

СООТНОШЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОСТИ И КРИМИНАЛЬНОЙ АГРЕССИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В. Ф. Войцех, Е. М. Холодова, В. Е. Цупрун, М. В. Пак

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»,
Психоневрологический диспансер № 9 города Москвы*

Проблема дифференциации психически больных в амбулаторной практике, находящихся под грифом АДН (активное динамическое наблюдение), склонных к агрессии и суициду, остается актуальной, прежде всего, в плане активности динамического наблюдения, адекватной терапии, своевременного стационарирования, прогноза и профилактики асоциальных действий.

В докладе ВОЗ «Насилие и его влияние на здоровье» под термином насилие понимается «преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против другого лица, группы лиц или общества, результатом которого являются телесное повреждение, психологическая травма, отклонения в развитии и депривация» (17). Типология насилия, использованная в докладе, подразделяет насилие на три широкие категории – насилие, направленное на себя, коллективное и межличностное.

Таким образом, это определение включает в себя не только агрессивные действия, но и суицидальные поступки.

Р.Бэрон, Д.Ричардсон (4) разделяют понятия агрессии и агрессивности, указывая, что собственно агрессивность следует рассматривать как модель поведения, а не как эмоцию-мотив или установку. Если агрессия это действие, направленное на нанесение физического или психического вреда, либо уничтожение человека, то агрессивность – это мотивированное, часто свойственное личности, деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе. Агрессивность по интенсивности может носить как патологический, так и адаптивный характер (функция самосохранения), когда деятельность личности проявляется гармонично и неконфликтно (4).

Т.Б.Дмитриева и соавт. (9–11) также считают, что следует особо выделять агрессивность как свойственную личности черту характера, выражающуюся в готовности к агрессивному восприятию и соответствующей интерпретации поведения дру-

гого лица или лиц, в противовес агрессии. Авторы находят, что отличительной особенностью убийц является постоянная напряженность и высокая тревожность. Характерно, что у 25% обследованных в анамнезе имели место различные аутоагрессивные поступки, в том числе и суицидальные попытки. Показано, что в формировании агрессивного поведения психически больных большую роль играют не только особенности психического состояния, но и реальные микро- и макросоциальные факторы.

Многие как отечественные, так и зарубежные авторы отмечают определенную взаимосвязь аутоагрессивности и склонности к агрессии (2, 3, 8, 14, 16, 19). Особое внимание при этом уделяется депрессивной симптоматике, в структуре которой многие авторы находят взаимосвязь между аффектом, агрессией и враждебностью (1, 5, 12, 26, 28, 30, 31).

С.С.Корсаков писал: «Иной раз действие, направленное против других, а главным образом, все-таки против себя, заключается не в стремлении лишить себя жизни, а в нанесении себе повреждений. Стремление заглушить хоть немного свою душевную боль каким-нибудь физическим страданием» (15).

Ряд исследователей (27, 29, 33) находят взаимосвязи суицидального риска с импульсивностью, гневливостью, враждебностью, что проявляется, главным образом, интрапунитивным путем с высоким уровнем чувства вины и депрессии. R.W.Maris (27) находил положительную корреляцию ($r=0,5$) между суицидом и агрессией. По нашим данным около 36% суицидентов мужчин и 27% женщин, поступавших в реанимацию, совершили перед суицидом агрессивные акты (10).

Отмечено значимое влияние на формирование как суицидального, так и агрессивного поведения факторов алкоголизации и наркотизации (17, 26).

Р.Е.Kendell (25), приводя данные эпидемиологических исследований, рассматривает агрессию и депрессию с точки зрения реципрокных взаимоотношений. Так, например, он обращает внимание на частые обратные взаимоотношения между часто-

той убийств и частотой суицидов (как крайней степени «агрессии на себя») в различных странах и в различные периоды. Сравнивая данные по частоте и тяжести депрессий в различных странах и культурах, R.E.Kendell отмечает, что в странах Европы (особенно в Скандинавии и Великобритании) и Северной Америке, где «не принято» прямое и открытое выражение агрессии (особенно физической) в отношениях между людьми, высока частота депрессивных расстройств.

В сравнении с этим, в агрокультурных популяциях Азии и Африки, где отношение к агрессии является более лояльным, а «жестокость и нападение подчас являются частью обыденной жизни» частота и степень выраженности депрессий гораздо ниже.

Обобщая изложенное, можно сделать вывод, что в целом признается факт определенных взаимоотношений агрессивного и суицидального поведения, но проблема их взаимосвязи решается в двух направлениях. С одной стороны, признается прямое участие агрессивности в формировании суицидального поведения с учетом и того, что агрессивность способствует развитию конфликтов. С другой – эти связи признаются реципрокными, то есть либо суицид, либо агрессия. Встает вопрос об инициации того или иного поведения, которое может быть обусловлено только уровнем агрессивности данной личности, или агрессивность как таковая просто «канализируется» в соответствующем направлении, например при аутоагрессии, в зависимости от реальной, либо патологической ситуации. Если признать факт сочетания депрессии, агрессии и суицидального поведения, то встает вообще вопрос, в какой мере они взаимодействуют при формировании суицидального поступка.

В связи с этим, нами была поставлена задача изучения соотношения суицидального поведения и агрессии, роли и места агрессивности в формировании суицидального поведения у психически больных в амбулаторной психиатрической практике.

В качестве модели исследования использованы больные психиатрического диспансера, наблюдающиеся под грифом АДН. Мы руководствовались следующими соображениями. Прежде всего, это реальный амбулаторный контингент, проживающий в домашних условиях, то есть приближен к обыденной жизни, получает только поддерживающую терапию, то есть не загружен препаратами и не находится в остром психотическом состоянии, и регулярно наблюдается психиатром при высокой вероятности повтора асоциального поведения. Кроме того, если имеется некоторая общность механизмов формирования суицидального поведения с участием агрессивности, то это должно проявиться и на разнородном, в том числе и в диагностическом плане, материале. Преследовался и чисто практический интерес в плане усовершенствования лечебно-профилактической помощи.

Материалы и методы исследования

Были обследованы три равные в количественном отношении (по 50 чел.) группы больных. Первая группа (I) – больные с агрессивным и суицидальным поведением (A+S), вторая (II) – пациенты с агрессивным поведением, без проявления суицидального поведения (A), и, наконец, третья (III) – больные только с суицидальными проявлениями (S).

Все больные обследованы клинико-психопатологическим методом, на каждого была заведена суицидологическая карта (18), разработанная в отделе суицидологии, кроме того, были использованы следующие шкалы: Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала самооценки Спилбергера-Ханина, опросник по оценке агрессии Басса-Дарки, шкалы Гамильтона (HDRS-21) для оценки тревоги и депрессии.

Критерием исключения больных из исследования служило наличие у них правонарушений неагрессивного характера, например, корыстные действия (кражи и т.п.). В исследование включались только пациенты, совершившие правонарушения с очевидным агрессивным характером: убийства, нанесение телесных повреждений, изнасилование, грабеж, разбой, угроза убийством, хулиганство.

Полученные в ходе исследования данные были статистически обработаны программой «Статистика 6».

Пол. В группах больных с агрессивным и суицидальным поведением (A+S) и среди пациентов с агрессией (A) в основном преобладали лица мужского пола (86% и 90% соответственно) и только среди суицидентов (S) гендерное распределение было равным.

Возраст. Во всех группах доминировали лица в возрастном диапазоне от 20 до 49 лет (88%, 58% и 62% соответственно). Пациенты более пожилого возраста (50–59 лет) занимали соответственно – 12%, 32% и 38%. Средний возраст пациентов по группам составлял соответственно – $39,3 \pm 10,7$; $47,1 \pm 16,3$ и $45,1 \pm 13,7$ года. Таким образом, группа больных с сочетанием агрессивного и суицидального поведения оказалась достоверно ($p < 0,01$) моложе других групп.

Социально-демографические характеристики изученных больных представлены в табл. 1.

Приведенные в таблице данные свидетельствуют о неблагоприятном семейном статусе пациентов всех групп. В группе (A+S) (агрессивное и суицидальное поведение) не были женаты (не замужем) 66% больных, среди больных с агрессией – 52% соответственно, а среди суицидентов (S) – 44%, то есть в группе (A+S) значительно больше было одиноких, не имеющих семьи ($p = 0,03$), чем в группе (S). В то же время подавляющее большинство больных проживало в семьях – 86%, 78% и 80% соответственно (различия недостоверны), причем в подавляющем числе случаев в отдельной квартире.

Во всех группах большинство пациентов не имело детей – 74%, 58%, 48% соответственно (разли-

Социально-демографические характеристики всех групп изученных больных (n=150)

Показатели	Число больных A+S (абс.)	%	Число больных A (абс.)	%	Число больных S (абс.)	%
Семейное положение						
не женат (не замужем)	33	66%	26	52%	22	44%
женат (замужем)	4	8%	10	20%	12	24%
разведен (разведена)	11	22%	10	20%	14	28%
вдова (вдовец)	2	4%	4	8%	2	4%
Образование						
до 9 классов	12	24%	18	36%	3	6%
среднее	10	20%	8	16%	13	26%
средне-специальное	15	30%	15	30%	16	32%
незаконченное высшее	5	10%	4	8%	7	14%
высшее	8	16%	5	10%	11	22%
Социальное положение						
служащие	15	30%	12	24%	9	18%
рабочие	21	42%	34	48%	15	30%
без определенных занятий	14	28%	4	28%	11	22%
Инвалидность						
нет	4	8%	7	14%	12	24%
3 группа	0	0%	1	2%	4	8%
2 группа	44	88%	41	82%	33	66%
1 группа	2	4%	1	2%	1	2%

чия между группами (A+S) и (S) достоверны, $p < 0,01$).

Обращает на себя внимание высокий уровень инвалидов 2 группы – 88%, 82% и 66% соответственно (различия между группой (A+S) и (S) значимы, $p < 0,01$). Образовательный уровень всех пациентов вполне удовлетворительный, достоверных различий между группами не выявлено. Тем не менее, исходя из данных по частоте инвалидности, отсутствию семьи, больные групп (A) и (A+S) более дезадаптированы, чем больные группы (S).

Все пациенты из группы с агрессивным поведением (A) имели судимости, таковых среди больных с агрессивным и суицидальным поведением (A+S) было 80%, среди суицидентов был лишь один пациент с судимостью в прошлом.

Анализ структуры преступлений, совершенных пациентами групп (A+S) и (A), показал преобладание убийств, нанесения телесных повреждений и изнасилований. В первой группе это отмечено в 64%, во второй – в 68% случаев, грабеж и разбой соответственно в 16% и 8%, а хулиганство – 20% и 24% случаев. Причем, в остром психотическом состоянии преступления были совершены в группе (A+S) в 34%, в группе (A) в 22% случаев. Среди суицидентов (S) только один пациент был замечен в хулиганстве.

Характеристика суицидального поведения. Подавляющее большинство пациентов групп (A+S) и (S) совершили суицидальные попытки 87% и 90%, у остальных отмечались активные суицидальные мысли и намерения.

Практически половина пациентов как в одной, так и в другой группе (56% и 52%) в момент совершения попытки находились одни. Фактор алкогольного опьянения констатируется у 18% пациентов

первой (A+S) и у 14% пациентов третьей (S) группы. Среди способов покушения на жизнь в обеих группах преобладали самоотравления и самопорезы, 28% и 26% в первой группе, в группе (S) – 46% и 4% соответственно. В остальных случаях речь шла о brutальных попытках с высоким риском летального исхода (самоповешение, броски с высоты и пр.). Несомненный практический интерес представляет тот факт, что более половины больных первой группы (52%) и большинство (76%) пациентов второй группы в пресуицидальном периоде имели суицидальные высказывания.

Суицидальные намерения и поступки у ближайших родственников были отмечены лишь у 4% пациентов как первой (A+S), так и второй (A) групп. У родственников суицидентов (S) суицидальных намерений и поступков обнаружено не было. Важно отметить, что около половины (44%) пациентов первой (A+S) группы и треть (32%) суицидентов третьей группы (S) повторяли суицидальные действия, совершая от 2 до 4 и более попыток.

Во всех группах пациентов обнаружена отягощенность психическим заболеванием у родственников. На первом месте стоит отягощенность по шизофрении – 26% для первой (A+S), 18% – для второй (A) и 16% – для суицидентов (S). Значительная отягощенность отмечена и по алкоголизму – 16%, 8% и 8% соответственно. Нозологическая структура всех групп пациентов представлена в табл. 2.

Как видно из приведенной таблицы, во всех группах преобладали больные шизофренией (76%, 68% и 68% соответственно), далее значительный удельный вес занимали пациенты с органическими расстройствами (16%, 18% и 4%). Синдромологическая структура была представлена в основном параноидными, аффективно-бредовыми, деп-

Нозологическая структура обследованных больных

Нозология	Число больных (A)	%	Число больных (A+S)	%	Число больных (S)	%
Умственная отсталость	1	2%	3	6%	–	–
Расстройства личности	–	–	–	–	4	8%
Неврозы	–	–	–	–	1	2%
Реактивные состояния	1	2%	–	–	–	–
Органические расстройства	8	16%	9	18%	2	4%
Эпилепсия	1	2%	4	8%	–	–
Шизофрения	38	76%	34	68%	34	68%
Биполярные аффективные расстройства	1	2%	–	–	8	16%
Итого:	50	100%	50	100%	50	100%

Таблица 3

Распределение психопатологических синдромов по группам

Синдромы/группы	(A+S) абс.	(A) абс.	(S) абс.
Параноидный	18–36%	14–28%	9–18%
Психопатоподобный	25–50%	31–62%	5–10%
Депрессивный	2–4%	2–4%	25–50%
Депрессивно-параноидный	2–4%	–	11–22%
Умственная отсталость, психоорганический	3–6%	3–6%	–
Итого:	50–100%	50–100%	50–100%

Таблица 4

Различия между признаками в группах (A+S), (A) и (S)

Симптомы	(A+S) и (A)	(A+S) и (S)	(S) и (A)
Тревога (Госпитальная шкала)	t=6,16, p<0,001	t=0,79, p=0,4	t=7,69, p<0,001
Депрессия (Госпитальная шкала)	t=6,63, p<0,001	t=0,5, p=0,6	t=6,0, p<0,001
Ситуационная тревога	t=3,68, p<0,001	t=0,05, p=0,9	t=4,91, p<0,001
Личностная тревога	t=6,29, p<0,001	t=1,28, p=0,2	t=8,4, p<0,001

Различия между симптомами в группах

Симптомы	(A+S) и (A)	(A+S) и (S)	(S) и (A)
Депрессивное настроение	t=12,05; p<0,001	t=-2,56; p=0,01	t=11,2; p<0,001
Чувство вины	t=3,29; p=0,02	t=-1,5; p=0,14	t=4,89; p<0,001
Суицидальные намерения	t=6,5; p<0,001	t=-0,6; p>0,05	t=6,6; p<0,001
Ранняя бессонница	t=6,24; p<0,001	t=-18,4; p<0,001	t=22,8; p<0,001
Рабочая активность	t=7,19; p<0,001	t=5,17; p<0,001	t=3,42; p<0,001
Заторможенность	t=3,66; p<0,001	t=-9,76; p<0,001	t=13,23; p<0,001
Ажитация	t=4,53; p<0,001	t=1,85; p=0,07	t=2,46; p=0,02
Психическая тревога	t=4,64; p<0,001	t=6,08; p<0,001	t=0,14; p=0,9
Соматическая тревога	t=1,8; p=0,08	t=-9,58; p=0,001	t=12,1; p<0,001
Общесоматические симптомы	t=3,64; p<0,001	t=-0,63; p=0,5	t=4,26; p<0,001
Ипохондрия	t=0,68; p=0,5	t=-1,38; p=0,17	t=2,03; p=0,05
Колесания настроения	t=1,93; p=0,06	p=1,0	t=1,84; p=0,07
Параноидность	t=2,26; p=0,03	t=1,42; p=0,16	t=0,6; p=0,5

Таблица 5

рессивными и психопатоподобными синдромами (табл. 3).

Результаты исследования

Сопоставление групп больных по госпитальной шкале депрессии и тревоги и шкале самооценки Спилбергера-Ханина показало достоверно более высокий уровень депрессии и тревоги, ситуационной и личностной тревоги у больных с суицидальностью и агрессивностью (A+S) и (S) по сравнению с группой больных, совершивших правонарушения (A). По этим же показателям группы (A+S) и (S) не различались, то есть имели приблизительно одинаковый уровень ситуационной и личностной тревоги (табл. 4).

Следует отметить, что как ситуационная, так и личностная тревожность очень высока во всех группах, то есть больше 40 стенов. Ситуационная тревожность в группе (A+S) равна 54,5±6,8 стенов, в (A) – 48,6±7,0, в (S) – 54,4±5,6; личностная тревога – соответственно 56,2±7,3, 46,0±7,4 и 57,7±5,6 стенов. Характерно, что в группах суицидентов (A+S) и (S) уровень личностной тревоги выше ситуационной.

Обнаружились достоверные различия по выраженности и среди других психопатологических симптомов по шкале Гамильтона (табл. 5).

Некоторые признаки не включены в таблицу из-за отсутствия достоверной разницы. Почти по всем показателям выраженность симптоматики была выше в группе суицидентов с агрессией (A+S). Не выявились различия этой группы пациентов с агрессивными (A) по уровню соматической тревоги, суточным колебаниям настроения, ипохондрии и ряду других психопатологических симптомов. Характерно преобладание в группе (A+S) параноидной симптоматики. Сопоставление групп (A+S) и суицидентов (S) показало, что у «чистых» суицидентов были выше уровни депрессивного настроения, чувство вины (не достоверно), выраженность ранней бессонницы, заторможенности и соматической тревоги. Психическая тревога преобладала в группе (A+S). Получается, что аффективное звено в группе суицидентов (S) превалирует, хотя по выраженности параноидной симптоматики различий не выявлено. Обращает на себя внимание отсутствие значимого преобладания суицидальных намерений между группами. Группа суицидентов значительно отличалась от группы агрессивных по аффективному спектру, но по выраженности психической тревоги, колебаниям настроения и параноидности различий не было.

Таким образом, при сопоставлении 3-х групп больных обнаружилось, что группа (S) отличается большим участием аффективного звена с соматической тревогой. Менее выражен аффективный компонент в группе (A+S) при достоверном преобладании психической тревоги. В группе агрессивных (A) отсутствовали значимые различия с группой (A+S) по уровню соматической тревоги, а с группой (S) по уровню психической тревоги и параноидности. В целом больные группы (A) более бедны психопатологической симптоматикой.

Различия между группами обнаружались и по данным шкалы Басса-Дарки. Эти различия касались как индекса враждебности, так и индекса агрессивности (табл. 6).

Общая агрессивность в группе суицидентов с агрессией (A+S) составляла $21,6 \pm 5,3$ стенов, в агрессивной группе (A) – $20,5 \pm 5,9$, а в суицидальной (S) – $18,4 \pm 5,6$. В целом индекс агрессивности почти не превышал норматив даже у пациентов груп-

пы (A+S). Уровень враждебности соответственно в первой группе был равен $11,3 \pm 2,5$, во второй – $8,8 \pm 2,7$ и в третьей – $10,5 \pm 2,2$. Индекс враждебности в группе (A+S) несколько выше норматива. Примечательно, что низкий уровень агрессивности в группе суицидентов (S) совмещался с высоким уровнем враждебности, был выше, чем у агрессивных и приближался к группе (A+S).

Как следует из таблицы, физическая агрессия, то есть склонность к использованию физической силы, достоверно выше в группах (A+S) и (A) и менее всего была свойственна суицидентам (S). Между группами (A+S) и (A) различий нет. Выраженность косвенной агрессии, что может проявляться окольным путем в виде насмешек и прочее, либо в виде ненаправленных взрывов ярости, между группами распределилась приблизительно одинаково. Раздражительность более характерна для групп суицидентов (A+S) и (S). Вербальная агрессия в виде выражения негативных чувств, угроз и т.д. и негативизм как оппозиционная форма поведения вплоть до активных действий, значительно меньше выражены в группе (S) и более характерны для групп (A+S) и (A). Подозрительность в виде склонности к недоверию вплоть до убеждения, что окружающие намерены причинить вред, более всего выражена в группе (A+S) и в меньшей степени в группе (S). Чувство обиды как проявление зависти и ненависти к окружающим, обусловленные гневом и недовольством, и чувство вины, включающее угрызения совести вплоть до идей самоуничтожения, были более характерны для суицидентов (A+S) и (S).

Таким образом, общая агрессия или индекс агрессивности, включающий в себя физическую агрессию, раздражение и вербальную агрессию был наименее характерен для группы (S). Между группами (A+S) и (A) различий не было. Примечательно, что враждебность как одновременное проявление подозрительности и обиды достоверно более свойственна группам (A+S) и (S).

В качестве отличительных признаков для группы (S) характерна более выраженная депрессия с заторможенностью, соматической тревогой, чувством вины и враждебность с преобладанием чувства обиды, для группы (A+S) – преобладание пси-

Таблица 6

Достоверность различий признаков по шкале Басса-Дарки между группами

Симптомы	(A+S) и (A)	(A+S) и (S)	(A) и (S)
Физическая агрессия	t=0,64; p=0,5	t=3,17; p=0,002	t=2,47; p=0,01
Косвенная агрессия	t=1,15; p=0,25	t=1,77; p=0,08	t=0,4; p=0,7
Раздражительность	t=2,46; p=0,02	t=0,72; p=0,47	t=-2,33; p=0,02
Негативизм	t=1,13; p=0,26	t=2,72; p=0,01	t=1,24; p=0,2
Обида	t=2,79; p=0,01	t=-0,56; p=0,58	t=-3,72; p=0,001
Подозрительность	t=4,83; p<0,001	t=3,13; p=0,003	t=-2,0; p=0,051
Вербальная агрессия	t=0,67; p=0,5	t=2,76; p=0,008	t=1,79; p=0,08
Чувство вины	t=2,9; p=0,005	t=-1,72; p=0,09	t=-5,15; p<0,001
Общая агрессия	t=0,99; p=0,32	t=3,06; p=0,003	t=1,81; p=0,07
Враждебность	t=4,49; p<0,001	t=1,67; p=0,1	t=-3,39; p=0,001

хической тревоги, общая агрессивность и враждебность с преобладанием подозрительности. Агрессанты в целом отличались более бедной психопатологической симптоматикой и общей агрессивностью.

С целью выявления прямой или мотивационной агрессивности был проведен корреляционный анализ (табл. 7).

Как следует из таблицы в группе (А) как общая агрессия, так и физическая агрессия мотивируется ситуацией. Ситуационная тревога обнаруживает также прямые значимые корреляции с раздражительностью ($r=0,58$), негативизмом ($r=0,45$), обидой ($r=0,34$). У личностной тревоги значимые корреляции выявлены только с раздражительностью и негативизмом ($r=0,49$ и $r=0,41$ соответственно).

В группе (А+S) враждебность значимо ассоциируется только с личностной тревогой. Ситуационная тревога достоверно не коррелирует ни с одним показателем шкалы Басса-Дарки, в то время как личностная тревога обнаруживает прямые значимые ассоциации с раздражительностью ($r=0,34$), обидой ($r=0,51$) и чувством вины ($r=0,52$).

Несколько иные соотношения в группе (S). Здесь враждебность позитивно и значимо коррелирует с ситуационной и личностной тревогой, при негативной корреляции личностной тревоги с физической агрессией. Достоверные ассоциации с ситуационной тревогой обнаруживают косвенная агрессия ($r=0,32$), чувство обиды ($r=0,4$) и подозрительность ($r=0,45$). Личностная тревога значимо коррелирует с негативизмом ($r=-0,28$), чувством обиды ($r=0,33$) и чувством вины ($r=0,43$). Однако ни личностная, ни ситуационная тревога в группах (А+S) и (S) не обнаруживают прямых значимых корреляций с общей агрессивностью.

Таким образом, для группы (А) характерна прямая агрессия, в то время как для группы (А+S) – мотивированная, здесь агрессия связана с враждебностью как проявлением подозрительности, обиды и может быть реализована благодаря повышенной раздражительности.

На момент исследования в группе (А+S) пассивные суицидальные мысли регистрировались у 48%, активно высказывали суицидальные намерения 18% больных, а в группе «чистых» суицидентов –

соответственно 24% и 28%. На момент обследования значимых корреляций суицидальности с общей агрессией и с враждебностью не обнаруживалось. В группе (А+S) суицидальность значимо коррелировала только с тревогой ($r=0,36$), с ситуационной и личностной тревогой (по $r=0,36$). В группе S суицидальность значимо ассоциировалась с тревогой ($r=0,49$), снижением активности ($r=0,35$) и чувством обиды ($r=0,34$). Корреляции с ситуационной и личностной тревогой были недостоверны, соответственно $r=0,24$ и $r=0,2$.

Таким образом, суицидальность не имеет прямых связей с агрессивностью или враждебностью как свойством личности, их проявление обуславливается вектором личностной тревоги, что не противоречит данным о нередком сочетании депрессивной симптоматики и враждебности. Это подтверждается взаимосвязями аффективных расстройств и агрессивных компонентов.

Так, у пациентов группы (А+S) достоверные положительные корреляции выраженности тревоги отмечались с ситуационной ($r=0,59$) и личностной тревогой ($r=0,56$), с негативизмом ($r=0,35$), с чувством обиды ($r=0,29$) и враждебностью ($r=0,34$). Выраженность депрессии значимо коррелировала с личностной тревогой ($r=0,38$), раздражительностью ($r=0,38$), чувством обиды ($r=0,4$) и враждебностью ($r=0,34$). В то же время чувство вины значимо ассоциировалось с личностной тревогой ($r=0,52$) и обидой ($r=0,38$), которая в свою очередь имела тесные связи с враждебностью ($r=0,77$).

Структура таких взаимоотношений свидетельствует об опосредованной связи формирования суицидального поведения с агрессивными особенностями личности. Реализация суицидального или агрессивного поведения формируется на основе личностной тревоги путем последовательной «канализации» агрессивности или суицидальности, что в значительной степени определяется личностными особенностями, ее ценностными установками. Поэтому в группе «чистых» суицидентов суицидальность не имеет значимых связей с личностной тревогой. Опосредованность связей находит свое подтверждение при анализе ассоциаций в группе (S). Так, тревога значимо коррелировала с ситуационной ($r=0,53$) и личностной тревогой ($r=0,42$), чувством обиды ($r=0,37$), подозрительностью ($r=0,45$) и враждебностью ($r=0,5$). Выраженность депрессии достоверно коррелировала с ситуационной ($r=0,32$) и личностной тревогой ($r=0,32$), подозрительностью ($r=0,41$) и враждебностью ($r=0,39$). Чувство вины позитивно ассоциировалось с личностной тревогой ($r=0,43$).

Заключение

В проведенном исследовании можно выделить два аспекта – практический и теоретический. В практическом отношении представляет интерес определенное накопление в психоневрологических диспансерах больных шизофренией и больных с

Таблица 7

Корреляции в группах между агрессивностью, враждебностью и ситуационной и личностной тревогой

Коррелируемые признаки	(А+S)	(А)	(S)
Ситуационная тревога – общая агрессия	0,10	0,35*	0,04
Ситуационная тревога – враждебность	0,24	0,22	0,51*
Личностная тревога – общая агрессия	-0,01	0,18	-0,21
Личностная тревога – враждебность	0,38*	0,16	0,30*
Ситуационная тревога – физическая агрессия	-0,05	0,43*	-0,09
Личностная тревога – физическая агрессия	-0,07	0,24	-0,28*

Примечания: * – достоверность $p < 0,05$.

органическим поражением головного мозга, преимущественно лиц молодого возраста, мужчин, одиноких и инвалидов, нуждающихся в активном динамическом наблюдении, что требует достаточно четкой диагностической (синдромальной) и медико-социальной дифференциации. Особую опасность представляют больные с суицидальными и агрессивными намерениями, которым свойственна более выраженная психопатологическая симптоматика. Не меньшую опасность представляет и группа больных (агрессантов), у которых симптоматика может быть недостаточно очерченной. Так, на момент исследования в группе (A+S) у 24% пациентов уровень агрессивности составлял от 25 до 35 стенов, а у 34% уровень враждебности был в диапазоне 12–16 стенов, что значительно выше нормы. При этом 18% больных активно высказывали суицидальные мысли. В группе агрессантов (A) уровень агрессивности достигал 25 стенов у 22% больных, а уровень враждебности – от 12 до 16 стенов у 8% пациентов. В группе суицидентов (S) суицидальные намерения отмечены у 28% при уровне агрессивности 25–30 стенов у 10% больных и враждебности на уровне 12–16 стенов у 16% пациентов. Эти данные свидетельствуют о высоком риске как агрессивного, так и суицидального поведения.

В целом, в группах доминирует параноидная и психопатоподобная симптоматика, за исключением группы (S), где большую часть составляют больные с депрессивными и аффективно-бредовыми синдромами.

Несмотря на разнородность материала в диагностическом и синдромальном отношении, можно выделить три сквозных симптомокомплекса, характерных для всех групп пациентов. Условно их можно обозначить как аффективный, личностно-агрессивный (враждебный) и бредовой.

Касаясь проблемы агрессивности и суицидальности, прежде всего, необходимо учитывать содержательную сторону психотических переживаний, в зависимости от которых могут последовательно формироваться суицидальные или агрессивные формы поведения. Вне психотических переживаний основную роль в формировании агрессивного или суицидального поведения играет уровень враждебности (сочетание подозрительности и чувства обиды), что мотивируется выраженностью личностной тревоги, но сама по себе ни личностная, ни ситуационная тревога у суицидентов не мотивируют фи-

зическую агрессию. Более того, они значимо противоположны в группе (S). К важным факторам формирования агрессивности можно отнести и раздражительность, которая явно превалирует в группах суицидентов.

В группе (A) не отмечено значимых корреляций враждебности с личностной и с ситуационной тревогой. Зато достоверные ассоциации общей агрессивности и физической агрессии прослеживаются с ситуационной тревогой.

Таким образом, формирование агрессивного поведения различно в группе суицидентов (A+S) и «чистых» агрессантов (A), а суицидальное поведение не обнаруживает каких-либо прямых ассоциаций с признаками агрессивности и враждебности.

Несмотря на частую совместимость агрессивности и суицидальности у одного индивида, они полярные. Здесь, по нашему мнению, большое значение приобретает с «подачи» личностной тревоги, так называемые, стрелки вины по K.F.Scheid, которая может быть направлена либо на окружающих, либо на себя. Негативизм как оппозиционная форма поведения, наиболее выраженная у больных в группах (A+S) и (A), чаще инициирует агрессивность. Агрессивное поведение чаще предшествует суицидальному акту. Нарастающая враждебность и раздражительность в конфликтной ситуации вкупе со свойственной суицидентам импульсивностью часто влечет за собой агрессию, после которой пациенты испытывают значительные угрызения совести, что приближает совершение суицидального акта (10). Выделяются 2 социокогнитивных стиля поведения – ауто- и гетероаутоагрессивный (9). У лиц с повышенной враждебностью и агрессивностью в ситуации, когда агрессивное действие невозможно в силу каких-то обстоятельств, гнев требует выхода, и, не являясь мотивирующим фактором суицидального поведения, усиливает аффективную насыщенность пресуицида. У определенной части пациентов агрессивность ингибирована (личностные особенности, характер воспитания) и стрелка вины в конфликте тогда направляется на себя. Тем не менее, формирование агрессивного и суицидального поведения существенно различается. Если агрессивность имеет в своей основе приспособительный, адаптивный характер, то суицидальное поведение суть проявление кризиса личности, то есть дезадаптации. В биологическом плане только имитация смерти может носить приспособительный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова А.А., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н. и соавт. Особенности проявления агрессии при депрессивных состояниях // Журнал практической психологии. – 2004. – № 1. – С. 3–14.
2. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 43 с.
3. Амбрумова А.Г. Социальная дезадаптация и суицид // Сб. трудов научно-исследовательского института психиатрии им. Асаиани. – 1974. – Т. 19–20. – С. 34–42.
4. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб.: Питер, 1998. – 336 с.
5. Вертоградова О.П., Ваксман А.В. Агрессивное поведение и депрессия // Материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2004. – С. 29–30.

6. Вольнов Н.М., Войцех В.Ф., Шустов Д.И. Два стиля поведения военнослужащих с аутоагрессивными тенденциями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 33–38.
7. Войцех В.Ф., Балашова М.Г. Особенности суицидального поведения по данным НИИ «Скорой помощи» им. Н.В.Склифосовского // Матер. XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 313.
8. Горшков И.В., Горинов В.В. Расстройства личности и агрессия. Обзор литературы // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 5. – С. 68–72.
9. Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В., Шостакович Б.В. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Российский пси-

хиатрический журнал. – 1999. – № 4. – С. 4–9.

10. Дмитриева Т.Б., Харитонова Н.К., Иммерман К.Л. и соавт. Клинические особенности женщин, совершивших убийства и иные тяжкие преступления / Под ред. Т.Б.Дмитриевой и Б.В.Шостаковича // *Агрессия и психическое здоровье*. – СПб., 2002. – С. 65–93.

11. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Горинов В.В. и соавт. Мужчины, обвиненные в убийствах (клинико-социальная характеристика) // *Агрессия и психическое здоровье* / Под ред. Т.Б.Дмитриевой и Б.В.Шостаковича. – СПб., 2002. – С. 45–64.

12. Жариков М.Н. Психопатология и клиника дисфорических состояний в структуре эндогенных депрессий. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1985. – 19 с.

13. Игонин А.Л., Гавриленко А.Я. Сравнительная характеристика больных алкоголизмом, совершивших и не совершивших правонарушения в состоянии алкогольного опьянения // *Матер. Междунар. конф. психиатров*, Москва, 16–18 февр. 1998. – М., 1998. – С. 316–317.

14. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства (стратегии психотерапии). – М., 2001. – 460 с.

15. Корсаков С.С. Курс психиатрии. – М., 1913. – Т. 1. – 526 с.

16. Красильников Г.Т., Мартянова Е.В. Клинико-социальное значение гетероагрессии и аутоагрессии // *Матер. Первого национального конгресса по социальной психиатрии*. – М., 2004. – С. 72–73.

17. Насилие и его влияние на здоровье. – Материалы ВОЗ, 2002.

18. Тихоненко В.А., Дурнов А.Н. Методика обследования суицидентов с помощью «суицидологической карты» // *Труды МНИИП МЗ РФ*. – 1978. – С. 218–237.

19. Цупрун В.Е. Особенности суицидоопасного контингента больных психоневрологического диспансера // *Матер. V Всероссийского съезда невропатологов и психиатров*. – М., 1985. – С. 362–363.

20. Шапклин К.Н., Щурина А.В. Судебно-психиатрическая оцен-

ка лиц с алкогольной зависимостью в состоянии ремиссии // *Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии*. – 2000. – № 2. – С. 298–301.

21. Apter A., Plutchick R., Van Praag H.M. Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1993. – Vol. 87. – P. 1–5.

22. Coccaro E.F., Kavoussi R.J., Sheline Y.I. et al. Impulsive aggression in personality disorder correlates with platelet 5-HT_{2A} receptor binding // *Neuropsychopharmacol.* – 1997. – Vol. 16, N 3. – P. 211–216.

23. Evans I., Williams J.M.G., O'Loughlin S., Howells K. Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients // *Psychol. Med.* – 1992. – Vol. 22. – P. 399–405.

24. Gunn J., Taylor P. Forensic psychiatry; clinical legal and ethical issues. – Butterworth Heinemann Ltd., 1993. – 1151 p.

25. Kendell R.E. Relationship between aggression and depression // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1970. – Vol. 22. – P. 308–318.

26. Lester D. Factors affecting choice of method of suicide // *J. Clin. Psychol.* – 1996. – Vol. 26. – P. 649–651.

27. Maris R. Pathways to suicide. – Baltimore, M.D.: Johns Hopkins University Press, 1981. – 361 p.

28. Rosenbaum J.F., Fava M., Pava J. et al. Anger attacks in unipolar depression // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150. – P. 1154–1163.

29. Weissman M.M., Klerman G.L., Paykel E.S. Clinical evaluation of hostility in depression // *Am. J. Psychiatry.* – 1971. – Vol. 128. – P. 261–266.

30. Weissman M.M., Klerman G.L., Fox K. Hostility and depression associated with suicide attempts // *Am. J. Psychiatry.* – 1973. – Vol. 130. – P. 450–455.

31. Wolfersdorf M., Kiefer A. Depression and aggression. A control group study on the aggression hypothesis in depressive disorders based on the Buss-Durkee Questionnaire // *Psychiatr. Prax.* – 1998. – Vol. 25. – P. 240–245.

SUICIDALITY AND CRIMINAL AGGRESSION RATIOS IN OUTPATIENT PSYCHIATRIC PRACTICE

V. F. Voitsekh, E. M. Kholodova, V. E. Tsuprun, M. V. Pak

In order to investigate the proportions of suicidality and aggression, and relationship between these two characteristics, the authors studied three groups of outpatients on dynamic observation. Group 1 consisted of suicidal patients that had committed offences (Group A+S); Group 2 consisted of patients who showed aggressive behaviors (Group A); and Group 3 included persons with suicidal behaviors (Group S). Clinical and psychological investigation showed that majority of patients had problematic social background, higher hostility and aggression rates, and needed more profound treatment. Among them prevailed patients with paranoid schizophrenia, followed by patients with organic brain disorders.

Commonly, criminal aggression occurred in periods free from acute symptoms of disease. In Group A it was provoked by situational factors, while in Group A+S it was caused by the personality factors. Aggression and hostility were especially prominent in Group A+S. As a rule, aggression preceded the suicide and had more links with the psychopathological structure of the disease, in comparison with suicidality. The latter had association with affective level. In Group S, suicidal behaviors more corresponded to the clinical structure of the disorder. Aggression level showed no correlations with situational or personality factors.