобных проявлений по истерическому типу. В результате клиническая картина органических психических расстройств к моменту совершения аутоагрессивных действий определялась психопатоподобными (2 случая, 22,2%), астено-депрессивными (4 случая, 44,4%) или депрессивно-ипохондрическими (3 случая, 33,3%) расстройствами (рис. 1).

В отличие от основной группы обследованных в контрольной группе, клиническая картина ограничивалась церебрастенической симптоматикой, интеллектуально-мнестическим снижением и резко выраженной эмоциональной лабильностью. Аффективные проявления были слабо выражены. Клиническая картина была оформлена преимущественно признаками церебрастенического характера (11 наблюдений, 61,1%), в 5 случаях (27,8%) на первый план выступали интеллектуально-мнестические нарушения, а эмоциональная лабильность отмечалась лишь в 2 случаях (11,1%).

В группе расстройств личности и поведения у женщин с аутоагрессией в соответствии с классификацией МКБ-10, были выделены: эмоционально-неустойчивое (пограничный подтип) (F60.31) – 5 случаев (35,7%), истерическое (F60.4) – 6 случаев (42,9%), тревожное уклоняющееся (F60.6) – 3 случая (21,4%) расстройства.

В контрольной группе эмоционально-неустойчивое расстройство отсутствовало, истерическое расстройство составило 4 случая (23,5%), зависимое – 6 наблюдений (35,3%), шизоидное – 5 наблюдений (29,5%) и тревожное, уклоняющееся расстройство – 2 наблюдения (11,7%).

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности в группе женщин с аутоагрессивным поведением по характеру проявлений представляло собой пограничный вариант. Эмоциональная неустойчивость имела, по сравнению с импульсивным вари-

антом, как бы «приглушенный» характер, и, хотя у таких женщин и прослеживались периодически возникающие вспышки гнева, они не носили отчетливого импульсивного характера с окраской ярости и жестокости и всегда были спровоцированы определенными действиями сокамерниц или персонала. Вместе с тем, в условиях лишения свободы, к имеющимся расстройствам присоединялись аффективные нарушения, которые «оформляли» клиническую картину психопатических фаз и состояний декомпенсации. Проявление декомпенсаций характеризовалось заострением типологических черт характера с присоединением аффективных, невротических и соматовегетативных нарушений. Депрессивные расстройства придавали психопатологическим проявлениям астеническую и ипохондрическую окраски. В результате декомпенсации могли ограничиваться заострением преморбидных черт характера или принимать характер астено-депрессивных и депрессивно-ипохондрических расстройств.

Основными проявлениями истерического расстройства личности являлись склонность к драматизации ситуаций, преувеличенное выражение эмоций при их поверхностности и лабильности, подверженность колебаниям поведения в зависимости от малейших изменений обстоятельств. Состояния декомпенсации характеризовались присоединением расстройств аффективного и невротического круга и проявлялись депрессивными, астено-депрессивными, депрессивно-ипохондрическими состояниями.

При тревожном, уклоняющемся расстройстве личности у женщин отмечалась эмоциональная напряженность, ощущения «предчувствия» чего-то неотвратимого, сопровождавшиеся заниженной самооценкой, выраженной боязнью плохого отношения к ним. В условиях лишения свободы наблюдалось заострение имеющихся черт личности с присоединением сниженного аффекта, сопрово-

ждающееся неопределенной тревогой, страхами, вегетативными дисфункциями. Дифференциально-диагностическими критериями при отграничении подобной патологии от невротических расстройств являлись: устойчивый стереотип поведения; постоянно присутствующая напряженность, не связанная с конкретной ситуацией; фрагментарный характер тревожно-депрессивной симптоматики, не укладывающийся в картину какой-либо определенной формы невротического расстройства. Состояния декомпенсации во всех случаях носили тревожно-депрессивный характер.

Следует также отметить, что при любых формах личностной патологии состояния декомпенсации всегда начинались с заострения преморбидных черт личности, поэтому каким бы не был ведущий синдром в подобных состояниях, всегда прослеживались личностные особенности, которые наряду с аффективными, тревожными и другими расстройствами, оказывали влияние на поведение заключенных. В результате, при любых состояниях, в условиях лишения свободы, могло возникнуть внезапное возбуждение с разрушительными действиями, в такие периоды заключенные обычно и наносили себе повреждения.

В целом при расстройствах личности и поведения декомпенсации определялись астено-депрессивными (5 наблюдений, 35,7%), депрессивными (6 наблюдений, 42,9%) и астено-ипохондрическими состояниями (3 наблюдения, 21,4%).

Истерические расстройства в группе женщин без агрессивного поведения отличались по клинической картине от основной группы меньшей выраженностью аффективных колебаний, а состояния декомпенсации, как правило, ограничивались заострением преморбидных личностных черт без выраженности компонентов депрессивного или невротического характера.

Клиническая картина зависимого расстройства личности отличалась от таковой у женщин с аутоагрессивным поведением проявлениями декомпенсаций, которые характеризовались исключительно заострением преморбидных черт или проявлениями астенической симптоматики с нерезко выраженными признаками депрессии, ипохондрии.

В случаях тревожного, уклоняющегося расстройства личности декомпенсации характеризовались преимущественно заострением имеющих черт с невыраженными колебаниями аффекта, отдельными проявлениями сниженного настроения.

Шизоидное расстройство всегда формировалось на фоне уже имеющих шизоидных черт личности в виде слабо развитых интересов, склонности к одиночеству, однообразных увлечений, избегания общения с окружающими. В условиях лишения свободы такие женщины вступали в общение только в неизбежных случаях, были холодны, равнодушны к окружающим и происходящим событиям, не реагировали на замечания и старались как можно чаще уединяться, ни с кем не сближались. У них никогда не отмечалось колебаний настроения, проявлений тревоги или страха.

В контрольной группе декомпенсации личностных расстройств определялись чаще всего заострением преморбидных черт личности (11 наблюдений, 64,7%), реже – астено-ипохондрическими (4 наблюдения, 23,5%) или астено-депрессивными состояниями (2 наблюдения, 11,8%) (рис. 2).

В группе женщин с аутоагрессивным поведением структура невротических расстройств так же, как и структура других форм психической патологии, отличалась от таковой, наблюдавшейся в контрольной группе. Наибольшую долю составило смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 21 наблюдение (35,6%). Расстройство адаптации как реакция на тяжелый стресс (F43.2) составило 17

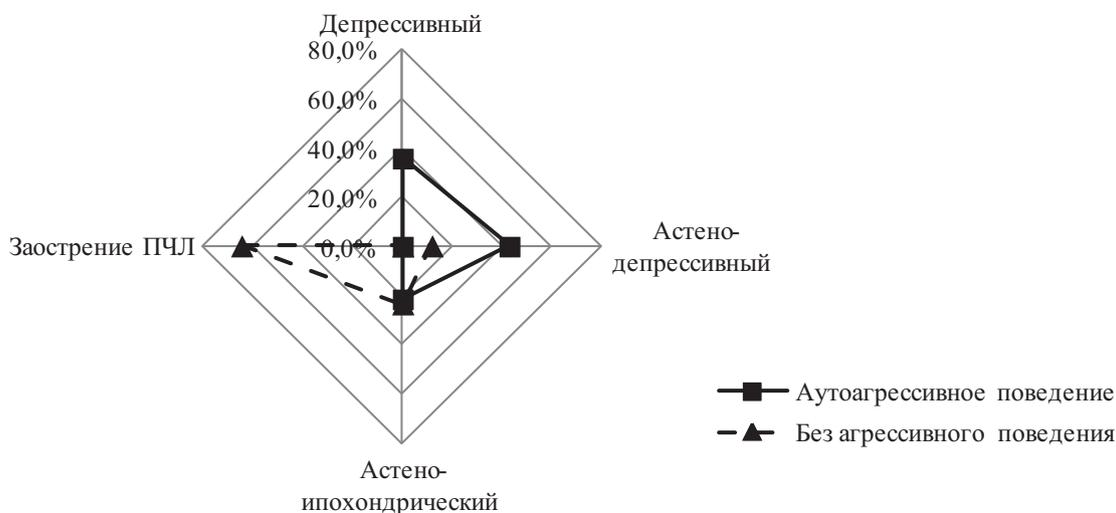


Рис. 2. Ведущие синдромы в психическом статусе декомпенсации личностных расстройств у женщин с аутоагрессивным поведением и у женщин без аутоагрессивного поведения

наблюдений (28,8%), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 12 наблюдений (20,3%) и специфическое фобическое расстройство (F40.2) – 9 наблюдений или 15,5% случаев.

В контрольной группе женщин преобладала невротическая (F48.0) – 18 наблюдений (62,1%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство составило 7 наблюдений (24,1%), а расстройство адаптации – наименьшее количество случаев (4 наблюдения, 13,8%).

У женщин основной группы клиническая картина смешанных тревожных и депрессивных расстройств характеризовалась сочетанием тревоги и депрессии равной степени выраженности, которые сопровождалась церебростеническими расстройствами, повышенной раздражительностью, то есть теми расстройствами, которые привносила в клиническую структуру имеющаяся, хотя и слабо выраженная органически измененная почва. В ряде случаев тревожно-депрессивные состояния сопровождалась нерезко выраженными элементами фобических расстройств.

Невротические расстройства в виде нарушений адаптации возникали и формировались непосредственно в исправительных учреждениях в условиях лишения свободы и представляли собой реакцию на резко изменившиеся, стрессогенные условия. Такие состояния всегда возникали у женщин с первой судимостью, в течение первого года пребывания под стражей. Затянувшаяся стрессовая ситуация приводила к затяжному характеру проявлений депрессивных и тревожных расстройств. Независимо от выраженности последствий экзогенно-органических вредностей к тревожно-депрессивным состояниям присоединялись расстройства астенического характера, проявлявшиеся повышенной истощаемостью, некоторой физической заторможенностью, что по клинической картине напоминало психогенно обусловленные депрессивные эпизоды. Отличительной особенностью являлось отсутствие необходимого количества диагностических критериев для того, чтобы констатировать наличие депрессии как нозологической единицы. В зависимости от преобладания астенического или тревожного компонента депрессии, актуальный психический статус определялся тревожно-депрессивными, тревожно-ипохондрическими состояниями.

Генерализованное тревожное расстройство характеризовалось стойкой тревогой, при отсутствии непосредственной связи с какими-либо определенными событиями. Дифференциальная диагностика основывалась на первичности тревожных расстройств по отношению к другим сопутствующим симптомам и их стойкости. Тревога сопровождалась нарушениями в вегетативной сфере (тахикардия, тремор, повышенное потоотделение, чувство удушья), скованностью, страхами за свое здоровье и за свою жизнь. Вместе с тем, как и при других формах невротиче-

ских расстройств, у женщин с генерализованной тревогой не прослеживалось дистимических или дисфорических состояний. Психический статус к моменту совершения аутоагрессивных действий определялся тревожно-ипохондрическими или тревожно-депрессивными состояниями.

Фобические расстройства сложно было выделить в отдельную группу, поскольку в условиях лишения свободы стойкий навязчивый страх не был связан с какими-то ситуациями, типичными в обыденной жизни. По диагностическим требованиям, согласно МКБ-10, фобические расстройства более всего соответствовали специфическим (изолированным) фобиям, которые, однако, имели тенденции к постепенной генерализации. Все фобические расстройства так или иначе были связаны с условиями изоляции. При этом можно было выделить специфический страх какого-то определенного лица, обычно – жестокого лидера камеры (3 случая) или страх отправлять физиологические потребности (2 случая). Такой страх возникал у женщин с нарушениями менструального цикла (сокращались промежутки между циклами), сопровождающимися обильным кровотечением, болевым симптомом. В этих случаях заключенные боялись, что их особенности будут замеченными, они сделаются предметом обсуждения, насмешек и издевательств. В 3 случаях женщины боялись заразиться инфекционным заболеванием. В отличие от простых страхов, присущих людям, специфические фобии возникали на пике тревожных состояний, сопровождавшихся обильной вегетативной симптоматикой (тахикардией, чувством удушья, тремором конечностей, обильным потоотделением, покраснением лица и др.). Кроме того, женщины пытались, насколько это было возможно, избегать ситуаций, связанных с фобиями. Они под любым предлогом старались завладеть спальным местом, как можно дальше удаленным от женщин, вызывавших у них страх, старались отправлять физиологические потребности только ночью, по мере возможности как можно чаще мыли руки. Дифференциально-диагностическим критерием, отделяющим фобические расстройства от других расстройств невротического круга, был доминирующий аффект страха. К аффекту страха часто присоединялась тревога, преобразуя клиническую картину в тревожно-фобические состояния.

В целом в качестве ведущих синдромов при невротических расстройствах определялись тревожно-ипохондрические (23 наблюдения, 39,0%), тревожно-депрессивные (21 наблюдение, 35,6%), тревожно-фобические (9 наблюдений, 15,3%) и тревожно-астенические (6 наблюдений, 10,2%) состояния (рис. 3).

В контрольной группе клиническая картина наиболее часто встречающейся невротической определялась повышенной утомляемостью, снижением физической активности, трудностями сосредоточения, повышенной отвлекаемостью, ощущением слабости. Указанные расстройства сочетались с

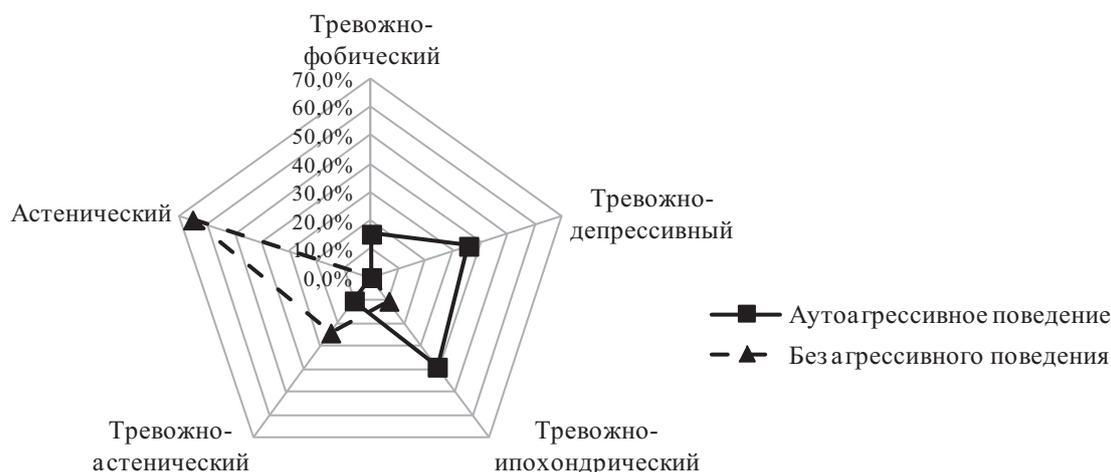


Рис. 3. Ведущие синдромы в психическом статусе невротических расстройств у женщин с аутоагрессивным поведением и у женщин без аутоагрессивного поведения

нарушением сна, головными болями, головокружениями. Транзиторные аффективные колебания были слабо выражены, носили вторичный характер по отношению к стойкому чувству усталости и не достигали уровня отчетливо выраженной депрессии или тревоги.

Клиническая картина смешанных тревожных и депрессивных расстройств, так же, как и в основной группе, характеризовалась сочетанием тревоги и депрессии равной выраженности, которые могли сопровождаться церебрастеническими расстройствами, повышенной раздражительностью. При этом тревога и депрессия были выражены в существенно меньшей степени и носили нестойкий характер.

Невротические расстройства в виде нарушений адаптации у женщин без агрессивного поведения так же, как и в основной группе формировались в условиях лишения свободы без воздействия дополнительных стрессовых факторов, но не сопровождались отчетливыми страхами, выраженной тревогой. Клиническая картина в основном характеризовалась неглубокими депрессивными и тревожными проявлениями, которые по мере привыкания к окружающей обстановке могли нивелироваться.

В контрольной группе при невротических расстройствах ведущими синдромами являлись: астенический (19 наблюдений, 65,5%), тревожно-астенический (7 наблюдений, 24,2%) и тревожно-ипохондрический (3 наблюдения, 10,3%).

Как уже указывалось выше, аффективные расстройства в группе женщин с аутоагрессивным поведением составили существенную долю. При этом преобладали тяжелые депрессивные эпизоды (22 наблюдения, 59,5%), умеренные составили 15 наблюдений (40,5%), а случаи легких депрессивных эпизодов отсутствовали. В контрольной группе были выявлены лишь депрессивные эпизоды легкой степени.

Депрессивные состояния характеризовались классической триадой признаков: сниженное настроение,

двигательная и интеллектуальная заторможенность, которые были представлены в клинической картине в большей или меньшей степени выраженности.

Депрессивные эпизоды возникали чаще всего в течение первых лет пребывания в исправительной колонии, как реакция на недружелюбное или жестокое обращение сокамерниц. Сниженный аффект мог формироваться постепенно, на фоне нарастающей астении, понемногу приобретая клинически очерченный характер депрессии или на фоне декомпенсации имеющихся преморбидных личностных особенностей, с последующим клиническим оформлением депрессии.

При депрессивных расстройствах умеренной степени выраженности сниженный аффект сопровождался снижением интересов, самоуничижительными мыслями, нарушениями сна, размышлениями о смерти. Моторная и идеаторная заторможенность были неярко выражены. Депрессивные расстройства могли сопровождаться проявлениями тревожного и фобического характера.

Тяжелые депрессивные эпизоды без психотической симптоматики всегда возникали в результате грубого и жестокого отношения сокамерниц и характеризовались резким снижением настроения с тоскливым и тревожным оттенком. Депрессивная триада была отчетливо выражена. Сниженное настроение сопровождалось очевидной двигательной заторможенностью, замедлением мыслительных процессов. Женщины в подобных состояниях утрачивали интерес к окружающему, постоянно винили себя во всем, что с ними произошло, постоянно думали о смерти, предпринимали неоднократные попытки покончить жизнь самоубийством. Проявление органической почвы и преморбидных особенностей, в случаях наличия таковых, как бы поглощались резко сниженным аффектом с моторно-идеаторной заторможенностью и выступали в клинической картине отдельными проявлениями в виде головных болей,

головокружений, ощущения «непреодолимой усталости». Вместе с тем, затяжная стрессовая ситуация не могла не придавать депрессии тревожного оттенка. Сниженное настроение сопровождалось постоянным внутренним напряжением, не покидающим больных страхом с неприятными ощущениями в области сердца, «томлением», неопределенными, но неотступными предчувствиями.

### Заключение

Межгрупповой анализ структуры психических расстройств с использованием статистического метода позволил уточнить полученные данные. Органические расстройства, относящиеся к диагностической рубрике: «Другие органические расстройства вследствие повреждения головного мозга» в 100,0% случаев присутствовали в контрольной группе, в основной расстройства личности составили 22,2% случаев. В результате оказались выраженными различия по средним рангам ( $R_2=48,3$ ;  $R_3=36,5$ ).

В основной группе преобладали истерические (42,9%) и эмоционально-неустойчивые (пограничный подтип) (35,7%) расстройства личности и 21,4% случаев составили тревожные, уклоняющиеся расстройства, а в контрольной группе – зависимое расстройство (35,3%) ( $R_2=56,4$ ;  $R_3=32,6$ ).

Среди невротических расстройств в основной группе преобладали смешанные тревожные и депрессивные расстройства (35,6%) и реакции на тяжелый стресс в виде расстройств адаптации (28,8%), а в контрольной группе – неврастения (62,1%) ( $R_2=89,4$ ;  $R_3=43,5$ ). Среди аффективных расстройств в основной группе преобладали тяжелые депрессивные эпизоды (68,4%), при этом депрессии легкой степени отсутствовали, а в контрольной группе были выявлены лишь легкие депрессивные эпизоды ( $R_2=37,2$ ;  $R_3=10,7$ ).

Достоверность различий между группами по структуре расстройств оказалась на максимально значимом уровне ( $P<0,001$ ) (табл. 2).

Важно также отметить, что при наличии сходных расстройств в рассматриваемых группах существенные различия отмечались по ведущему синдрому, определяющему клиническую картину. В основной группе состояния на момент обследования определялись преимущественно депрессивными симптомами в сочетании с тревогой, фобией, астенией, а в контрольной группе актуальный психический статус характеризовался преимущественно астеническими, психастеническими, интеллектуально-мнестическими расстройствами или заострением преморбидных черт личности.

Таблица 2

**Сводная таблица межгруппового анализа по клиническим формам психических расстройств**

Формы психических расстройств	Группы исследования		Средний ранг (R)		Достоверность различий
	основная N 119	контрольная N 78	основная	контрольная	
<b>Органическое поражение головного мозга</b>					
F 06	77,8	100,0	R=48,3	R=36,5	P<0,001
F 07	22,2	0,0			
Всего	100,0	100,0			
<b>Расстройства личности и поведения</b>					
F 60.31	35,7	0,0	R=56,4	R=32,6	P<0,001
F 60.4	42,9	23,5			
F 60.7	0,0	35,3			
F 60.6	21,4	11,8			
F 60.1	0,0	29,4			
Всего	100,0	100,0			
<b>Невротические расстройства</b>					
F 43.2	28,8	13,8	R=89,4	R=58,7	P<0,001
F 41.2	35,6	24,1			
F 41.1	20,3	0,0			
F 40.2	15,3	0,0			
F 48.0	0,0	62,1			
Всего	100,0	100,0			
<b>Аффективные расстройства</b>					
F 30.0	0,0	100,0	R=37,2	R=10,7	P<0,001
F 30.1	40,5	0,0			
F 30.2	59,5	0,0			
Всего	100,0	100,0			

Таким образом, в результате клинического исследования было установлено:

1. Наиболее значимыми предикторами аутоагрессивного поведения женщин в ИУ являются тяжелые депрессивные состояния и депрессивные состояния умеренной степени выраженности, невротические расстройства с тревожно-депрессивными и фобическими состояниями, формирующимися в условиях лишения свободы под действием затяжных или острых стрессовых ситуаций;

2. Предикторами гетероагрессивного поведения женщин в ИУ также являются органические расстройства с психопатоподобными состояниями; личностные расстройства по истерическому; эмоционально-неустойчивому (пограничный подтип), тревожному, уклоняющемуся типам;

3. Значимыми предикторами аутоагрессивного поведения женщин в ИУ являются любые формы психических расстройств, не достигающих психотического уровня, с депрессивными, тревожными и фобическими состояниями.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств: изучение и проведение предупредительных мер. М., 1980. 164 с.
2. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т.16, № 3. С. 22–27.
3. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. 2000. № 6. С. 18–20.
4. Положий Б.С., Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин. Клинико-социальный и профилактический аспекты. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского Минздрава России, 2014. 195 с.
5. Farberow N.L. Prevention and therapy in crisis // Suicide and attempted suicide. Stockholm, 1972. P. 303–316.
6. Haynes R.L., Marques J.K., Patterns of suicide among hospitalized mentally disordered offenders // Suicide Life Treat. Behav. 1984. Vol. 148, N 2. P. 113–125.

### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В ИСПРАВИТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

К.Н. Шаклеин, Л.М. Барденштейн

В статье на основе сравнительного клинического анализа 119 женщин с аутоагрессивным поведением и 78 женщин без агрессивного поведения, отбывающих наказание в исправительной колонии, получены данные о высокой частоте встречаемости у женщин с аутоагрессивным поведением депрессивных и невротических расстройств, возникающих как следствие стресса. Авторы приходят к заключению, что наравне с депрессивными и невротическими расстройствами,

значимыми предикторами аутоагрессии следует также считать органические расстройства, а также расстройства личности, сопровождающиеся выраженной аффективной симптоматикой в условиях лишения свободы.

**Ключевые слова:** аутоагрессивное поведение, суицидальные попытки, структура психических расстройств, психический статус.

### CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL PREDICTORS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN FEMALE PRISONERS IN A CORRECTIVE FACILITY

K.N. Shaklein, L.M. Bardenshtein

The article reports the results of a clinical analysis of 119 female prisoners with self-destructive behaviours and 78 ones without features of autoaggression. Self-destructive behaviours appear to be common in female prisoners with depressive and neurotic disorders developed as a consequence of exposure to stress. The authors conclude that besides depressive and

neurotic disorders, organic ones also happen to be significant predictors of self-destructive behaviour, as well as personality disorders accompanied by prominent affective symptoms under conditions of imprisonment.

**Key words:** autoaggressive behaviour, suicide attempts, structure of mental disorders, mental status.

---

**Шаклеин Константин Николаевич** – кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора по лечебной и экспертной работе, главный врач ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: shaklein@serbsky.ru

**Барденштейн Леонид Михайлович** – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова Министерства здравоохранения РФ; e-mail: barden@mail.ru