



С.В. Шпорт¹, Р.Р. Хамитов^{2, 3}, Д.Х. Афзалетдинова^{4, 5}, М.А. Качаева^{1, 6},
Н.В. Скибина^{1, 6}, Л.Н. Назарова⁶

Факторы риска агрессивного поведения лиц, страдающих шизофренией. Анализ эпидемиологических, клинических, гендерных, коморбидных факторов

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

² ФКУ «Казанская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России, Казань, Россия

³ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

⁴ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

⁵ ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» Минздрава Республики Башкортостан, Уфа, Россия

⁶ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

В обзорной статье по данным отечественной и зарубежной литературы проанализированы предикторы агрессивного поведения лиц, страдающих шизофренией. Рассмотрены данные по распространенности агрессивного поведения лиц с диагнозом «шизофрения» по сравнению с лицами без данного диагноза. Выявлена взаимосвязь агрессивно-насильственного поведения с психопатологическими симптомами, гендерными различиями, демографическими и преморбидными показателями. Отмечено влияние на агрессивное поведение пациентов с шизофренией таких факторов, как злоупотребление психоактивными веществами, сочетание с диссоциальным расстройством личности, а также с аутоагрессивными тенденциями.

Ключевые слова

шизофрения; предикторы агрессивно-насильственного поведения; гендерные различия; коморбидные расстройства

Рекомендуемая ссылка

Шпорт С.В., Хамитов Р.Р., Афзалетдинова Д.Х., Качаева М.А., Скибина Н.В., Назарова Л.Н. Факторы риска агрессивного поведения лиц, страдающих шизофренией. Анализ эпидемиологических, клинических, гендерных, коморбидных факторов // Вопросы охраны психического здоровья. 2024. Т. 3, № 1. С. 7–17. <https://elibrary.ru/bgfmtf>

Введение

На протяжении многих лет внимание исследователей к взаимосвязи шизофрении с агрессивным поведением не только сохраняется, но и неуклонно нарастает [1–4]. Феномен агрессии – одно из самых социально опасных явлений, а данная проблема многоаспектна. Выделение и описание различных факторов риска агрессивно-насильственного поведения больных шизофренией способствует разработке эффективных медико-реабилитационных мер, а также профилактике агрессивных правонарушений.

Эпидемиологические данные

По мнению отечественных ученых, наибольший удельный вес среди психически больных, совершающих общественно опасные деяния (ООД), составляют лица, страдающие шизофренией [5–6]. Результаты исследований, проведенных в Европе, Северной Америке и в странах Азии (в том числе эпидемиологических), также продемонстрировали, что пациенты, страдающие шизофренией, в сравнении с лицами в общей популяции, более вероятно склонны к агрессивно-насильственному поведению [7–10]. В данных

публикациях конкретизировалось, что уровень риска совершения агрессивных правонарушений у пациентов, страдающих шизофренией, в 4–6 раз выше, чем у лиц без данного расстройства [7]. Отмечено также, что у мужчин заболевание шизофренией увеличивает риск совершения агрессивных действий в 6–10 раз, а у женщин – в 8–10 раз [7, 10].

Серия проведенных в 1990-е годы масштабных эпидемиологических и демографических исследований [11, 12] подтвердила, что существует статистически значимая связь между психическими расстройствами и насилием. В данном проекте [7], состоявшем из 20 фрагментов, изучалось агрессивное поведение у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в различных клинических и общественных условиях. Метаанализ данных исследований показал, что риск насилия был в среднем в 3–5 раз выше у мужчин и в 4–13 раз выше у женщин с диагнозом «шизофрения» по сравнению с лицами в общей популяции без данного заболевания.

Вместе с тем в ряде работ порой приводятся противоположные статистические данные. Так, в результате исследований взаимозависимости агрессивных действий и шизофрении, проведенных в разных странах в первом десятилетии 2000-х годов, показано, что агрессивные ООД среди пациентов с шизофренией встречаются редко [13, 14]. Это подтвердилось и в масштабном исследовании 2012 г., продемонстрировавшем, что в течение года из 34 653 человек, составивших репрезентативную выборку, только 2,9% пациентов с серьезными психическими расстройствами совершили агрессивно-насильственные действия по сравнению с 0,8% лиц без психических расстройств [15]. Приводя относительно низкие цифры агрессивного поведения больных шизофренией, некоторые ученые подчеркивают различия статистических данных. Так, французские ученые S. Richard-Devantou et al., обнаруживая взаимосвязь агрессивного поведения с психическим расстройством (особенно при манифестации шизофрении), подчеркивают, что для полного анализа наряду с клиническими необходимо учитывать также социальные, биологические (гендерные) и коморбидные факторы. В подтверждение данного положения авторы подчеркнули, что иногда неясно, почему некоторые пациенты совершают агрессивные действия, а другие (с подобной симптоматикой) – нет [16].

Анализ вышеуказанных работ, выявивший ряд противоречий, лишней раз доказывает необходимость более углубленного изучения связи шизофрении с агрессивным поведением.

В исследованиях последних лет констатируется необходимость выявления триггерных механизмов, вызывающих агрессивное поведение у пациентов с шизофренией, и подчеркивается, что совершение ими агрессивных ООД – гетерогенный феномен, а индивидуумы с этим расстройством, помимо психо-

патологических симптомов, подвержены влиянию множества внешних факторов [17–19].

Клинические факторы агрессивного поведения при шизофрении. Психопатологические симптомы

У большинства клиницистов нет сомнения в том, что риск совершения агрессивных действий пациентами с шизофренией может быть связан со специфическими психотическими симптомами, такими как императивные галлюцинации и бредовые идеи. Однако мнения ученых по поводу взаимосвязи между психотическими симптомами у пациентов с шизофренией и совершением агрессивно-насильственных действий неоднозначны. В ряде исследований показано, что психотическая симптоматика в виде бредовых идей, возникающих вследствие психических автоматизмов, идей преследования или императивных галлюцинаций связана с агрессивным поведением [8, 20–21]. Вместе с тем R.S. Fullam и M.C. Dolan не наблюдали взаимозависимости позитивных симптомов при шизофрении и насилия [22]. E.M. Weiss же считает, что эта зависимость минимальна, поскольку эпидемиологические исследования не выявили совпадения по времени между бредовыми идеями и насилием [9]. По результатам исследования T. Laajasalo и H. Häkkänen, среди лиц с шизофренией, совершивших правонарушения с особой жестокостью, непосредственная взаимосвязь между позитивными психопатологическими симптомами (включая бредовое расстройство) и непосредственными агрессивными действиями, совершенными с особой жестокостью, отсутствовала [23].

В исследовании J. Junginger, посвященном выявлению рисков агрессивного поведения больных шизофренией, сообщается, что по меньшей мере у 40% обследованных пациентов совершенное ООД определено было детерминировано и мотивировано бредом [24]. В работе британской ученой P.J. Taylor представлена следующая информация: 82% правонарушений (насильственных и ненасильственных), совершенных пациентами с шизофренией, имели непосредственное отношение к их болезни, а психотические симптомы сопровождали большую часть агрессивных действий [25].

B.G. Link и A. Stueve установили, что агрессивные действия больных шизофренией обусловлены так называемыми симптомами угрозы/преодоления внешнего контроля, прочнее других связанными с агрессивным поведением [26]. В последующем данная взаимосвязь другими авторами не подтвердилась [27].

Известно, что пациенты могут совершать агрессивно-насильственные действия под влиянием слуховых императивных галлюцинаций. При оценке уровня опасности испытываемых больным императивных галлюцинаций и степени выраженности его подчинения командам J. Junginger et al. пришли к выводу,

что у пациентов при этом отмечается высокий риск совершения ООД [28]. Однако другие исследователи [29–31] не установили прямой причинно-следственной связи между галлюцинациями и агрессивными ООД. Авторы пришли к заключению, что императивные галлюцинации (часто ожесточенные по содержанию) не являются основными предикторами агрессивных действий больных шизофренией [31].

L.G. Braham et al. считают, что только наличия императивных галлюцинаций явно недостаточно для осуществления агрессивных действий, а процесс взаимодействия между командами императивных галлюцинаций и действиями более опосредован и сложен. Предположительно, механизм такой взаимосвязи устанавливается через посреднические переменные, которые не просто «включают» убежденность в существовании «голоса» с определенными инструкциями, а регулируют их выполнение, что вовсе не одно и то же [32]. По другой версии, этот процесс обусловлен особенностями личности пациента [33].

По данным E.M. Weiss [9], наличие у пациента негативной психопатологической симптоматики, и прежде всего сглаживания эмоциональных проявлений (что является одним из частых нарушений эмоциональной сферы при шизофрении), может способствовать агрессивному поведению. Это связано с тем, что неспособность выражать эмоции может привести больного к зависимости от неадаптивных способов выражения эмоций, таких как, например, вербальная и физическая агрессия. Пациенты, совершившие агрессивные правонарушения, с большей вероятностью принимали эмоциональные реакции нейтральных лиц за гнев и демонстрировали меньшую способность различать интенсивность эмоций. Установлено, что пациенты с шизофренией, совершившие насильственные действия, обладают недостаточными эмоциональными, но сохраненными когнитивными способностями к ментализации (эмоциональная восприимчивость и когнитивная способность оценивать психическое состояние самого себя и других людей), которая может рассматриваться как средство сдерживания насильственного и агрессивного поведения [9].

В ряде исследований установлено, что совершение агрессивных действий не было достоверно связано с негативным симптомокомплексом [34]. Кроме того, недостаточное количество статистически достоверных связей между негативными симптомами и риском агрессивного ООД привело исследователей к предположению о том, что мотивация (а возможно, и планирование агрессивного действия) могут быть своего рода «посредниками» агрессивных правонарушений [35].

Резюмируя, следует отметить, что приведенные литературные сведения о связи психопатологических расстройств с агрессивным поведением при шизофрении свидетельствуют о важности не только клинических, но и комплекса других факторов. По

данным M.M. Large и O. Nielsen, помимо психопатологической симптоматики, следует анализировать особенности агрессивного правонарушения, гендерные различия, личностные характеристики, злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) [34].

Гендерные особенности агрессивного поведения при шизофрении

На протяжении последних десятилетий отечественными и зарубежными учеными проблема общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами исследуется с учетом гендерного фактора и особенностей клинической картины психического состояния у лиц различного пола [5, 36–39]. В качестве объяснения того, как гендерные различия влияют на течение шизофрении, предлагались, к примеру, теории нейронального развития [40, 41], нейропатологическая теория [42, 43], гипотеза эстрогенной защиты [44]. Известно, что шизофрения начинается у мужчин, как правило, раньше, чем у женщин [45–47]. Кроме того, у женщин обычно отмечается значительно менее тяжелое течение заболевания [46, 48]. По сравнению с женщинами, у мужчин сильнее выражены негативные нарушения [49–50], ухудшение когнитивных процессов [46]. У женщин, напротив, более выражены позитивные симптомы с преобладанием галлюцинаций [47], персекуторным бредом [46], аффективными расстройствами, повышенным риском суицидальных попыток [46, 47]. В отличие от мужчин, у женщин отмечаются лучшее социальное функционирование [48], меньшее количество госпитализаций с более короткими сроками пребывания в стационаре [51]. Женщины, больные шизофренией, намного чаще состоят в браке [52, 53], трудоустроены и, соответственно, финансово независимы [52]. Установлено, что мужчины, больные шизофренией, совершают тяжкие агрессивные противоправные действия чаще, чем женщины [54, 55]. В противоположность вышеприведенным исследованиям рядом авторов указывается на отсутствие гендерных различий в тяжести расстройств [52], нейрокогнитивном функционировании [52, 56], бредовых проявлениях и позитивной симптоматике в целом [50], а некоторые исследователи даже предполагают, что шизофрения значимо нивелирует гендерные различия [44, 57]. Описывая клинические характеристики больных шизофренией женщин в судебно-психиатрическом стационаре, авторы сообщают, что персонал клиники воспринимает женщин «скорее как психически больных, нежели как преступниц», что в дальнейшем подтверждается заключением судебно-психиатрической экспертизы [58]. Подобное подтверждалось и при применении в отношении женщин принудительных мер медицинского характера [59, 60]. Судебные психиатры отмечают также, что у больных шизофренией мужчин (по сравнению с женщинами с тем же диагнозом) чаще выявлялись физическая агрессия и антисоциальное поведение как в анамнезе, так и при

проведении экспертизы, а также в процессе последующего принудительного лечения [55]. Изучая гендерные различия при внутрибольничной агрессии, M. Krakowski и P. Czobor, T. Short et al. установили, что соотношение мужчин и женщин, у которых наблюдались инциденты физического нападения в больнице, было одинаковым. При этом женщины имели намного более высокий уровень вербальной агрессии на протяжении периода наблюдения и высокую частоту физических нападений в первые 10 дней месячного периода исследования. Кроме того, психотические симптомы, приводившие к нападению, чаще отмечались у женщин [61, 62].

Международное мультицентровое исследование, проведенное в 12 клиниках европейских стран было посвящено поиску гендерных различий в социально-демографических и клинических характеристиках, а также выявлению особенностей агрессивного поведения женщин и мужчин, больных шизофренией. Выборка состояла из 522 пациентов, находившихся на принудительном лечении. Обследованы 291 мужчина и 231 женщина. Исследование показало, что, во-первых, между пациентами, находившимися на принудительном лечении и пациентами, находившимися на стационарном, но не принудительном лечении, не выявлены социально-демографические и клинические гендерные различия. Во-вторых, показатели социального функционирования у женщин, находившихся на принудительном лечении, были ниже по сравнению с мужчинами, что контрастировало с пациентами, не находившимися на принудительном лечении. В-третьих, паттерны агрессивного поведения отличались: женщины чаще демонстрировали агрессивное поведение (имеется в виду, например, вышеупомянутая вербальная агрессия), а мужчины чаще совершали тяжкие агрессивные акты. Это позволило авторам сделать вывод о том, что гендерные различия в агрессивном поведении больных шизофренией необходимо учитывать при разработке подходов к использованию принудительных мер медицинского характера. При появлении агрессивного поведения применение нейролептиков, по мнению исследователей, является предпочтительным способом психотропного лечения для женщин, тогда как физическое стеснение и изоляция (строго по показаниям и при соблюдении законодательных мер) чаще следует применять в отношении мужчин [61–63].

Социально-демографические и преморбидные факторы агрессивного поведения при шизофрении

Среди значимых социально-демографических факторов агрессивного поведения при шизофрении авторы выделяют бездомность и низкий социально-экономический статус обследованных [64]. При анализе взаимосвязи агрессивного поведения больных шизофренией с преморбидными факторами исследователи отмечают отягощенную алкогольной

и наркотической зависимостью наследственность, наличие у родителей криминального анамнеза, наследственную отягощенность обследованных различными психическими расстройствами (эндогенные, личностные расстройства, органические психические расстройства). E.M. Weiss считает неоспоримым, что такие социальные влияния, как бедность, дискриминация, подверженность физическому насилию, играют ключевую роль в происхождении агрессивных криминальных действий. Известно, что индивидуумы, подвергавшиеся физическому или психическому насилию в детстве, имеют повышенный уровень агрессивного поведения во взрослой жизни [9]. Для лиц, больных шизофренией, факторы виктимности (склонность становиться жертвой преступления) и виктимизации (процесс возрастания вероятности стать жертвой преступления) занимают особое место, поскольку риск стать жертвой у них выше, чем риск совершения ими насильственного правонарушения [65]. Виктимизация может способствовать формированию так называемого цикла насилия, в связи с чем страдающие шизофренией пациенты могут попадать в опасные ситуации в результате собственного криминального поведения [66].

Связь агрессивного поведения при шизофрении и злоупотребления ПАВ

По мнению многих исследователей, злоупотребление ПАВ (алкоголем, наркотическими веществами и пр.) является одним из факторов риска совершения агрессивно-насильственных действий [17, 61, 67]. Сопутствующее шизофреническому процессу злоупотребление ПАВ увеличивает риск совершения насильственных действий в 8 раз [10]. Вместе с тем в литературных источниках существуют неоднозначные взгляды на взаимовлияние шизофренического процесса и злоупотребление ПАВ. Так, J. Volavka и L. Citrome [68], несмотря на аргументированное мнение большинства ученых о наличии значимой корреляции злоупотребления алкоголем с насилием, предположили, что эпизодическое употребление алкоголя пациентами с шизофренией является протективным фактором. Ученые, проводившие исследования в Канаде, Германии, Финляндии, Швеции и Японии не обнаружили повышенного риска насилия среди лиц с шизофренией, употребляющих ПАВ [68, 69]. Чешские авторы J. Vevera et al. установили отсутствие взаимосвязи между злоупотреблением ПАВ и насилием. Они показали, что злоупотребление ПАВ не является ведущей причиной насилия у пациентов с шизофренией. Авторы отметили, что для них этот факт был удивителен, и высказали предположение, что те, кто употребляет алкоголь не постоянно, а редко, имеют более высокий уровень социальных навыков, что позволяет им быть наименее способными к насилию [70]. Исследования, проведенные в последующем на больших выборках (свыше 1000 пациентов), убедительно показали, что взаимосвязь

шизофрении и насилия уменьшалась при коррекции злоупотребления ПАВ, убеждая в эффекте «посредничества» данного фактора [71, 72]. S. Fazel et al. установили, что шизофрения ассоциируется с повышенным риском насильственных правонарушений. Эта связь уменьшается при наличии собственного контроля зависимости от ПАВ [71]. Французские исследователи S. Richard-Devantoy et al., изучая пациентов с шизофренией и наличием коморбидной зависимости от ПАВ, разделили их на две группы: «рано начавших» и «поздно начавших» злоупотребление. Агрессивно-насильственные действия, совершенные пациентами первой группы, были незапланированными, направленными обычно на знакомых и не всегда связанными с симптомами шизофрении. Среди этих пациентов злоупотребление ПАВ было частым и играло важную роль в совершении насилия. Кроме того, отмечался высокий риск повторных правонарушений. Во второй группе пациентов, «поздно начавших» злоупотребление ПАВ, насильственные действия были связаны с психотическими симптомами и направлены, как правило, на членов семьи. Риск совершения повторного правонарушения был низким и зависел от комплаентности пациента к лечению [10]. T. Short et al., сравнивая агрессивное поведение пациентов с шизофренией, имеющих зависимость от ПАВ, с таковым у пациентов без зависимости, показали, что хотя повышенный риск насильственного поведения при шизофрении не может приписываться исключительно коморбидному злоупотреблению ПАВ, тем не менее при этом повышается вероятность преступного поведения [62].

Несмотря на приведенные в этом разделе столь неоднозначные и порой противоречивые литературные сведения о связи агрессивного поведения при шизофрении и злоупотребления ПАВ, следует отметить, что они вызывают безусловный интерес, так как представляют собой исследования специалистов, опубликованные в высокорейтинговых международных научных изданиях.

Агрессивное поведение при шизофрении, сочетающейся с диссоциальным расстройством личности

По данным литературы, шизофрения часто коморбидна с личностными расстройствами, среди которых судебные психиатры выявляют преобладание сочетания шизофрении с диссоциальным расстройством личности (ДРЛ). Сравнение больных шизофренией с сопутствующим ДРЛ и без такового показало, что поведение правонарушителей с шизофренией и коморбидным ДРЛ при совершении убийств не было обусловлено психотическими симптомами. Такие пациенты чаще злоупотребляли алкоголем, совершали нападения на потерпевших, имели конфликты с жертвой в прошлом, до актуального инцидента, что отличало их от лиц с диагнозом «шизофрения», но без сопутствующего ДРЛ [73].

Несмотря на отсутствие каких-либо отличий в клиническом течении шизофренического процесса, коморбидного с ДРЛ и без него, у пациентов с шизофренией и ДРЛ отмечались употребление или зависимость от ПАВ и аффективная неустойчивость с недостатком раскаяния и чувства вины. Были характерны также неоднократное совершение правонарушений в прошлом, отказ принимать ответственность за свои собственные действия [74].

У пациентов с коморбидным шизофреническому процессу ДРЛ имело место раннее начало проблем во многих областях жизни, а совершенные ими правонарушения (убийства) были сходны с убийствами, совершавшимися правонарушителями с расстройствами личности. Это сходство заключалось в выборе жертвы, наличии интоксикации ПАВ в момент правонарушения, а также в поведении лица после содеянного [75]. Попытка объяснить агрессивное поведение у пациентов с шизофренией вне психотического приступа позволила S. Hodgins и R. Müller-Isberner по наличию поведенческих нарушений выделить три группы пациентов с шизофренией: 1) индивидуумы с началом поведенческих нарушений в детстве, которые обнаруживали антисоциальное и агрессивное поведение как до, так и после начала шизофренического процесса; 2) индивидуумы, не имевшие в прошлом поведенческих проблем и начавшие проявлять агрессивное поведение уже в самом начале заболевания шизофренией; 3) индивидуумы, совершившие тяжкое агрессивное правонарушение после многих лет болезни [76].

Резюмируя, следует подчеркнуть, что наличие криминального анамнеза большинством исследователей признается значимым фактором, связанным с риском совершения агрессивных противоправных действий пациентами с шизофреническим процессом.

Исследуя роль факторов риска в возникновении агрессивного поведения у больных шизофренией, S. Vo et al. описали похожие на приведенные выше две траектории насильственного поведения. Первая траектория наблюдается у пациентов, прежде не совершавших агрессивных или противоправных действий; психотические симптомы детерминировали их агрессивное поведение. Для второй, противоположной, траектории характерна личностная патология, которая являлась предиктором совершения ООД независимо от имевшейся симптоматики, связанной с шизофренией [77]. Однако, как справедливо отметили D.J. Bennett et al., взаимосвязь между агрессивным противоправным поведением и шизофренией не может быть объяснена лишь злоупотреблением ПАВ или же только предыдущими уголовными правонарушениями [78].

Связь агрессивного поведения при шизофрении и суицидальных тенденций

При исследовании взаимосвязи суицидального поведения больных шизофренией и совершения ими

агрессивных правонарушений исследователями установлено, что суицидальные мысли и суицидальные попытки, совершенные в прошлом, повышают риск совершения агрессивных деликтов [17, 18]. К. Witt et al. обнаружили, что не только суицидальные действия, но и суицидальный шантаж связаны с вероятностью совершения ООД, как у мужчин, так и у женщин с диагнозом «шизофрения» [35].

Анализируя связь агрессивного поведения при шизофрении с суицидальными тенденциями, следует остановиться на исследовании особо тяжких ООД, совершаемых женщинами в отношении своих детей и внуков по типу классических расширенных незавершенных самоубийств. Агрессивные действия в таких случаях определялись патологической альтруистической мотивацией. Женщины убивали детей или внуков, «чтобы они не мучились, когда матери не станет», после чего пытались совершить суицидальный акт. Клинико-психопатологический анализ психического состояния женщин, совершивших агрессивные криминальные действия в виде детоубийств, показал следующее. При приступообразно-прогредиентной шизофрении у женщин депрессивно-параноидный синдром, относящийся к периоду агрессивных действий, отличался очерченным характером, быстротой развития, присоединением на фоне депрессии и тревоги различных компонентов (в основном идеаторных автоматизмов) синдрома Кандинского–Клерамбо. У большинства женщин, совершивших расширенные самоубийства, уже во время предшествующих приступов выявлялись суицидальные мысли и тенденции на фоне аффективных расстройств [5].

Проблема приверженности лечению (отсутствия комплаенса) у больных шизофренией, склонных к агрессивному поведению

Риск насилия снижается при наличии приверженности лечению – это было постулировано и на первый взгляд не вызывало сомнений [17]. Однако, по данным J. Vobes et al., у 5% обследованных пациентов агрессивное поведение сохранялось даже при соблюдении предписанного лечения [79]. Тем не менее в исследовании, проведенном в Китае в 2006–2018 гг. на большой выборке, включавшей 207 569 пациентов с шизофренией, было показано, что отказ больных от медикаментозного лечения приводил к более высокому риску совершения агрессивных правонарушений [80]. Другой аспект заинтересованности в лечении, получивший меньше внимания, – осознание пациентом успеха лечения [17]. При этом исследователи выделили осознание как необходимости, так и эффективности лечения. Отсутствие осознанной необходимости в терапии, по предположению авторов, в последующем будет способствовать тому, что пациенты с меньшей вероятностью обратятся за помощью, пытаясь предотвратить появление психопатологических расстройств употреблением алко-

голя или наркотических веществ, что может вести к обострению психотической симптоматики и увеличить вероятность совершения агрессивного противоправного деяния. Отмечена и обратная взаимосвязь, когда наличие агрессивного поведения у пациента может приводить к снижению уверенности в эффективности получаемого им лечения. Установленная авторами причинно-следственная зависимость между отсутствием осознанной необходимости лечения и агрессивным криминальным поведением позволила предположить, что они усиливают друг друга. Так, совершение агрессивного противоправного деяния на фоне психического расстройства приводит к тому, что пациент может легко стать скептически настроенным относительно успеха своего лечения, что станет причиной усиления психопатологической симптоматики, отсутствия приверженности лечению и злоупотребления ПАВ с целью самолечения. Каждый из данных факторов, в свою очередь, увеличивает риск совершения агрессивного правонарушения. Таким образом, может образоваться замкнутый круг, в котором отсутствие осознания пациентом успеха от лечения и агрессивное противоправное поведение взаимно влияют друг на друга.

Статические и динамические факторы риска агрессивного поведения у больных шизофренией

Для оптимизации прогнозирования насильственных действий рядом авторов выделены статические и динамические факторы риска [81–83]. К статическим факторам авторы относят такие неизменные признаки, как пол, жестокое обращение в детстве, коморбидное расстройство личности, совершение агрессивного правонарушения в прошлом. Несмотря на то что статические факторы важны для прогноза риска совершения ООД, они не поддаются изменению и поэтому считаются менее применимыми для снижения риска. Среди статических показателей самыми сильными и значимыми авторы считают те, которые ранее являлись криминогенными [83]. Динамические (модифицируемые, изменяемые) факторы риска включают враждебное поведение, недавнее злоупотребление ПАВ, отсутствие приверженности лечению и психокоррекции, низкий контроль импульсов [83, 84]. Статические факторы статистически более надежны, но динамические факторы больше подходят для управления риском насильственных действий в тактике лечения и профилактики [83, 85].

Заключение

Данный обзор научной литературы о взаимозависимости психопатологических расстройств и агрессивного поведения при шизофрении показал, что при анализе обозначенной проблемы, помимо психопатологической симптоматики, следует учитывать влияние социальных факторов, гендерные различия, личностные особенности, злоупотребление ПАВ. Эти

факторы риска следует изучать в комплексе и взаимосвязи, что будет способствовать повышению эффективности медицинских реабилитационных программ и профилактических мероприятий.

Стоит отметить неоднозначность, а порой и противоречивость результатов вышеприведенных исследований. По нашему мнению, такая полемика

различных авторов весьма интересна, так как стимулирует решение столь сложной и актуальной проблемы, а также свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения факторов риска агрессивного поведения пациентов с шизофренией, что, в свою очередь, будет способствовать управлению вероятными рисками и профилактике насилия.

Сведения об авторах

Шпорт Светлана Вячеславовна – доктор медицинских наук, генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Индексы: РИНЦ Author ID: 565257; Scopus Author ID: 8315485700; ORCID: 0000-0003-0739-4121

E-mail: svshport@mail.ru

Хамитов Рустем Радикович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ФКУ «Казанская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России; профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Индексы: РИНЦ Author ID: 464625; Scopus Author ID: 58794185000; ORCID: 0000-0002-1271-8330

E-mail: rrkzn@mail.ru

Афзалетдинова Динара Хасановна – кандидат медицинских наук, врач – судебно-психиатрический эксперт ГБУЗ Республики Башкортостан «Республиканская клиническая психиатрическая больница»; ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

Индексы: РИНЦ Author ID: 1221216; Scopus Author ID: 57207624168; ORCID: 0000-0003-1042-3528

E-mail: dinara-05@list.ru

*Качаева Маргарита Александровна** – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Индексы: РИНЦ Author ID: 340305; Scopus Author ID: 6602538529; ORCID: 0000-0002-7642-9829

E-mail: mkachaeva@mail.ru

*Автор, ответственный за переписку.

Скибина Надежда Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет Минздрава России (Сеченовский Университет); ассистент Учебно-методического отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Индексы: SPIN-код: 6215-1636; РИНЦ Author ID: 869152; Scopus Author ID: 57204615590; ORCID: 0000-0003-4721-3962

E-mail: nskibina59@mail.ru

Назарова Лионелла Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Индексы: SPIN-код: 5926-0863; РИНЦ Author ID: 569646; Scopus Author ID: 57190572523; ORCID: 0000-0003-1991-0920

E-mail: LnLn2016@bk.ru

Информация о конфликте интересов и источнике финансирования

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

Литература

- Whiting D., Gulati G., Geddes J.R., Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 Countries: a systematic review and meta-analysis // JAMA Psychiatry. 2022. Vol. 79. P. 120–132. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3721
- O'Reilly K., O'Connell P., O'Sullivan D. et al. Moral cognition, the missing link between psychotic symptoms and acts of violence: a cross-sectional national forensic cohort study // BMC Psychiatry. 2019. Vol. 19. doi: 10.1186/s12888-019-2372-4 [Электронная публикация] URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6921589/> (дата обращения 14.06.2024).

3. Wolf V., Mayer J., Steiner I. et al. Risk factors for violence among female forensic inpatients with schizophrenia // *Front Psychiatry*. 2023. Vol. 14. doi: 10.3389/fpsy.2023.1203824 [Электронная публикация] URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10347379/> (дата обращения 14.06.2024).
4. Iozzino L., Harvey P.D., Canessa N. et al. Neurocognition and social cognition in patients with schizophrenia spectrum disorders with and without a history of violence: results of a multinational European study // *Translational Psychiatry*. 2021. Vol. 11. doi: 10.1038/s41398-021-01749-1 [Электронная публикация] URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8651972/> (дата обращения 14.06.2024).
5. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромащенко Л.В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. М.: Медицина, 2003. 373 с.
6. Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности психически больных // *Психиатрия и общество*. М., 2001. С. 255–269.
7. Fazel S., Gulati G., Linsell L. et al. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis // *PLoS Med*. 2009. Vol. 6. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120 [Электронная публикация] URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000120> (дата обращения 14.06.2024).
8. Imai A., Hayashi N., Shiina A. et al. Factors associated with violence among Japanese patients with schizophrenia prior to psychiatric emergency hospitalization: a case-controlled study // *Schizophr. Res.* 2014. Vol. 160. P. 27–32. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.016
9. Weiss E.M. Neuroimaging and neurocognitive correlates of aggression and violence in schizophrenia // *Scientifica (Cairo)*. 2012. Vol. 2012. P. 1–12. doi: 10.6064/2012/158646
10. Richard-Devantoy S., Bouyer-Richard A.I., Jollant F. et al. Homicide, schizophrenia and substance abuse: a complex interaction. *Rev. Epidemiol. Sante Publique*. 2013. Vol. 61, № 4. P. 339–350. doi: 10.1016/j.respe.2013.01.096
11. Swanson J.W., Holzer C.E. 3rd, Ganju V.K. et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys // *Hosp. Community Psychiatry*. 1990. Vol. 41, № 7. P. 761–770. doi: 10.1176/ps.41.7.761
12. Tiihonen J., Isohanni M., Räsänen P. et al. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort // *Am. J. Psychiatry*. 1997. Vol. 154, № 6. P. 840–845. doi: 10.1176/ajp.154.6.840
13. 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. Vol. 63, № 5. P. 490–499. doi: 10.1001/archpsyc.63.5.490
14. Fullam R.S., Dolan M.C. Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. 2008. Vol. 193, № 3. P. 247–253. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040345
15. van Dorn R., Volavka J., Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012. Vol. 47, № 3. P. 487–503. doi: 10.1007/s00127-011-0356-x
16. Richard-Devantoy S., Olie J.P., Gourevitch R. Risk of homicide and major mental disorders: a critical review // *Encephale*. 2009. Vol. 35, № 6. P. 521–530. doi: 10.1016/j.encep.2008.10.009
17. Belli H., Ural C. The association between schizophrenia and violent or homicidal behaviour: the prevention and treatment of violent behaviour in these patients // *West Indian Med. J.* 2012. Vol. 61, № 5. P. 538–543. doi: 10.7727/wimj.2011.028
18. Wehring H.J., Carpenter W.T. Violence and schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2011. Vol. 37, № 5. P. 877–878. doi: 10.1093/schbul/sbr094
19. Bhavsar V., Bhugra D. Violence towards people with mental illness: Assessment, risk factors, and management // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2018. Vol. 72, № 11. P. 811–820. doi: 10.1111/pcn.12775
20. Richard-Devantoy S., Chocard A.S., Bourdel M.C. et al. Homicide and major mental disorder: what are the social, clinical, and forensic differences between murderers with a major mental disorder and murderers without any mental disorder? // *Encephale*. 2009. Vol. 35, № 4. P. 304–314. doi: 10.1016/j.encep.2008.05.006
21. Nolan K.A., Volavka J., Czobor P. et al. Aggression and psychopathology in treatment-resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder // *J. Psychiatr. Res.* 2005. Vol. 39, № 1. P. 109–115. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.04.010
22. Fullam R.S., Dolan M.C. Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. 2008. Vol. 193, № 3. P. 247–253. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040345
23. Laajasalo T., Häkkänen H. Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia // *Crim. Behav. Ment. Health*. 2006. Vol. 16, № 4. P. 242–253. doi: 10.1002/cbm.635
24. Junginger J. Command hallucinations and the prediction of dangerousness // *Psychiatr. Serv.* 1995. Vol. 46, № 9. P. 911–914. doi: 10.1176/ps.46.9.911
25. Taylor P.J. Motives for offending among violent and psychotic men // *Br. J. Psychiatry*. 1985. Vol. 147. P. 491–498. doi: 10.1192/bjp.147.5.491
26. Link B.G., Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In: Monahan J., Steadman H.J., editors. *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment*. Chicago, 1994. P. 137–159.
27. Stompe T., Ortwein-Swoboda G., Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined // *Schizophr. Bull.* 2004. Vol. 30, № 1. P. 31–44. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007066
28. Junginger J., Parks-Levy J., McGuire L. Delusions and symptom-consistent violence // *Psychiatr. Serv.* 1998. Vol. 49, № 2. P. 218–220. doi: 10.1176/ps.49.2.218
29. McNiel D.E., Binder R.L. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis and short-term risk of violence // *Hosp. Community Psychiatry*. 1994. Vol. 45, № 2. P. 133–137. doi: 10.1176/ps.45.2.133
30. Zisook S., Byrd D., Kuck J. et al. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. 1995. Vol. 56, № 10. P. 462–465.
31. Cheung P., Schweitzer I., Crowley K. et al. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions // *Schizophr. Res.* 1997. Vol. 29, № 26 (2–3). P. 181–190. doi: 10.1016/s0920-9964(97)00049-2
32. Braham L.G., Trower P., Birchwood M. Acting on command hallucinations and dangerous behavior: a critique of the major findings in the last decade // *Clin. Psychol. Rev.* 2004. Vol. 24, № 5. P. 513–528. doi: 10.1016/j.cpr.2004.04.002
33. Shawyer F., Mackinnon A., Farhall J. et al. Acting on harmful command hallucinations in psychotic disorders: an integrative approach // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2008. Vol. 196, № 5. P. 390–398. doi: 10.1097/NMD.0b013e318171093b
34. Large M.M., Niessen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2011. Vol. 125, № 2–3. P. 209–220. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.026

35. Witt K., Hawton K., Fazel S. The relationship between suicide and violence in schizophrenia: analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset // *Schizophr. Res.* 2014. Vol. 154, № 1–3. P. 61–67. doi: 10.1016/j.schres.2014.02.001. Epub 2014 Feb 26
36. Качаева М.А., Харитоновна Н.К., Шпорт С.В. и соавт. Сравнительный анализ клинико-социальных характеристик женщин с органическим расстройством личности, совершивших и не совершавших правонарушения // *Российский психиатрический журнал.* 2021. № 1. С. 37–46.
37. Abel K.M., Drake R., Goldstein J.M. Sex differences in schizophrenia // *Int. Rev. Psychiatry.* 2010. Vol. 22, № 5. P. 417–428. doi: 10.3109/09540261.2010.515205
38. Lewine R., Martin M., Hart M. Sex versus gender differences in schizophrenia: The case for normal personality differences // *Schizophr. Res.* 2017. Vol. 189. P. 57–60. doi: 10.1016/j.schres.2017.02.015
39. Ferrara M., Curtarello E.M.A., Gentili E. et al. Sex differences in schizophrenia-spectrum diagnoses: results from a 30-year health record registry // *Arch. Womens Ment. Health.* 2023. Vol. 20. P. 11–20. doi: 10.1007/s00737-023-01371-8
40. Woods B.T. Is schizophrenia a progressive neurodevelopmental disorder? Toward a unitary pathogenetic mechanism // *Am. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 155, № 12. P. 1661–1670. doi: 10.1176/ajp.155.12.1661
41. Viveros M.P., Mendrek A., Paus T. et al. A comparative, developmental and clinical perspective of neurobehavioral sexual dimorphisms // *Front. Neurosci.* 2012. Vol. 12, № 6. doi: 10.3389/fnins.2012.00084 [Электронная публикация] URL: <https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2012.00084/full> (дата обращения 14.06.2024).
42. James A.C., Javaloyes A., James S. et al. Evidence for non-progressive changes in adolescent-onset schizophrenia: follow-up magnetic resonance imaging study // *Br. J. Psychiatry.* 2002. Vol. 180. P. 339–344. doi: 10.1192/bjp.180.4.339
43. Shenton M.E., Dickey C.C., Frumin M. et al. A review of MRI findings in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2001. Vol. 15, № 49 (1–2). P. 1–52. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00163-3
44. Hoff A.L., Kremen W.S., Wieneke M.H. et al. Association of estrogen levels with neuropsychological performance in women with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2001. Vol. 158, № 7. P. 1134–1139. doi: 10.1176/appi.ajp.158.7.1134
45. Jackson D., Kirkbride J., Croudace T. et al. Meta-analytic approaches to determine gender differences in the age-incidence characteristics of schizophrenia and related psychoses // *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2013. Vol. 22, № 1. P. 36–45. doi: 10.1002/mpr.1376
46. Leung A., Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2000. Vol. 401. P. 3–38. doi: 10.1111/j.0065-1591.2000.0ap25.x
47. Tang Y.L., Gillespie C.F., Epstein M.P. et al. Gender differences in 542 Chinese inpatients with schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 97, № 1–3. P. 88–96. doi: 10.1016/j.schres.2007.05.025
48. Usall J., Ochoa S., Araya S. et al. NEDES Group (Assessment Research Group in Schizophrenia). Gender differences and outcome in schizophrenia: a 2-year follow-up study in a large community sample // *Eur. Psychiatry.* 2003. Vol. 18, № 6. P. 282–284. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.06.001
49. Morgan V.A., Castle D.J., Jablensky A.V. Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2008. Vol. 42, № 1. P. 74–82. doi: 10.1080/00048670701732699
50. Shtasel D.L., Gur R.E., Gallacher F. et al. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1992. Vol. 7, № 3. P. 225–231. doi: 10.1016/0920-9964(92)90016-x
51. Angermeyer M.C., Kühn L., Goldstein J.M. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes // *Schizophr. Bull.* 1990. Vol. 16, № 2. P. 293–307. doi: 10.1093/schbul/16.2.293
52. Andia A.M., Zisook S., Heaton R.K. et al. Gender differences in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995. Vol. 183, № 8. P. 522–528. doi: 10.1097/00005053-199508000-00005
53. Gureje O. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes // *Acta Psychiatr. Scand.* 1991. Vol. 83, № 5. P. 402–405. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb05564.x
54. Elbogen E.B., Johnson S.C. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2009. Vol. 66, № 2. P. 152–161. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537
55. Weiss E.M., Marksteiner J., Hinterhuber H. et al. Gender differences in aggression in schizophrenia patients // *Neuropsychiatrie.* 2006. Vol. 20, № 3. P. 186–191.
56. Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Peltekis A. et al. Sex differences in neuropsychological functioning among schizophrenia patients // *Aust. NZ J. Psychiatry.* 2010. Vol. 44, № 4. P. 333–341. doi: 10.3109/00048670903489833
57. Lam J.N., McNeil D.E., Binder R.L. The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries // *Psychiatr. Serv.* 2000. Vol. 51, № 9. P. 1167–1170. doi: 10.1176/appi.ps.51.9.1167
58. Somers N., Bartlett A. Women's secure hospital care pathways in practice: a qualitative analysis of clinicians views in England and Wales // *BMC Health Serv. Res.* 2014. Vol. 1, № 14. doi: 10.1186/1472-6963-14-450 [Электронная публикация] URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-450> (дата обращения 14.06.2024).
59. Beck N.C., Durrett C., Stinson J. et al. Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital // *Psychiatr. Serv.* 2008. Vol. 59, № 9. P. 1027–1032. doi: 10.1176/ps.2008.59.9.1027
60. Wynn R. Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital // *Scand. J. Caring. Sci.* 2002. Vol. 16, № 3. P. 287–291. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00082.x
61. Krakowski M., Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors // *Am. J. Psychiatry.* 2004. Vol. 161, № 3. P. 459–465. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.459
62. Short T., Thomas S., Mullen P. et al. Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls // *Acta Psychiatr. Scand.* 2013. Vol. 128, № 4. P. 306–313. doi: 10.1111/acps.12066. Epub 2013 Feb 4
63. Nawka A., Kalisova L., Raboch J. et al. Gender differences in coerced patients with schizophrenia // *BMC Psychiatry.* 2013. Vol. 11. doi: 10.1186/1471-244X-13-257
64. Foster A., Gable J., Buckley J. Homelessness in schizophrenia // *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2012. Vol. 35, № 3. P. 717–734. doi: 10.1016/j.psc.2012.06.010
65. Kooyman I., Dean K., Harvey S. et al. Outcomes of public concern in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry Suppl.* 2007. Vol. 50. P. 29–36. doi: 10.1192/bjp.191.50.s29
66. Hiday V.A., Swartz M.S., Swanson J.W. et al. Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998. Vol. 33. P. 68–74. doi: 10.1007/s001270050212
67. Dumais A., Potvin S., Joyal C. et al. Schizophrenia and serious violence: a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders // *Schizophr. Res.* 2011. Vol. 130, № 1–3. P. 234–237. doi: 10.1016/j.schres.2011.02.024

68. Volavka J., Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment // *Schizophr. Bull.* 2011. Vol. 37, № 5. P. 921–929. doi: 10.1093/schbul/sbr041
69. Hodgins S., Hiscoke U.L., Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment // *Behav. Sci. Law.* 2003. Vol. 21, № 4. P. 523–546. doi: 10.1002/bsl.540
70. Vevera J., Hubbard A., Veselý A. et al. Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000 // *Br. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 187. P. 426–430. doi: 10.1192/bjp.187.5.426
71. Fazel S., Långström N., Hjern A. et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime // *JAMA.* 2009. Vol. 301, № 19. P. 2016–2023. doi: 10.1001/jama.2009.675
72. Putkonen H. Schizophrenia and comorbid substance abuse substantially increases risks of violent crime // *Evid. Based Ment. Health.* 2010. Vol. 13. P. 31. doi: 10.1136/ebmh.13.1.31
73. Joyal C.C., Putkonen A., Paavola P. et al. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia // *Psychol. Med.* 2004. Vol. 34, № 3. P. 433–442. doi: 10.1017/s0033291703001077
74. Moran P., Hodgins S. The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2004. Vol. 30, № 4. P. 791–802. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007132
75. Laajasalo T., Salenius S., Lindberg N. et al. Psychopathic traits in Finnish homicide offenders with schizophrenia // *Int. J. Law Psychiatry.* 2011. Vol. 34, № 5. P. 324–330. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.08.004. Epub 2011 Sep 17
76. Hodgins S., Müller-Isberner R. Schizophrenia and violence // *Nervenarzt.* 2014. Vol. 85, № 3. P. 273, 274, 276–278. doi: 10.1007/s00115-013-3900-y
77. Bo S., Abu-Akel A., Kongerslev M. et al. Risk factors for violence among patients with schizophrenia // *Clin. Psychol. Rev.* 2011. Vol. 31, № 5. P. 711–726. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.002
78. Bennett D.J., Ogloff J.R., Mullen P.E. et al. Schizophrenia disorders, substance abuse and prior offending in a sequential series of 435 homicides // *Acta Psychiatr. Scand.* 2011. Vol. 124, № 3. P. 226–233. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01731.x
79. Bobes J., Fillat O., Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors // *Acta Psychiatr. Scand.* 2009. Vol. 119, № 3. P. 218–225. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01302.x
80. Li Y., Wen H., Xiong C. et al. Medication Nonadherence and Risk of Violence to Others Among Patients With Schizophrenia in Western China // *JAMA Netw. Open.* 2023. Vol. 3, № 6. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.5891 [Электронная публикация] URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2803118> (дата обращения 14.06.2024).
81. Douglas K.S., Skeem J.L. Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic // *Psychol. Public Policy Law.* 2005. Vol. 11, № 3. P. 347–383. doi: 10.1037/1076-8971.11.3.347
82. Forsman J., Cornish R., Fazel S. Integrating static and modifiable risk factors in violence risk assessment for forensic psychiatric patients: a feasibility study of FoVOx // *Nord. J. Psychiatry.* 2023. Vol. 77, № 3. P. 240–246. doi: 10.1080/08039488.2022.2084158
83. Witt K., van Dorn R., Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies // *PLoS One.* 2013. Vol. 8, № 2. doi: 10.1371/journal.pone.0055942 [Электронная публикация] URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055942> (дата обращения 14.06.2024).
84. Wilson C.M., Desmarais S.L., Nicholls T.L. et al. Predictive validity of dynamic factors: assessing violence risk in forensic psychiatric inpatients // *Law Hum. Behav.* 2013. Vol. 37, № 6. P. 377–388. doi: 10.1037/lhb0000025
85. Fazel S., Toynbee M., Ryland H. et al. Modifiable risk factors for inpatient violence in psychiatric hospital: prospective study and prediction model // *Psychol. Med.* 2023. Vol. 53, № 2. P. 590–596. doi: 10.1017/S0033291721002063

EDITORIAL

Review

S.V. Shport¹, R.R. Khamitov^{2, 3}, D.Kh. Afzaletdinova^{4, 5}, M.A. Kachaeva^{1, 6},
N.V. Skibina^{1, 6}, L.N. Nazarova⁶

Risk Factors of Aggressive Behavior in People with Schizophrenia. Analysis of Epidemiological, Clinical, Gender and Comorbid Factors

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

² Kazan Specialized High-Security Psychiatric Hospital, Kazan, Russia

³ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

⁴ Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

⁵ Republican Clinical Psychiatric Hospital, Ufa, Russia

⁶ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Annotation

According to Russian and foreign literature predictors of aggressive behavior in people with schizophrenia were analyzed in this scientific review. Data on the prevalence of aggressive behavior in individuals with diagnosed schizophrenia in comparison with people without this disorder are considered. The correlation of aggressive and violent behavior with psychopathological symptoms, gender differences, demographic and premorbid indicators is identified. The article shows an impact of such factors as substance abuse, combination with dissocial personality disorder and autoaggressive patterns on aggressive behavior in patients with schizophrenia.

Key words schizophrenia; predictors of aggressive and violent behavior; gender differences; comorbid disorders

About the Authors

Shport Svetlana Vyacheslavovna – Doctor of Medicine, Director General, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Indices: RSCI Author ID: 565257; Scopus Author ID: 8315485700; ORCID: 0000-0003-0739-4121

E-mail: svshport@mail.ru

Khamitov Rustem Radikovich – Doctor of Medicine, Professor, Chief Medical Officer, Kazan Specialized High-Security Psychiatric Hospital; Professor of the Department of Psychiatry and Health Psychology, Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Indices: RSCI Author ID: 464625; Scopus Author ID: 58794185000; ORCID: 0000-0002-1271-8330

E-mail: rrkzn@mail.ru

Afzaletdinova Dinara Khasanovna – PhD in Medicine, Forensic Psychiatrist, Republican Clinical Psychiatric Hospital; Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Indices: RSCI Author ID: 1221216; Scopus Author ID: 57207624168; ORCID: 0000-0003-1042-3528

E-mail: dinara-05@list.ru

*Kachaeva Margarita Aleksandrovna** – Doctor of Medicine, Professor, Chief Researcher, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology; Professor of the Department of Social and Forensic Psychiatry, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Indices: RSCI Author ID: 340305; Scopus Author ID: 6602538529; ORCID: 0000-0002-7642-9829

E-mail: mkachaeva@mail.ru

** Corresponding author.*

Skibina Nadezhda Vladimirovna – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Social and Forensic Psychiatry, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); Assistant of the Academic Department, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Indices: SPIN-code: 6215-1636; RSCI Author ID: 869152; Scopus Author ID: 57204615590; ORCID: 0000-0003-4721-3962

E-mail: nskibina59@mail.ru

Nazarova Lionella Nikolaevna – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Social and Forensic Psychiatry, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Indices: SPIN-code: 5926-0863; RSCI Author ID: 569646; Scopus Author ID: 57190572523; ORCID: 0000-0003-1991-0920

E-mail: LnLn2016@bk.ru