

**ФГБУ “Федеральный медицинский  
исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского”  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОПАСНОСТИ ЛИЦ,  
СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ:  
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РИСКА  
ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Учебное пособие*



**Москва - 2017**

УДК 616.89-008-07

ББК 56.14

М15

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук **О.А. Макушкиной**, кандидатом медицинских наук **Л.А. Яхимович**, кандидатом юридических наук **С.В. Полубинской**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 24 октября 2016 г., протокол №9.

Рецензенты:

**Б.А. Казаковцев**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

**Е.А. Панченко**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Учебно-методического отдела ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

**Р.Г. Валинуров**, доктор медицинских наук, профессор, главный специалист психиатр Приволжского федерального округа, главный врач Республиканской клинической психиатрической больницы №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

**М15** Макушкина О.А., Яхимович Л.А., Полубинская С.В. **Проблема общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами: клиничко-социальная оценка риска опасного поведения**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 172 с.

*Дана характеристика проблемы общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, представлены основные научные концепции и факторы риска их опасного поведения. Проанализированы зарубежный и отечественный опыт оценки риска совершения опасных действий, а также существующие методы и инструменты его определения. Разделы пособия соответствуют логике изложения материала и тематическому плану Учебной программы цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера”. В пособие включена новая информация, не представленная ранее в учебно-методической литературе по специальности “психиатрия”.*

*Для непрерывного профессионального образования психиатров, судебно-психиатрических экспертов, иных специалистов в области оказания психиатрической помощи.*

ISBN 978-5-86002-182-2

ББК 56.14

© О.А. Макушкина, Л.А. Яхимович, С.В. Полубинская, 2017.

© ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> (Макушкина О.А., Полубинская С.В.) .....	5
--	---

### *Глава 1*

<b>Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами</b> .....	12
1.1. Основные дефиниции. Научные концепции формирования опасного поведения психически больных (Макушкина О.А.) .....	13
1.2. Клинические критерии общественной опасности психически больных (Макушкина О.А., Яхимович Л.А.) .....	25
1.3. Личностные и социальные факторы в формировании опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами (Макушкина О.А.) .....	69

### *Глава 2*

<b>Оценка риска общественной опасности психически больных</b> .....	96
2.1. Принципы и инструменты оценки риска насилия в зарубежной психиатрии (Макушкина О.А., Полубинская С.В.) .....	97
2.2. Отечественный опыт определения общественной опасности психически больных (Макушкина О.А.) .....	125

### *Глава 3*

<b>Структурированная оценка риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами</b> (Макушкина О.А.) .....	137
---	-----

<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>155</b>
<b>СПРАВОЧНО-БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АППАРАТ .....</b>	<b>156</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ (Макушкина О.А.) .....</b>	<b>167</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Общественная опасность психически больных оказывает влияние на состояние общественного здоровья и социальное благополучие общества в целом. Случаи совершения ими общественно опасных действий (ООД), особенно если при этом причинен физический вред другим людям, нередко рассматриваются как один из показателей невысокой эффективности деятельности психиатрической службы, к компетенции которой относят их предупреждение.

Степень общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, в сравнении с общепопуляционными показателями, а, следовательно, величина данной проблемы и мера ответственности психиатров по ее разрешению, не однородна в понимании различных специалистов, что связано, в первую очередь, с полиморфизмом психической патологии.

На первый взгляд, тезис о большей распространенности противоправного поведения среди психически больных, по сравнению с общепопуляционными показателями, не вызывает сомнения, что подтверждается долей таких лиц среди правонарушителей, находящихся в местах лишения свободы. Ее величина, по данным официальной статистики, составляет порядка 18–20%, а по результатам эпидемиологических исследований, проведенных специалистами разных стран, достигает 60–80%. Однако в данном случае речь идет о легких и умеренно выраженных по степени тяжести психических расстройствах, не лишаящих страдающих ими лиц способности в полной мере осознавать фактический ха-

рактар и обществонную опасность своих действий либо руководить ими.

В тех же случаях, когда опасное поведение опосредовано наличием у больного психического расстройства, степень выраженности (тяжесть) которого обуславливает его неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, его профилактика невозможна без участия психиатрической службы, роль и ответственность которой при этом существенно возрастает.

В этой связи врачам-психиатрам и иным специалистам, участвующим в оказании психиатрической помощи, следует уделять специальное внимание оценке риска такого поведения пациентов. Данный прогноз необходим для планирования индивидуально ориентированных лечебно-реабилитационных мероприятий и служит целям первичной и вторичной психиатрической профилактики.

Определение риска опасного поведения у психически больных лиц является частью повседневной практической деятельности психиатра, вне зависимости от подразделения службы, в котором он работает. Участковый психиатр должен оценивать риск совершения больным общественно опасного деяния при решении вопроса о целесообразности применения в отношении него специальных мер профилактики, в частности – о включении его в группу активного диспансерного наблюдения (АДН) либо выведении из нее. В обязанности психиатра, работающего в стационаре, входит решение вопроса о сохранении либо отсутствии риска общественной опасности пациента, находящегося на принудительном лечении, так как именно это определяет достижение указанной в ст.98 УК РФ цели исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ) и возможность отмены, изменения либо продления принудительного лечения (ПЛ).

Российское законодательство включает понятие опасности в основания назначения принудительных

мер медицинского характера (ст.97 Уголовного кодекса РФ). По закону требуется сочетание трех обстоятельств: совершения лицом общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, либо преступления; наличия у этого лица болезненного психического расстройства и опасности лица для себя либо для других лиц, обусловленной его психическим расстройством<sup>1</sup>. Взятые порознь, эти обстоятельства не могут быть положены в основу решения суда о назначении принудительных медицинских мер, а приобретают значение оснований лишь в совокупности.

Таким образом, в соответствии с российским уголовным законом принудительные меры медицинского характера могут быть назначены лишь тогда, когда имеющееся у лица психическое расстройство обуславливает его опасность для себя или для других лиц (ч.2 ст.97 УК РФ). Связь психического расстройства лица с его опасностью для себя или других лиц входит в предмет доказывания по делам о применении принудительных мер медицинского характера (п.5 ч.2 ст.434 УПК РФ). Этот же вопрос подлежит выяснению судом при принятии решения о применении таких мер (п.5 ст.442 УПК РФ). При отсутствии опасности лиц, указанных в ч.1 ст.97 УК РФ, принудительные меры назначаться не должны, и лечение таких лиц может осуществляться в порядке, установленном Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

По делам данной категории обязательным является проведение судебно-психиатрической экспертизы. В постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 7 апреля 2011 г. № 6 “О практике применения судами принуди-

---

<sup>1</sup> Указание в ч.2 ст.97 УК РФ на “возможность причинения этими лицами иного существенного вреда”, по нашему мнению, является избыточным, поскольку причинение любого вреда, в том числе и в будущем, охватывается понятием “опасность лица для себя или других лиц”.

тельных мер медицинского характера”<sup>2</sup> указывается, что для назначения принудительных мер медицинского характера перед экспертами “следует ставить вопросы, позволяющие выяснить характер и степень психического расстройства во время совершения предусмотренного уголовным законом общественно опасного деяния, в ходе предварительного расследования или рассмотрения дела судом, установить, могло ли лицо в указанные периоды осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими”. Эксперты также должны ответить на “вопросы и о том, связано ли психическое расстройство лица с опасностью для него и других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда, нуждается ли такое лицо в применении принудительной меры медицинского характера и какой именно” (п.6).

Уголовный закон не раскрывает понятие “опасность лица с психическим расстройством для себя или других лиц”, и некоторые ориентиры для судов даются также Пленумом Верховного Суда РФ. В названном постановлении отмечается, что о такой опасности лица “могут свидетельствовать характер психического расстройства, подтвержденный выводами судебно-психиатрической экспертизы, его склонность в связи с этим к совершению насильственных действий в отношении других лиц или к причинению вреда самому себе, к совершению иных общественно опасных действий (изъятию чужого имущества, поджогов, уничтожению или повреждению имущества иными способами и др.)”. Верховный Суд РФ обращает внимание и на то, что при прогнозе опасности лица с психическим расстройством следует учитывать физическое состояние этого лица, чтобы оценить возможность реализации им своих общественно опасных намерений (п.17).

---

<sup>2</sup> В ред. постановления Пленума Верховного суда РФ от 3 марта 2015 г. // Бюлл. Верховного Суда РФ. – 2011. – № 7; Бюлл. Верховного Суда РФ. – 2015. – № 5.

Содержание рассматриваемого понятия раскрывается также в юридической научной литературе и комментариях к УК РФ<sup>3</sup>. Поскольку лицо, страдающее психическим расстройством, становится объектом внимания уголовного права только при совершении уголовно наказуемого деяния, то представляется правильным понимать его опасность как высокую степень вероятности (риск) совершения нового деяния, предусмотренного Особенной частью Уголовного кодекса.

Таким образом, специалистам психиатрической службы необходимы знания относительно генеза общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами; факторов, оказывающих влияние на ее формирование; существующих инструментов оценки риска.

*Цель настоящего учебного пособия* заключается в углубленном изучении различных аспектов общественной опасности психически больных, получении теоретических знаний, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций медицинских кадров для самостоятельной деятельности в рамках имеющейся квалификации по определению риска совершения общественно опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами, и их профилактике.

При подготовке пособия использованы нормативные правовые документы и научные публикации зарубежных исследователей и сотрудников Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского – В.П. Котова, М.М. Мальцевой,

---

<sup>3</sup> См., напр.: Шишков С.Н. Правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987; Полубинская С.В. Назначение принудительных мер медицинского характера // Труды Института государства и права РАН. – 2016. – № 4. – С.173-186; Уголовный кодекс Российской Федерации. Общая часть. Постатейный научно-практический комментарий / Под ред. А.В. Наумова, А.Г. Кибальника. – М., 2012. – С.365-366.

С.В. Полубинской и др., перечень которых представлен в разделе “Справочно-библиографический аппарат”.

*Учебное пособие* предназначено для непрерывного профессионального образования психиатров, судебно-психиатрических экспертов, иных специалистов, работа которых связана с оценкой риска и предупреждением опасных действий психически больных лиц, исполнением принудительных мер медицинского характера. В нем содержится новая информация, не представленная ранее в учебно-методической литературе по специальности “психиатрия”.

*Концепция пособия* основывается на том, чтобы с использованием активного и интерактивного методов преподавания общей и судебной психиатрии, а также психологической и социальной работы с психически больными с риском опасного поведения обучить слушателей определению потенциальной общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, с целью обеспечения эффективных мер по его предупреждению.

В учебном пособии значительное место уделено характеристике проблемы общественной опасности психически больных; факторам, оказывающим влияние на ее формирование; оценке риска совершения опасных действий. Его актуальность определяется социальным значением проблемы профилактики общественно опасного поведения, необходимостью повышения эффективности работы психиатрической службы в данном направлении, требующей наличия подготовленных специалистов.

Основными компонентами учебного пособия являются разделы, касающиеся:

- научных концепций формирования опасного поведения психически больных;
- факторов риска и протективных факторов, значимых в генезе общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами;
- методам и инструментам оценки риска общественной опасности.

*Пособие соответствует учебной программе цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера”; разработано в рамках специальностей 14.01.06 – “психиатрия” и 31.08.24 – “судебно-психиатрическая экспертиза”.*

## **Глава 1**

### **ОБЩЕСТВЕННАЯ ОПАСНОСТЬ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Лица с тяжелыми психическими расстройствами, исключаящими вменяемость, ежегодно совершают в нашей стране порядка одного процента от числа преступлений, повлекших возбуждение уголовного дела. Многочисленные исследования специалистов ГНЦССП им. В.П. Сербского показали, что сам факт наличия психического расстройства не является единственной причиной совершения ООД, однако именно эти расстройства становятся медицинским критерием невменяемости и именно они лишают больного возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Большинство людей, которые страдают психическими расстройствами, не совершают актов насилия. По мнению известного зарубежного исследователя J. Monahan (1992), вероятность совершения ими деяний, предусмотренных уголовным законом, практически не превышает риска их совершения психически здоровыми преступниками. Однако по своему характеру ООД психически больных отличаются от преступлений психически здоровых лиц в основном за счет высокой доли наиболее тяжких деяний, связанных с физической агрессией (убийства, нанесения телесных повреждений, изнасилования и др.).

Причины преступлений психически здоровых и ООД невменяемых коренным образом различаются: в основе первых лежат социально-психологические факторы, в основе вторых – психопатологические. Последнее обстоятельство, во-первых, позволяет объяснить различное соотношение видов опасных деяний в обеих группах. Во-вторых, это делает непригодными криминологические методы предвидения и предупреждения ООД, которыми

оперируют правоохранительные органы, относя решение этих задач к компетенции психиатрической службы.

В силу специфики генеза опасных поступков психически больных их профилактика и в теоретическом, и в практическом отношении является прерогативой психиатрии и представляет одну из ее важнейших социальных функций.

### **1.1. Основные дефиниции. Научные концепции формирования опасного поведения психически больных**

*Общественно опасное действие психически больного* – действие или бездействие, нарушившее общественные отношения, предусмотренные Особенной частью УК РФ, совершенное вследствие обусловленного психическим расстройством отсутствия у больного способности к адекватному восприятию окружающей действительности и своих действий, а также к руководству ими.

Термины “общественно опасное поведение”, “опасное действие” сопряжены исключительно с неменяемостью психически больного и детерминированы медицинским и юридическим ее критериями, что соответствует ст.21 УК РФ.

Во всех остальных случаях совершения лицами, страдающими психическими расстройствами, уголовно наказуемых действий используются понятия “преступление”, “противоправное деяние”.

Понятия “опасность для себя или других лиц”, “непосредственная опасность для себя или окружающих” употребляются в федеральных законодательных актах (Уголовном кодексе РФ, Законе РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”). К примеру, при решении вопросов, связанных с применением принудительных мер медицинского характера, в соответствии с действующим УК РФ, оценивается связь имеющегося у больного психического расстройства с возможностью причинения им “иного существенного вреда

либо с опасностью для себя или других лиц” (ст.97 УК РФ). “Непосредственная опасность для себя или окружающих” используется как одно из оснований для оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке (ч.4 ст.23, ст.29 Закона) применительно к случаям, когда тяжелое психическое расстройство обуславливает возможность совершения агрессивных либо аутоагрессивных действий.

Под *опасностью психически больного* понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления определяют неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному.

По мнению ряда исследователей в данной области, общественную опасность лица, страдающего психическим расстройством, можно определить как риск (высокая степень вероятности) совершения им нового общественно опасного деяния, и чем выше вероятность его совершения, и чем тяжелее предполагаемый деликт, тем выше степень общественной опасности больного (Шишков С.Н., 1987).

Представление об опасности психически больных исторически основано не столько на частоте опасных поступков, сколько на их непредсказуемости с точки зрения здравого смысла. Анализ литературы позволяет считать, что психически больные совершают опасные действия с частотой, сопоставимой с преступлениями психически здоровых лиц, и сам факт наличия психического расстройства по сути не является “фатальной причиной” их совершения.

Однако данная проблема не может быть сведена к чисто количественному сходству и различию между теми и другими. Суть ее состоит в разном генезе преступлений психически здоровых лиц и ООД психически больных, а также в характере совершаемых ими деяний. Наиболее наглядно эти различия проявляются в существенном

преобладании у невменяемых агрессивных ООД, направленных против жизни и здоровья других лиц, по сравнению с вменяемыми лицами, которые чаще совершают разного рода корыстные преступления. Главное же отличие опасных действий, совершаемых лицами с тяжелыми психическими расстройствами, состоит в отсутствии у них достаточно обоснованной и понятной социально-психологической мотивации. Хотя роль ситуационных и личностных факторов в генезе их противоправного поведения хорошо изучена и не вызывает сомнения, патология психической деятельности настолько искажает психологическую переработку окружающей действительности, что способность к объективной оценке реальной ситуации и к осознанному руководству своими действиями становится невозможной.

Именно этим обстоятельством обусловлено законодательное введение в разных странах категории невменяемости, неприменение в отношении этих лиц понятия вины и, соответственно, каких бы то ни было форм уголовной ответственности, а также использование исключительно медицинских мер для защиты общества от их опасного поведения.

По мнению А.В. Снежневского (1972), расстройство психики выступает в роли сломанного инструмента, который в результате неадекватной переработки импульса приводит к тому, что ответное деяние приобретает опасный характер.

Психическая патология снижает сопротивляемость к воздействию конфликтных ситуаций, создает препятствия для развития социально полезных черт личности, ее адаптации к внешней среде; ослабляет механизмы внутреннего контроля; сужает возможности выбора вариантов решений; облегчает реализацию импульсивных, непродуманных, противоправных поступков.

Большинство исследований при оценке психического состояния больных и прогнозировании их общественно опасного поведения во главу угла ставят психопатоло-

гические проявления и особенности течения болезни, отражающие клинические закономерности болезненного процесса. Вместе с тем известно, что ООД психически больных являются не только следствием болезненных проявлений, в них находят отражение и факторы, формирующие личность больного, а также влияние окружающей его социальной среды.

При психических аномалиях неисправность психологических механизмов не отменяет их общего действия. В.Я. Семке (2007) подчеркивал, что, реагируя на ситуацию, человек действует в соответствии с особенностями своего характера и взглядов. Каждая ситуация воспринимается им в зависимости от его личностных особенностей, приобретая определенную субъективную значимость.

Чем меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной симптоматики, тем большую роль в агрессивном поведении играют личность и ситуационные факторы (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2000).

В связи с этим при прогнозировании опасного поведения важным, наряду с клинико-психопатологическими явлениями, становится изучение роли личностных особенностей больного и микросредового воздействия, которое может формировать и направлять антисоциальные тенденции. При этом перед психиатром встает задача не только определения причинно-следственных отношений между психопатологическими переживаниями и их проявлениями в виде опасного поведения, но также анализ взаимодействия личностно-характерологических и актуальных средовых и ситуационных факторов в генезе общественно опасного поведения больного.

*Основными научными концепциями, определяющими общественно опасное поведение психически больных, являются:* концепция триады факторов – “синдром–личность–ситуация” (Кондратьев Ф.В., 1984–2006) и концепция психопатологических механизмов общественно опасных действий (Лунц Д.Р., 1972; Фрейеров О.Е., 1974; Мальцева М.М., Котов В.П., 1987–1995).

Указанные концепции взаимно дополняют друг друга. В их основе лежит признание значения в генезе общественной опасности психопатологических и ситуационных факторов, а также личностных особенностей пациента и их взаимодействие.

Судебными психиатрами предложено понятие *психопатологического механизма ООД*. Под ним подразумевается сложное взаимодействие болезненных расстройств психики между собой, а также с личностными особенностями больного и ситуационными факторами, которое обуславливает противоправное деяние и исключает возможность трактовать его как преступление (Лунц Д.Р., 1972; Мальцева М.М., Котов В.П., 1987–1995).

Психопатологические механизмы ООД разделены на две большие группы по характеру лежащих в их основе психических нарушений:

- продуктивно-психотические механизмы, обусловленные влиянием той или иной продуктивной психотической симптоматики (в основе – патологическая мотивация);
- негативно-личностные механизмы, связанные с дефицитарными психическими расстройствами и изменениями личности.

*Продуктивно-психотические механизмы ООД (Мальцева М.М., Котов В.П., 1987–1995):*

*С бредовой мотивацией:*

- бредовая защита;
- бредовая месть;
- реализация бредовых проектов;
- бредовая демонстрация;
- искупление мнимой (бредовой) вины;
- бредовое самоутверждение;
- косвенная бредовая мотивация.

*Без бредовой мотивации:*

- императивные галлюцинации и автоматизмы;
- аффектогенная переоценка своих возможностей;

- дисфорическая агрессивность;
- импульсивные действия;
- дезорганизация поведения в результате помрачения сознания.

Считается, что наиболее распространенными в группе продуктивно-психотических механизмов являются ООД с бредовой мотивацией, на их долю приходится большая часть деяний, совершенных против жизни и здоровья граждан. Маниакальные состояния определяют совершение ООД в связи с аффектогенной переоценкой пациентами своих возможностей, при этом аффективные расстройства, не сопровождающиеся психотическими симптомами, редко ассоциируются с общественно опасным поведением. Имущественный характер ООД в ряде случаев также может быть обусловлен бредом, когда деликт вытекает из ситуации, возникающей в ходе бредового поведения больного.

*Негативно-личностные механизмы ООД (Мальцева М.М., Котов В.П., 1987–1995):*

*Ситуационно спровоцированные действия:*

- эмоциональная бесконтрольность;
- интеллектуальная несостоятельность;
- повышенная внушаемость и подчиняемость.

*“Инициативные” действия:*

- извращенность и расторможенность влечений;
- псевдосоциальная гиперактивность;
- дефицит высших эмоций.

В качестве особенности больных, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, можно отметить большую стойкость антисоциальных тенденций, высокий риск рецидива опасного поведения.

Такие пациенты существенно отличаются от лиц с продуктивно-психотическими механизмами. В реализации их общественной опасности большое значение имеют личность больного и ситуационные факторы, реакция на которые в значительной мере обусловлена негативными проявлениями заболевания.

Рассматривая характеристики ООД, совершенных по негативно-личностным механизмам, с позиций роли пациента, можно отметить, что так называемые “инициативные действия” в ситуации правонарушения преобладают над ситуационно спровоцированными.

Более подробно с авторской классификацией механизмов ООД и их описанием можно ознакомиться в монографии М.М. Мальцевой, В.П. Котова “Опасные действия психически больных” (1995).

В структуре механизмов совершения ООД лицами, признанными судами невменяемыми, негативно-личностные составляют порядка 70–80% всех ООД; продуктивно-психотические – 20–30%.

Длительный период времени суждение о том, что психически больные существенно опаснее остальных граждан с позиции совершения противоправного деяния, связанного с насилием, поддерживалось большим числом исследователей.

Однако данная точка зрения разделяется далеко не всеми. В частности, она была подвергнута сомнению J. Monahan (2002). Опубликованные результаты исследований данного автора свидетельствуют о том, что прошедшие лечение больные с психическими расстройствами не более опасны в смысле насильственных действий, чем обычные граждане. Это утверждение было подтверждено в последующем и другими специалистами с указанием на то, что прошедшие лечение лица с психическими заболеваниями не отличаются от здоровых по характеристике “риск совершения насилия”, если они не употребляют алкоголь и наркотики; снижение риска насилия у больных, достигнутое в результате лечебно-реабилитационного воздействия, ставит их в один ряд со здоровыми людьми по характеристике “риск опасного поведения”.

Динамичное наблюдение и эффективное лечение психически больных могут вывести их из группы риска по совершению опасных действий. Другими словами, при

создании благоприятных условий, к которым следует отнести не только медицинский контроль и эффективное лечение, но также социальное, экономическое благополучие, вероятность совершения ООД психически больными не выше, чем остальным населением.

На сегодняшний день многие исследователи утверждают, что государство и общество переоценивают риск совершения опасных действий со стороны людей, страдающих психическими расстройствами. Следствием стигматизации психических заболеваний и больных людей является неправомерная их оценка как представляющих опасность. Такое отношение со стороны общества и государства уже увеличивает риск общественной опасности, связанный с созданием вокруг лиц, страдающих психическими расстройствами, негативной (настороженной) обстановки. Социальное отвержение, стигматизация усиливают негативное протекание болезни, становятся факторами риска антисоциального поведения. Больные при этом сами подвергаются своего рода психическому насилию, которое в последующем способствует формированию их агрессии, совершению насильственных действий.

Существуют различные, в ряде случаев прямо противоположные мнения исследователей об определении факторов риска опасных действий насильственного характера. Так, за последние 15–20 лет существенно изменилось представление о характере взаимовлияния особенностей личности больного и вероятности совершения им тяжкого правонарушения. К примеру, в работах Ф.В. Кондратьева (1984–2006) личность больного определена центральным фактором в формировании и реализации как правопослушного, так и общественно опасного поведения, влияние психопатологии рассматривается с позиции возможного блокирования, извращения или ограничения свободы личности и “возможности организовать ее адекватно ситуации”.

В научном сообществе накоплен большой материал относительно факторов риска опасных действий психически больных. К ним относят: гендерную принадлежность, молодой возраст, проблемы формирования личности в детском возрасте, наличие личностного расстройства, опыта участия в насильственных действиях в различной роли (преступник, жертва, свидетель), отсутствие жилья, сексуальную активность, проявления криминального поведения в молодом возрасте, социальную и экономическую дезадаптацию, низкий образовательный уровень, а также неблагоприятное социальное окружение и место проживания, индивидуальные личностные особенности (ценностная ориентация, потребностно-мотивационная сфера), создание вокруг личности, имеющей психическое расстройство, негативной обстановки, в том числе вследствие переоценки опасности для общества и др.

К важным причинам, определяющим увеличение риска совершения психически больными насильственных действий, относят виктимизацию. Установлено, что лица, страдающие психическими расстройствами, в несколько раз чаще подвергаются насилию, после чего почти половина из них совершает ответную агрессию. Виктимизация является важным фактором, обуславливающим насильственные действия “в ответ”, даже по прошествии длительного времени с момента насилия над больным.

К факторам, способствующим совершению ООД при любом психическом расстройстве, отечественные и зарубежные авторы относят употребление психоактивных веществ (ПАВ), в первую очередь алкоголя и наркотиков, а также отказ от лечения или несоблюдение лечебных предписаний. К примеру, В.М. Шумаков (1985) выявил, что среди больных шизофренией, совершивших ООД, в 12 раз больше лиц с алкоголизмом, по сравнению с пациентами с указанным диагнозом с правопослушным поведением. Наиболее тесная связь установлена между

состоянием алкогольного опьянения или наркотической интоксикации и ООД, направленными против личности, в первую очередь, убийствами.

Доказана роль неоднократно перенесенных больными экзогенных вредностей как факторов, повышающих риск опасного поведения. Неблагоприятен прогноз при наличии коморбидности шизофрении с перенесенными травмами головы и болезнями зависимости. Социальная опасность таких больных связана с формированием психопатоподобных нарушений, нарастающей социальной дезадаптацией. Они чаще обнаруживают склонность к повторным деликтам.

Признанным фактором риска опасного поведения является патологический склад личности, наличие таких черт, как агрессия, ригидность, возбудимость, мстительность и др. Личность больного рассматривается как значимый фактор формирования детерминанты социально приемлемого или социально опасного поведения психически больных многими исследователями – психиатрами, психологами и криминологами.

Факторы риска общественной опасности исследователи систематизируют по основаниям, связанным как с клинико-психопатологическими особенностями заболевания, личностью больных, так и с социальными, географическими и иными условиями их жизнедеятельности.

В зависимости от подхода, взятого за основу в той или иной исследовательской работе по оценке факторов риска, выделяют различное их количество и разные группы. К примеру, в исследовании, проведенном по инициативе фонда Mac Arthur, для определения риска рассматривалось более 100 факторов (Monahan J., 2002).

По мнению J. Monahan (1984), важными предикторами проявления насилия среди психически больных являются те же демографические факторы, что и в группе психически здоровых преступников; один из самых слабых факторов риска – диагноз психического расстройства. Данную точку зрения разделяли J. Bonta,

К. Hanson, M. Law (1997), указывая, что более важными критериями для предсказания риска опасного поведения, по сравнению с нозологической принадлежностью, являются такие факторы, как совершение актов насилия в прошлом, алкоголизм или наркомания, семейные проблемы. Однако другие исследователи отмечали наличие связи между частотой насильственных преступлений и определенным психиатрическим диагнозом (Taylor P., 1982; Binder R. & McNeil D., 1988).

Исследованием факторов риска общественной опасности лиц с психическими аномалиями занимались многие отечественные ученые. Д.Р. Лунц (1974) выделял клинические, социально-бытовые и социально-психологические группы предикторов опасного поведения психически больных, указывая на значение взаимодействия преморбидных особенностей личности больного с клинической картиной заболевания и окружающей средой в генезе асоциального поведения. Аналогичную позицию занимал В.М. Шумаков и соавт. (1986), выделяя группы клинических, личностных и социально-средовых факторов. Другие исследователи (Морозов Г.В., Шостакович Б.В., 1987) подчеркивали также значение характера совершенного опасного деяния и клинико-динамических характеристик психического расстройства, отрицательного воздействия социальных факторов на потенциальную общественную опасность больного, реализация которой связана также с его личностными характеристиками.

По существу, в настоящее время нет четкого понимания ведущего предиктора опасных действий психически больных: болезнь, личность или условия жизнедеятельности? По-видимому, ответ на данный вопрос лежит в плоскости ситуационного анализа: в зависимости от ситуации меняется значимость этих групп факторов в генезе опасного деяния. Ситуационный анализ позволяет изучать особенности психических расстройств, а с позиций определения факторов риска совершения опасных действий – антисоциальную направленность

этих расстройств в различные периоды жизни больного с учетом влияния условий жизнедеятельности.

В нашей стране факторы, значимые в генезе общественной опасности больных, как правило, подразделяют на группы клинико-психопатологических и социально-психологических. Они довольно подробно описаны в специальной литературе, преимущественно сотрудниками ФМИЦПН им. В.П. Сербского, вошли также в ряд методических и нормативных документов Минздрава России.

В качестве клинико-психопатологических факторов риска опасного поведения рассматриваются: массивность и выраженность продуктивной психопатологической симптоматики, приводящей к нарушениям поведения; персонифицированные бредовые переживания, особенно сопровождающиеся аффективной напряженностью; значительная прогрессивность заболевания с нарушением критических способностей; некомплайентность пациента; злоупотребление алкоголем, наркотиками и иными ПАВ; наличие психопатоподобных состояний с повышенной возбудимостью и конфликтностью, упорными антисоциальными установками и криминальной активностью, с расторможенностью влечений, имеющих асоциальную направленность; высокая степень агрессивности с низким самоконтролем и неспособностью к опосредованию своих действий даже в нейтральных ситуациях; депрессивные состояния с бредовыми идеями самообвинения.

К значимым социально-психологическим факторам риска отнесены: социальная дезадаптация (отсутствие семьи, работы или низкий профессиональный уровень, жилищно-бытовая неустроенность, материальная небеспеченность); конфликтные отношения в семье, провоцирующее поведение лиц ближайшего окружения; повторность противоправного деяния как до, так и после начала заболевания; адаптация в антисоциальной среде с игнорированием посещения участкового психиатра, отказ от лечения или несоблюдение врачебных пред-

писаний; нарушения больничного режима при прежних госпитализациях и др.

## **1.2. Клинические критерии общественной опасности психически больных**

Для оценки характера и степени потенциальной опасности психически больных, обеспечения дифференцированной профилактики общественно опасного поведения большое значение имеет правильная квалификация состояния пациента, способного стать причиной ООД. Полученные на основе клинических исследований данные позволяют обнаружить некоторые закономерные связи разного рода опасных действий с известными клиническими синдромами, которые могут быть положены в основу вероятностного прогноза общественной опасности психически больных. Решение этой задачи требует от врача определенной квалификации в области судебной психиатрии.

Распределение больных, совершивших ООД и признанных невменяемыми, по нозологическим формам свидетельствует о том, что среди них преобладают больные шизофренией, второе место занимают пациенты с органическими психическими расстройствами (ОПР). Однако определяющее значение имеет не столько диагноз, сколько структура психопатологического расстройства.

Анализ контингента больных, совершивших общественно опасные действия, показывает преобладание среди них пациентов с признаками дефекта различной природы, изменениями личности после перенесенного психоза, в то время как психотические состояния составляют примерно 20–30%. Все пациенты с общественно опасным поведением подразделяются на тех, у кого общественная опасность обусловлена наличием преимущественно продуктивной психотической симптоматики, и лиц с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности.

Точность прогнозирования риска совершения опасных действий определяется в первую очередь особенностями течения заболевания, остротой проявления психопатологической симптоматики, темпом ее нарастания или регресса.

Так, при острых психотических состояниях, когда поведение больного является следствием грубых психических нарушений и опосредовано патологической (бредовой) мотивацией, возможности прогнозирования опасного поведения наиболее высокие. В данной ситуации выявляется меньшая (вплоть до полного ее отсутствия) зависимость общественной опасности пациента от его личностных особенностей и социальных факторов, а вероятность совершения ООД зависит от фабулы психотических переживаний.

При малопрогредиентных эндогенных психических расстройствах и в состоянии ремиссии с рудиментарно проявляющимися психотическими симптомами достаточно трудно определить, какие из факторов становятся причиной, а какие лишь способствуют проявлению опасного поведения. В таких случаях, по-видимому, только анализ сложных взаимоотношений всех факторов и условий позволит с большей долей вероятности предвидеть общественно опасное поведение больного и применить адекватные меры профилактики.

Психопатологический анализ дает возможность установить степень участия болезненных нарушений психики и их роль в формировании опасного поведения различных категорий больных. Определение одного из них в качестве детерминирующего фактора позволяет применить более целенаправленные мероприятия по профилактике ООД.

### *Бредовые психозы*

К психотическим состояниям, при которых считается возможным говорить о решающей роли в совершении ООД патологической мотивации, относятся различные варианты бреда.

В большинстве случаев это приступообразные или непрерывно протекающие бредовые психозы (с галлюцинаторно-бредовой, аффективно-бредовой, фантастически-бредовой симптоматикой). Все больные такого рода должны быть подвергнуты тщательному исследованию на предмет возникновения общественно опасного поведения. При этом необходимо учитывать характер течения заболевания, стадию, а также фактор терапевтической динамики, так как состояние больных может значительно колебаться как спонтанно, так и под влиянием терапии.

Значительная частота и особо опасный характер ООД при начальных проявлениях шизофрении требуют особого внимания к таким больным. Их опасность обусловлена сохраняющейся социальной активностью: пациенты не утрачивают контакта с окружающими, не обнаруживают явных признаков заболевания и склонны к диссимуляции, в связи с чем у них не всегда удается обнаружить связь между психотической симптоматикой и опасным поведением. Начальная стадия заболевания может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев и нередко психопатология впервые выявляется при совершении ООД (убийство, хулиганские действия, нанесение тяжких телесных повреждений). В то же время риск опасного поведения должен оцениваться и на отдаленных этапах шизофренического процесса, особенно при наличии кататонической симптоматики, выраженных изменений личности.

Наглядным примером роли психопатологической симптоматики психотического регистра в генезе общественной опасности психически больных может служить следующий клинический случай.

Больная Д., 1982 г.р., воспитывалась единственным ребенком в семье. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Роды у матери были стремительные. С раннего детства Д. была крикливой, капризной, склонной к истери-

ческим формам реагирования, не смогла из-за этого адаптироваться в детском дошкольном учреждении. Воспитывалась в условиях потворствующей гиперопеки: “всего добивалась криками и истерикой”.

В детском и подростковом возрасте обнаружились способности к гуманитарным дисциплинам, актерские данные, посещала театральный кружок. В возрасте 7 лет был диагностирован дивертикул мочевого пузыря, проводилось обследование и лечение, в 14 лет данный диагноз был снят. В школу пошла с 8 лет. Обучалась в школе, где работала мать, окончила 10 классов, одновременно училась в колледже по специальности “юриспруденция”, однако стала пропускать занятия, а затем обучение прекратила.

Некоторое время посещала курсы моделей. Устроилась лаборантом и училась несколько месяцев в экономическом вузе, который не окончила. В дальнейшем работала танцовщицей, стриптизершей в ночном клубе в течение трех лет. Неплохо зарабатывала, содержала мужчину, вела “богемный” образ жизни, занималась проституцией. Замужем официально не была, но состояла в гражданском браке, детей нет. В последнее время проживала с матерью.

Со слов Д., в 2006 г. перенесла травму головы, лечение не получала. В течение последних примерно шести лет употребляла различные психоактивные вещества: наркотики различных химических групп (амфетамины, кокаин, анаша, героин и пр.), алкоголь (пиво), энергетические напитки. Был трехмесячный период, когда ежедневно употребляла внутривенно опиаты. Сформировался абстинентный синдром, который пыталась облегчить приемом алкоголя. Стала совершать кражи и продавать из дома вещи, брала кредиты.

С 12 по 19.12.2011 г. Д. находилась на лечении в клинике “Северо-Западного института управления здравоохранением” с диагнозом “Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления нескольких психоактивных веществ. Синдром зависимости. Синдром отмены средней степени тяжести”. В процессе наблюдения была конфликтна с пациентами и матерью. Из отделения выписана в сопровождении матери досрочно. В 2012 г. Д. совершила кражу вещей из супермаркета, находилась под следствием. Уголовное дело было прекращено по ст.25 УПК РФ.

Со слов матери Д., странности в поведении дочери наблюдались с 2012 г., когда она стала говорить, что ее “короновали осенью 2012 г.”, считала, что на нее “навели порчу ее подруга и гражданский муж”. Появились ритуальные действия: входила в дверь, прыгала через порог, смотрела вверх и вниз несколько раз, казалось, что кто-то лезет в окно, при этом молилась и заставляла молиться мать. Своего поведения матери никак не объясняла. Включала стиральную машину на режим полоскания по шесть раз подряд. Постоянно опасалась заражения СПИДом, отрицательные анализы ее не убеждали, все равно была уверена, что больна. Со слов матери, рассказывала ей о том, что бывший молодой человек, находящийся в местах лишения свободы, “подсылает ей убийц, которые следят за ней”, боялась киллера. Дома вела праздный образ жизни: спала до обеда, а потом уходила гулять на улицу, иногда пропадала на несколько дней. Говорила матери о том, что “хочет наложить на себя руки”, но суицидальных попыток не предпринимала. Конфликтовала с матерью, угрожала ей.

Впервые Д. была помещена в психиатрический стационар 20.02.2013 г., находилась там по 11.03.2013 г. с диагнозом “Психотическое расстройство, связанное с употреблением амфетаминов, преимущественно с маниакальными симптомами”. Госпитализирована была с помощью МЧС, госпитализацию организовала подруга матери – адвокат. За 2 дня до госпитализации принимала амфетамины, вела себя неадекватно, кричала, молилась, говорила, что она может “раствориться”, нецензурно бранила мать. При поступлении находилась в состоянии психомоторного возбуждения, настроение было приподнятое, с дисфорическим оттенком. При появлении врача начинала кричать, была сексуально расторможена, врача называла на “ты”, внезапно подскочила и ударила заведующую отделением кулаком в лицо, угрожала окружающим расправой. Заявляла, что она уголовница, нецензурно бранилась, оскорбляла врача, была агрессивной, неряшливой. На фоне терапии нейролептиками и транквилизаторами психомоторное возбуждение было купировано, больная категорически отрицала все сведения, сообщенные о ней матерью, отрицала наличие у себя ритуалов, страхов, идей преследования. За период госпитализации обманов восприятия, бреда не обнаруживала. Объективно не было замечено каких-либо навязчивых ритуальных действий.

По данным психологического обследования от 05.02.2013 г. “значимых данных за наличие нарушений мышления выявлено не было, была скрытна, сдержанна, осторожна в ответах, был вероятен психопатоподобный рисунок поведения, возможное проявление открытой агрессии” (данные из заключения психолога). Выписана под наблюдение участкового нарколога с рекомендацией приема поддерживающей терапии.

После выписки к наркологу обращаться не стала, назначенные препараты не принимала, свой образ жизни не меняла. Продолжала общаться с социально неблагополучными друзьями, употребляла гашиш, оксibuтират натрия, амфетамины. Последний раз 24.03.2013 г. ингалировала амфетамины, после чего нарушился сон. 27.03.2013 г. по настоянию матери обратилась к психиатру в ПНД – “хотела получить рецепты на неулептил и карбамазепин”, откуда была госпитализирована в психиатрический стационар, где находилась по 04.04.2013 г. с тем же диагнозом.

Из направления известно, что Д. жаловалась на бессонницу в течение 5 дней, была агрессивна, аффективно неустойчива, эгоцентрична, скрытна. Какие препараты принимала – не признавалась, однако употребление психоактивных веществ не отрицала. В приемном покое продуктивному контакту была недоступна. Была возбуждена, импульсивна, угрожала окружающим расправой, нецензурно бранилась. Речь ускорена по темпу, критики к своему состоянию не было. К чему-то прислушивалась, отвечала мнимому собеседнику. В отделении держалась свободно, говорила громким голосом, часто употребляла сленговые слова и выражения. Аффективно была неустойчива, легко раздражалась, начинала говорить на повышенных тонах. Мышление ускоренное по темпу, структурных нарушений мышления в беседе не обнаруживала. Обманы восприятия категорически отрицала. Актуальных бредовых идей активно не высказывала. В суждениях была поверхностна, крайне эгоцентрична. В своей госпитализации обвиняла мать – “у меня деревянная мама, другие мамы своих детей к частным наркологам отправляют, а она меня – в психушку”. Бравировала тем, что употребляет наркотики: “я кайфануть люблю, с головой у меня все в порядке, я наркоманка, а не психически больная”. Интеллектуально-мнестические функции не были грубо нарушены. Критическая оценка своего состояния отсутствовала.

Аутоагрессивных тенденций не обнаруживала. В первый день в отделении была возбуждена, утверждала, что нуждается в наркологической помощи, однако достаточно быстро начала соблюдать режим психиатрического стационара, выровнялся фон настроения. В дальнейшем внешне была спокойна. Общалась с другими пациентками своей возрастной группы. С врачами и медперсоналом была вежлива, в конфликтных ситуациях не замечена. Во время беседы нарушений мышления выявить не удавалось. Объективно каких-либо навязчивых ритуальных действий не отмечалось. Была выписана под наблюдение нарколога по месту жительства.

После выписки Д. продолжала употреблять наркотики, конфликтовала с матерью, нигде не работала, поддерживающую терапию не принимала. На нее от жильцов дома поступали жалобы, так как она со своими знакомыми в состоянии алкогольного опьянения на лестничной площадке мусорили, курили, пачкали стены и подоконники, на замечания жильцов отвечали нецензурной бранью. Мать пациентки жаловалась на поведение дочери и обращалась к консьержу-диспетчеру с просьбой вызвать наряд полиции по причине конфликтов. Со стороны пациентки поступали аналогичные просьбы. 24.02.2014 г. Д. совершила кражу денежных средств в размере 3800 рублей, была привлечена к уголовной ответственности по п. "в" ч.2 ст.158 УК РФ.

Находясь в следственном изоляторе, Д. наблюдалась психиатром, предъявляла жалобы на навязчивые мысли, переживания, что с ней случится что-то плохое. Была напряжена, фиксирована на следственном процессе. Отмечала, что на фоне переживаний возникает "голос", который "оказывает поддержку, веселит". Часто диссимулировала переживания. Эмоционально была лабильна, могла смеяться без причины, была демонстративна, часто без чувства дистанции, вмешивалась в чужие разговоры. Высказывала угрозы в адрес врача, соседей по камере. Вербальной коррекции поддавалась с трудом. Критика к своему состоянию была нарушена. Мышление было разноплановое. С диагнозом "Полинаркомания. Синдром зависимости от ПАВ. Тревожно-обсессивный синдром. Шизофрения (?) " принимала лечение rispипептом, труксалом, хлорпротексеном, карбамазепином, сероквелем.

13.05.2014 г. она была освидетельствована амбулаторной судебно-психиатрической комиссией экспертов. Цель экспертизы понимала верно. Речь громкая, ускорена по темпу, в форме монолога, при этом монотонная. Мимика была бедная, однообразная. Фон настроения неровный, Д. раздражительна, аффективно заряжена. Мышление ускорено по темпу, разорванное, с соскальзываниями. По существу не ответила ни на один вопрос. Холодно отзывалась о матери. В беседе старалась диссимулировать свое состояние, представить свой образ жизни более пристойным. Критики к имевшим место ранее болезненным переживаниям психотического уровня не было. Объясняла свои госпитализации в психиатрические стационары тем, что употребляла амфетамин. Эмоционально была огрубленной и уплощенной. В поведении крайне эгоцентрична. Для исключения у пациентки хронического психического расстройства и решения экспертных вопросов ей было рекомендовано проведение стационарной СПЭ.

04.09.2014 г. в отношении Д. проведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. При освидетельствовании контакт носил формальный малопродуктивный характер в связи с выраженными структурно-логическими нарушениями мышления, цель направления на экспертизу недопонимала. В беседе держалась напряженно, была подозрительна, эмоционально монотонна, гипомимична, манерна, голос маломодулированный. Анамнестические сведения изложить не могла, говорила, что у нее “плохо со счетом”. В суждениях была непоследовательна, на вопросы отвечала не по существу. Свои предыдущие госпитализации в психиатрический стационар связывала с употреблением наркотиков, говорила, что амфетамин давал ей общение, без него была неуверенна в себе, не нравилась внешность. Вне контекста беседы начинала кричать на членов комиссии: “чего вы здесь сидите, вы ничего не понимаете, я наркоманка, вы даже не знаете, что такое наркоманка!”. Данные медицинской документации опровергала: “Я что, похожа на стриптизершу или на проститутку?”, “я – администратор в мамином салоне!”. Утверждала, что с матерью у нее хорошие отношения, есть даже платный адвокат, “но судья не хочет закрыть дело”. Утверждала, что работала в бутиках продавцом-консультантом брендовой одежды и начинала перечислять бутики, а в последнее время – администратором

у матери в салоне красоты. В отношении инкриминируемого ей деяния была амбивалентна: то признавала содеянную кражу, то категорически отрицала ее, заявляла: “Сильно в яму не упала, но стояла над падением, ребенка не продала и не съела”. Болезненные переживания диссимулировала, на вопрос, почему, находясь в следственном изоляторе жаловалась психиатру на навязчивые мысли и размышления, ответить не могла, утверждала, что “снята с учета в наркологическом диспансере за хорошее поведение, а мысли у нее были, так как накануне употребила 7 граммов амфетамина”.

Отмечалось, что мышление Д. со смысловыми соскальзываниями, нецеленаправленное, с тенденцией к резонерству, критико-прогностические способности грубо нарушены. В отделении адаптировалась постепенно, была аутичной, манерной, нелепой и непоследовательной в суждениях, неряшливой, болезненные переживания диссимулировала, конфликтовала с соседкой по палате, проявила агрессию к ней, жаловалась на “приступы удушья, нехватки воздуха”.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что Д. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной психозфрении (F20.00, по МКБ-10) и обнаруживает признаки синдрома зависимости от сочетанного употребления психоактивных веществ (F19.21, по МКБ-10). По своему психическому состоянию она не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. С учетом наличия в клинической картине Д. агрессивных тенденций, грубых эмоционально-волевых расстройств, патологии мышления, нарушений критико-прогностических функций, диссимуляции болезненных переживаний экспертами сделан вывод, что больная представляет опасность для себя и других лиц, требует постоянного наблюдения и нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа. Постановлением суда Д. была освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

22.10.2015 г. Д. поступила в отделение для принудительного лечения специализированного типа ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”. При поступлении была напряжена, подо-

зрительна, аффективно неустойчива, возбуждена. Слышала “голоса”, высказывала идеи, что окружающие ее обсуждают, понимала это по их взглядам, разговорам. Отказывалась от приема лекарств, заявляла, что от мензурок и таблеток пахнет выделениями из половых органов. Отмечала у себя плохое самочувствие, слабость, отсутствие сил, “гриппозное состояние”, выделения из половых органов. Считала, что ее “заразили сокамерницы через карамельки”. В дальнейшем заявила, что ей в пищу “подмешивают бели”, ощущала их вкус и запах. Поначалу подозревала в этом одну из больных, в последующем – также санитарок и буфетчицу. В течение длительного времени сохранялась острота психопатологических переживаний.

На фоне проводимой психофармакотерапии (нейролептики, транквилизаторы, корректоры поведения) купировались психомоторное возбуждение и обманы восприятия, нормализовался сон. Однако при этом повысился уровень пролактина, сохранялись бредовые идеи преследования, отравления, бредовая настроенность и болезненные интерпретации происходящих событий, периодически возникали аутохтонные колебания настроения на фоне негативной симптоматики (аутизм, сужение круга интересов, снижение продуктивности, эмоциональная измененность, холодность, специфические нарушения мышления, снижение волевых побуждений) и нарушения критики к своему состоянию и совершенному ООД. Больной определена II группа инвалидности по психическому заболеванию.

При психологическом исследовании у Д. выявлены нецеленаправленность и неравномерность мышления, актуализация малосущественных, латентных признаков, оперирование чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным взаимосвязям между предметами, с элементами соскальзывания, сравнение далеких по смыслу понятий. При интерпретации пословиц она чередует буквальное понимание и нечеткие отдаленные формулировки с правильным толкованием переносного смысла. Также выявляется нарушение выполнения логических операций на наглядном материале, при этом отмечается низкая способность улавливать скрытый подтекст ситуаций межличностного общения. Личность Д. характеризуется высоким уровнем тревожности, нежеланием принимать на себя ответственность, сниженными тенденциями к конфронтации. Для совладания с проблемами использует такие механизмы,

как вытеснение и изоляция. Также Д. характеризуется слабой вовлеченностью в познавательную деятельность, нежеланием вступать в новые социальные контакты, что объясняется неуверенностью, ранимостью и ожиданием неудач в процессе социального взаимодействия. Уровень агрессии низкий (по данным опросника Басса–Перри). Психологом также отмечено нарушение критического отношения больной к своему состоянию.

При осмотре в отделении фон настроения Д. неустойчив. Эмоционально изменена, маловыразительна, гипомимична. Манерна, демонстративна. Контакт носит формальный характер. Во время беседы периодически становится напряженной, подозрительной. О своем состоянии говорит, что сейчас чувствует себя лучше, однако тут же спрашивает: “Можно, я буду тарелку с едой брать сама?”. На уточняющие вопросы поясняет, что у нее сохраняются страх и опасения по поводу подмешивания ей в еду выделений из половых органов. Говорит, что это делается в реальности для того, чтобы ее “уничтожить”. В своих суждениях противоречива, амбивалентна. На вопросы отвечает после пауз, не всегда в плане заданного, использует усложненные формулировки, старается быть угодливой, часто извиняется. Поясняет, что испытывает трудности сосредоточения – “трудно собрать мысли”. Голос маломодулированный. Сообщает, что недовольна своей внешностью, считает себя “уродиной”, поскольку “голова круглая и маленькая, как у шестилетнего ребенка, уши длинные, некрасивые, как у животного, рот дан для головы, чтобы им есть”. Связывает “изменение внешности” с возможным заражением ВИЧ-инфекцией. Не отрицает, что неоднократно сдавала анализы, но отрицательный результат ее не удовлетворял. Говорит, что ранее слышала “голоса без негативного настроения”, более подробных описаний не дает, в настоящее время наличие обманов восприятия отрицает. Охотно рассказывает об употреблении наркотических веществ. Объясняет, что с помощью их приема “повышала настроение, заедала комплексы”. Совершенное правонарушение не отрицает, поясняет, что взяла у матери в салоне деньги, так как “не хватало на наркотики”. Мышление паралогичное, с соскальзыванием и резонерством. Суждения противоречивые, амбивалентна. Эмоциональные реакции неустойчивые, часто дает вспышки раздражительности, склонна к импульсивным

поступкам, колебаниям настроения в сторону пониженного, с тревогой. Критические и прогностические способности грубо нарушены.

Таким образом, у Д., страдающей хроническим психическим расстройством в форме шизофрении параноидной, непрерывнотекущей, при отсутствии ремиссии, наличии синдрома зависимости от нескольких психоактивных веществ 2 стадии (F20.006, F19.212, по МКБ-10) сохраняется высокий риск общественно опасного поведения. Его актуальность определяется наличием в клинической картине бредовых идей преследования, отравления, воздействия, бредовой настроенности, диссимуляции психопатологических переживаний, аффективных нарушений с повышенной тревогой, раздражительностью, склонностью к импульсивным поступкам. Важным фактором риска общественной опасности является наличие у больной патологического влечения к психоактивным веществам на фоне негативных расстройств в эмоционально-волевой и когнитивной сферах, при отсутствии критики к болезни и совершенному ООД. Больная требует постоянного наблюдения со стороны медицинского персонала и нуждается в продолжении принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа.

Анализируя психотический спектр психических нарушений у лиц, совершивших ООД, следует отметить, что наиболее часто с позиций оценки риска общественной опасности обращает на себя внимание острое начало заболевания, когда психопатологическая симптоматика проявляется в виде импульсивных, не имеющих мотива поступков, наплыва галлюцинаторно-бредовых переживаний на фоне страха и растерянности, иногда с кататоническим возбуждением. Чем острее и ярче болезненные переживания, тем очевиднее прямая связь между клиническими особенностями и общественно опасным поведением больного.

Существует известная зависимость опасного поведения от содержания бреда, его структуры, темпа бре-

дообразования, аффективной насыщенности и стойкости бредовых переживаний. При всей относительности этих данных следует считать, что более опасны для окружающих больные с бредовыми идеями преследования, воздействия, ипохондрическим бредом и бредом ревности. Важными являются такие характеристики параноидного синдрома, как стойкость и конкретность бреда любого содержания, включающего идеи ущерба и преследования, направленность на определенных лиц.

По структуре бреда более опасным является параноидный синдром, когда бред преследования и воздействия сочетается с сенестопатиями, висцеральными и слуховыми галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Значительной криминогенностью обладают галлюцинации эротического и императивного содержания. ООД таких больных можно предотвратить только путем немедленной госпитализации.

Следует учитывать, что некоторые больные свое неправильное поведение пытаются объяснить психологически понятными причинами (бытовыми неурядицами, употреблением алкоголя и т.д.). Однако их высказывания в адрес мнимых “преследователей”, угрозы, жалобы могут быть предвестниками совершения опасных действий.

В подавляющем большинстве случаев совершение особо опасных действий под влиянием бреда происходит в период манифестных обострений психического заболевания. Особое значение имеет период формирования бреда, когда на фоне страха и тревоги, растерянности появляются образный бред значения, инсценировки с ложными узнаваниями, содержание которого, развиваясь, усложняет бредовую симптоматику путем включения все новых лиц из окружения больного с присоединением идей преследования, отравления, воздействия, когда психотические переживания приобретают витальный характер. Больной становится особо опасным, так как с целью “защиты, спасения, обороны, мести” склонен к совершению агрессивных действий.

Следует иметь в виду, что у больных параноидной шизофренией с преобладанием галлюцинаторных расстройств, сочетающихся с несистематизированным чувственно-образным бредом, бывает трудно предвидеть направленность опасных действий вследствие изменчивости содержания бредовых идей. Это диктует необходимость неотложной госпитализации при всех обострениях заболевания.

После редукции острых проявлений психоза бредовые идеи могут сохраняться в психопатологической структуре ремиссии в “инкапсулированной” форме. При различных неблагоприятных воздействиях (психические травмы, алкоголизация) эти болезненные проявления легко актуализируются, что находит отражение в поведении больных.

Определенные диагностические сложности могут возникнуть при наличии развернутого синдрома Кандинского–Клерамбо, сопровождающегося активной диссимуляцией. Такие больные представляют опасность на всех этапах течения заболевания, что обуславливает необходимость их длительного наблюдения и лечения в условиях психиатрического стационара.

Среди психотических состояний, представляющих опасность для окружающих, особое место занимает бред ревности. При оценке степени риска ООД следует принимать во внимание наличие в структуре паранойяльного синдрома наряду с идеями ревности идей преследования, отравления особенно в сочетании с “детективным” поведением и обострением конфликтной ситуации в семье. Сочетание перечисленных факторов указывает на неблагоприятный прогноз. В таких случаях при отказе больного от госпитализации она осуществляется в недобровольном порядке, предусмотренном п. “а” ст. 29 Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Ремиссии после острых приступов психоза могут быть длительными. При оценке их качества практическое

значение имеет характер отношения больных к перенесенному бредовому психозу. Наиболее благоприятной в прогностическом смысле является дезактуализация бредовых переживаний, когда они целиком относятся к прошлому и не оказывают никакого влияния на поведение. Менее благоприятна “инкапсуляция”, когда наряду с удовлетворительной профессиональной и бытовой приспособленностью больные в течение многих лет перерабатывают переживания острого психотического периода, пытаясь найти для себя рациональное объяснение случившегося. Их психическая деятельность при этом имеет двойную ориентировку: жизнь в реальности сосуществует с идеаторной переработкой прежней болезненной симптоматики. Социальная адаптация больных с инкапсулированным бредом в ремиссии значительно хуже, чем при дезактуализации бреда. Внешние факторы, особенно психические травмы, оживляют инкапсулированную бредовую симптоматику, которая становится мотивом совершения повторных ООД.

Неблагоприятной является диссимуляция болезненных переживаний при сохранении значительной актуальности бредовых идей, под влиянием которых пациенты могут совершить повторные ООД, утаивая их бредовую обусловленность. При отсутствии оснований для неотложной недобровольной госпитализации эти больные должны находиться под пристальным вниманием участкового психиатра с включением в группу активного диспансерного наблюдения.

В нозологическом отношении среди больных, совершивших ООД по бредовым мотивам, преобладают больные шизофренией, главным образом, с непрерывно-прогредиентным и приступообразным течением, с различными вариантами персекуторного бреда. Значительно реже диагностируются острые алкогольные психозы и паранойяльное развитие личности. При хроническом течении заболевания преобладают заранее запланированные и изощренные, при остром – импровизированные и нередко более опасные действия.

Под влиянием острой психопродуктивной симптоматики в большей части случаев совершаются ООД, направленные против жизни и здоровья окружающих. Эффективное их предотвращение связано со своевременным выявлением у больных идей преследования, ревности, воздействия, отравления, направленности переживаний на определенных лиц, аффективной заряженности бредовых идей, а также наплывов галлюцинаций и псевдогаллюцинаций императивного содержания.

Следует отметить, что повторные опасные действия у таких больных встречаются в 20–30% наблюдений. Почти во всех случаях рецидива можно говорить о недостатках диспансерного наблюдения, проявляющихся в нераспознавании начавшегося обострения психического расстройства, в неадекватной или недостаточной терапии и несвоевременности неотложной госпитализации. Выделение больных с бредовыми психозами в отдельную подгруппу, их тщательное наблюдение и динамическая оценка риска общественной опасности дают возможность клинического предвидения не только вероятности совершения ООД, но также его характера и направленности, особенно в отношении повторных опасных действий при их бредовой мотивации. Для таких пациентов особенно эффективна неотложная госпитализация, по сравнению с другими возможными мерами профилактики ООД. Для этих случаев характерны относительная курабельность состояния и, следовательно, эффективность биологической терапии, продолжение которой после выписки больного из стационара является необходимым условием успешной профилактики его общественной опасности.

### *Негативные (дефицитарные) расстройства*

Негативные или дефицитарные расстройства являются неотъемлемой составляющей различных психических расстройств и тесно связаны с проблемой общественной опасности. Структура дефицитарных нарушений сложна и включает разнообразные клинико-психопатологические

проявления и их сочетания: специфичные нарушения эмоциональной и волевой сферы, расстройства психической активности, мышления и поведенческих реакций, когнитивные нарушения и снижение интеллекта. Прогредиентность психического расстройства находит свое отражение в соответствующей глубине негативных нарушений.

Изучение контингента больных, совершивших ООД, показывает явное преобладание среди них лиц без признаков острого психотического состояния. Порядка 60–70% таких пациентов обнаруживают клинические проявления дефекта различной природы: изменения личности после перенесенного психоза, психоорганические синдромы, задержка психического развития, различные виды приобретенного слабоумия, шизофренические изменения личности.

Негативные изменения личности больных шизофренией имеют существенное значение в генезе их общественной опасности, что во многом определяется глубиной и характером дефицитарных расстройств.

По определению Д.Е. Мелехова, дефект является проявлением психического заболевания (в условиях полной остановки процесса) и приводит к стойкому выпадению или диссоциации психических функций с изменением личности и снижению ее функционального уровня. В большинстве случаев речь идет о так называемой остаточной шизофрении, постпроцессуальной психопатизации, о шизофреническом дефекте на фоне многолетней ремиссии.

К шизофреническим изменениям личности относят такие симптомы, как уплощение аффекта, апатию, ангедонию, эмоциональную отгороженность, обедненность речи и другие нарушения, причисляемые к негативным феноменам, которые могут наблюдаться в качестве стойких постпсихотических изменений личности, существовать как в структуре психотических эпизодов, так и в период ремиссии. Указанные дефицитарные расстройства, входящие в структуру апатоабулического синдрома,

как правило, не определяют общественную опасность больных шизофренией. Однако редукция энергетического потенциала в части случаев обуславливает социальную дезадаптацию больных, ее следствием могут быть кражи, бродяжничество.

Негативные расстройства в виде эмоциональной холодности, измененности, морально-этического огрубления с расторможенностью низших влечений являются наиболее неблагоприятными и приводят к формированию опасного поведения, отличающегося особой жестокостью.

Формированию устойчивых агрессивных тенденций у больных шизофренией способствуют преморбидная антисоциальная личностная структура, эгоцентрический модус поведения, агрессивный стереотип реагирования в конфликтных ситуациях. Их реализации способствуют неблагоприятные микросоциальные отношения пациентов с окружающими, состояние опьянения, непонимание окружающими психопатологической основы неправильного поведения больных.

Ремиссии шизофренического процесса, наступающие после приступов с различной психопатологической симптоматикой, в которых ведущими являются негативные расстройства различной степени выраженности, в большинстве случаев стабильны и не требуют активной терапии. Однако входящие в их структуру изменения личности препятствуют полноценной адаптации больных к различным жизненным ситуациям, увеличивают неблагоприятное влияние антисоциального окружения и могут таким образом способствовать совершению ООД. Особенности социальной адаптации и потенциальная общественная опасность в значительной степени определяются характером процессуальных изменений личности, качеством ремиссии заболевания. В данной связи целесообразно рассмотреть ремиссии психопатоподобного, гиперстенического и астенического типов.

*Психопатоподобный тип ремиссии* представляет значительные сложности для диагностики, что усугубляется

в ряде случаев наличием у больных коморбидной патологии – алкоголизма, наркоманий, органических поражений головного мозга. Клиническая картина характеризуется многообразием проявлений, заключающихся в дисгармонии психического склада личности, эмоционально-волевых нарушениях (эксплозивность, аффективная неустойчивость, расторможенность влечений, частая и безмотивная смена настроения, парадоксальность и грубость аффективных разрядов, выраженная психическая незрелость). В быту такие больные неуживчивы и конфликтны, не терпят возражений, агрессивны. Отмечается склонность к истерическим формам реагирования, к завышенной самооценке, оппозиционно-негативистическому отношению к общепринятым нормам поведения. Грубая гротескность, иногда вычурность, некорректируемая нелепость и развязное поведение больных свидетельствуют о некритичности, неспособности адекватно оценивать сложившуюся ситуацию. Для большой степени выраженности изменений личности характерны негативизм, оппозиционное отношение к родным, которое может обуславливать агрессивные действия, сопровождаясь иногда холодной жесткостью, а также суицидальное поведение в знак протеста против отношения близких к тем или иным их требованиям.

Оппозиция к родным с целью добиться “независимой” жизни проявляется у больных различными способами – они уходят из семьи, бродяжничают. Философическая интоксикация, формирование своеобразной системы мировоззрения, стремление к необычным занятиям и увлечениям приводят к тунеядству, асоциальному образу жизни, нарушениям закона (кражам, мошенничеству, сексуальным деликтам и пр.).

При приступообразно-прогредиентной шизофрении яркость психопатоподобных расстройств обычно наблюдается при первых 2–3 постприступных состояниях, при последующих ремиссиях (на 10–15 году заболевания), когда начинают преобладать апатоабулические рас-

стройства, поведенческие нарушения и агрессивность больных снижаются. Однако в ряде случаев после начала заболевания на протяжении всего существования психопатоподобного синдрома агрессивный стиль социального поведения не только сохраняется, но и усиливается вследствие процессуально обусловленной нарастающей эмоциональной опустошенности, потери чувства сопереживания, развития эмоциональной тупости.

Следует отметить, что описанный “антисоциальный фасад” у больных обуславливает тот факт, что наступающие изменения личности далеко не сразу воспринимаются как болезненные, вследствие чего многие из них впервые поступают в стационар только после совершения ООД.

Анализ ООД, совершаемых этими лицами, показывает, что среди них преобладают опасные действия имущественного характера (квартирные кражи, хищения), а также направленные против жизни и здоровья окружающих, характерна и сутяжно-кверулянтская деятельность. Часто действия больных носят импульсивный характер, провоцируются влиянием окружающих лиц, алкоголем.

В психиатрическом стационаре такие пациенты бывают трудны для содержания из-за грубости и брутальности поведения, склонности давать аффективные реакции по незначительному поводу, нарушений режима отделения, в связи с чем их часто направляют на принудительное лечение в больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением. Только длительная психосоциальная терапия и реабилитация способствуют редукции поведенческих нарушений, а также определенной коррекции их ценностных ориентаций, личностных установок. В первые три года после выписки из стационара с ПЛ более 20% больных совершают повторные ООД. Поэтому важное значение имеют обеспечение преемственности в работе психиатрических больниц и диспансеров,

межведомственное взаимодействие с органами полиции по предупреждению их общественной опасности.

Общими признаками поведения больных при *ре-миссии гиперстенического типа* являются довольно высокая, но односторонняя активность, сохранение социальных связей, что сочетается с различной степенью выраженности аутизации, эмоционально-волевыми нарушениями, расстройствами мышления. Дефицитарность эмоционально-волевой сферы проявляется в том, что больные становятся эгоцентричными, ни к кому не испытывают глубокой привязанности, лишены чувства сострадания. Добиваясь намеченной цели, проявляют стеничность, беззастенчивость в выборе средств.

На работе слынут неуживчивыми, конфликтными, часто являются инициаторами трудовых споров, проявляют категоричность в суждениях, отсутствие гибкости, ригидность и монотонность аффекта. В семейном кругу они педантичны, упрямы, конфликтны, не понимают переживаний окружающих, усугубляя тем самым конфликтные отношения. Опасные действия, совершенные ими, часто определяются не критичностью, брутальностью аффекта. Попадая в антисоциальную среду, такие пациенты становятся организаторами или активными участниками различных преступных групп.

Их правонарушения по своему характеру часто не имеют какой-либо специфичности, обуславливаются теми же причинами, что и у здоровых людей. Кроме имущественных ООД, эти больные совершают также хулиганские действия (как правило, в состоянии алкогольного опьянения). Имеет место бродяжничество, сравнительно реже – изнасилования или агрессивные действия против личности. Психогенно травмирующая ситуация нарушает их компенсаторные возможности, обнажая присущие им дефекты в эмоционально-волевой сфере и мышлении, при этом поведение приобретает нелепый, гротескный характер.

*Ремиссии астенического типа* относят к менее криминогенным. Этот тип ремиссии характеризуется кругом расстройств, не выходящих за рамки неврозоподобных. Отличительные особенности больных – пониженный фон настроения, астения, повышенная утомляемость, неуверенность в себе, непереносимость длительных перегрузок. Характерны раздражительность, неустойчивость настроения, навязчивости, ипохондрические переживания, повышенная рефлексия, склонность к бесплодным рассуждениям, волевые нарушения со слабостью побудительных мотивов и пассивной подчиняемостью. Негативные изменения проявляются выраженной аутизацией, снижением психической активности и продуктивности.

У этих больных значительно нарушены адаптационные возможности, на работе они долго не удерживаются из-за неспособности к длительному усилию. В части случаев начинают принимать различные стимуляторы, наркотические средства, в этой связи правонарушения бывают связаны с незаконным приобретением наркотических средств. Их нередко используют в своих целях асоциальные личности, поскольку пассивность, подчиняемость, стеснительность, робость препятствуют сопротивлению больных асоциальному окружению. В сложных, конфликтных ситуациях они беспомощны, безразличны к своей судьбе, не могут отстаивать свои интересы. На первый план выступают значительное эмоциональное обеднение, аутизм, редукция энергетического потенциала, амбивалентность, нарушения целенаправленной деятельности.

Влияние внешних обстоятельств на проявление антисоциальных тенденций таких больных значительно. Практически всегда можно обнаружить провоцирующие факторы: злоупотребление алкоголем, ухудшение материального положения, семейные конфликты, неблагоприятные бытовые условия. В связи с отмеченными особенностями в профилактике их опасных действий особенно возрастает роль психокоррекционной работы.

Иллюстрацией важности своевременного распознавания продуктивных и негативных расстройств, определяющих формирование общественной опасности психически больных, является следующее клиническое наблюдение.

Больная С., 1974 г.р. Наследственность отягощена алкоголизацией родителей. Родилась в Ленинграде, старшей из двоих детей. Раннее развитие без особенностей. В дошкольном возрасте посещала детский сад, тяжелых заболеваний не переносила. Обращала на себя внимание упрямством, неумением ладить с детьми. Взаимоотношения в семье были напряженные. В школу пошла с 7 лет, училась посредственно. Время предпочитала проводить в одиночестве дома, подруг не имела, гулять не любила. С сестрой отношения всегда были напряженные, проявляла к ней агрессию.

В возрасте 15–16 лет произошел характерологический сдвиг. Стала черствой и холодной в общении с родителями. Появились новые интересы. Увлеклась эзотерической и религиозной литературой. Дома появились иконы, стала рассуждать на религиозные темы. Увлеклась культурой вуду, пыталась воспроизводить приемы из этой культуры. Интересовалась “строением мозга выдающихся людей”.

С трудом окончила 11 классов, затем медицинское училище. Непродолжительное время работала медсестрой в реанимационном отделении. Уволилась самостоятельно, так как стала рассеянной, несобранной, перестала справляться с работой.

Стала уходить из дома, бесцельно бродила по улицам. Нарушился сон, ничего не ела, очень похудела. Высказывания носили неадекватный характер. Заявляла, что “два месяца как уже умерла, должна снова стать человеком”. Часто давала аффективные вспышки, стала проявлять физическую агрессию к сестре и отцу. Заявляла, что перенесла инсульт.

14.06.2003 г. возникло психомоторное возбуждение, избивала сестру и мать. По скорой помощи была госпитализирована в ПБ, где находилась с 14.06. по 10.10.2003 г. В приемном покое была возбуждена, внутренне напряжена, тревожна. Кричала, что она “колдунья”, “превратила в себя другого человека через ментальный канал”. Сообщала, что перенесла инсульт и

клиническую смерть. Испытывала в голове “путаницу мыслей, поэтому трудно говорить”. При поступлении в отделение была недоступна продуктивному контакту из-за выраженных расстройств мышления в виде аморфности, паралогичности. Заявляла, что видела себя со стороны, считала, что у нее сгущение крови.

Во время госпитализации была представлена на медико-социальную экспертную комиссию, ей определена II группа инвалидности. В дальнейшем на фоне лечения состояние улучшилось, но была эмоционально тускла, бездеятельна, отмечалось нарушение критики. Был поставлен диагноз: “Шизофрения, простая форма”.

После выписки первое время принимала поддерживающую терапию, пыталась работать посудомойщицей. Через полгода прекратила принимать лечение, состояние начало ухудшаться, стала напряженной, злобной, расстроился сон, испытывала страх, тревогу. Вновь проявила агрессию к матери. По скорой помощи была госпитализирована в ПБ, где находилась с 04.09 по 01.12.2004 г. В приемном покое не удерживалась на месте, сопротивлялась осмотру, кричала, кусалась. Не понимала причины госпитализации. В отделении была крайне формальна в контакте. Во время беседы не сидела спокойно, часто кривлялась, переходила на крик. Мышление было аморфное, разорванное, паралогическое, аутистическое. Речь непоследовательная, ускоренная. То говорила о пьянстве отца и изменении своего состояния в этой связи, то о грубости персонала, то о “моральном унижении покончившего с собой сожителя”. На фоне лечения антипсихотиками состояние улучшилось. Выписана под диспансерное наблюдение ПНД с диагнозом “Шизофрения, простая форма, обострение”.

После выписки не могла справляться даже с простой работой, сидела дома, ни с кем не общалась. Была бездеятельной, отмечалось нарушение сна. С мая 2005 г. вновь состояние ухудшилось, была госпитализирована в ПБ № 3, где находилась на лечении с 23.05 по 27.07.2005 г. с диагнозом “Шизофрения, простая форма. Апатобулический дефект”. При поступлении была тревожной, напряженной, импульсивной. Мышление с выраженными структурными нарушениями. Заявляла, что скоро умрет, “дыхание останавливается, сердце не бьется...”, продуктивному контакту была недоступна. Данное состояние

квалифицировалось лечащим врачом как “ипохондричность”, в медицинской документации сделана запись об отсутствии у больной бредовых идей. На фоне антипсихотической терапии стала достаточно спокойной, упорядоченной. Исчезли агрессивные тенденции.

После выписки с ноября 2005 г. больная отказалась от поддерживающей терапии, вновь стали нарастать агрессивность, чувство внутреннего напряжения, нарушился сон. 04.12.2005 г. в ходе ссоры с сестрой нанесла ей удар ножом в область жизненно важных органов. В отношении нее было возбуждено уголовное дело по ч.3 ст.30, ч.1 ст.105 УК РФ (покушение на убийство).

Пациентка с места преступления была по скорой помощи госпитализирована в ПБ, где находилась с 04.12 по 28.12.2005 г. В приемном покое была несколько сонлива от введенной врачами скорой помощи литической смеси. Заявила, что “я плохо сплю... сестра сделала меня другой или стала другим человеком”. Громко кричала, требовала отпустить домой, “не имеете права держать здесь... я отомстила отцу за то, что не приходил ко мне в больницу... хочу умереть сама... хочу на кладбище...”. В отделении была недоступной контакту, не отвечала на вопросы или ответы носили характер “мимо”. Мышление было паралогичное, разорванное, амбивалентное, разноплановое. Обманы восприятия отрицала. Эмоционально была неадекватна, волевая активность была снижена. В отделении удерживалась только на нейролептиках. 28.12.2005 г. с диагнозом “Шизофрения, простая форма” была переведена в экспертное отделение для проведения стационарной СПЭ.

25.01.2006 г. С. проведена СПЭ. Цели экспертизы не осмысливала. Во время беседы была крайне напряжена, тревожна. На вопросы отвечала быстро. Лицо маскообразное, голос маломодулированный. Речь напористая, непоследовательная. Заявляла, что отомстила сестре за то, что та не пришла навестить ее в больницу, отцу – “потому что алкоголик, не заботился обо мне в детстве...”. Здесь же спонтанно заговорила о своем сожителе, который “нравственно унизил, так как отравился азалептином, который дала ему для успокоения... так ему и надо... ненавижу...”. О близких говорила враждебно, холодно, иногда с ненавистью: “все равно убью”. Мышление ускоренное, аморфное, паралогичное, с элементами разорванности, аутистическое. В высказываниях звучали бредовые идеи

отношения, воздействия. Обманы восприятия отрицала, не производила впечатление галлюцинирующей. Эмоционально была неадекватна, холодна, монотонна. Критические способности нарушены. В отделении была напряжена, негативистична, раздражительна. Постоянно находилась на грани физической агрессии к соседям по палате. Длительное время сохраняла напряженный аффект злобы. Была назойливой, требовала выписки. Себя считала психически здоровой: “Мне надо устраиваться на работу медсестрой...”.

На фоне лечения нейрорептиками стала доступной в отношении своих переживаний. Рассказала, что в 17 лет почувствовала изменение своего Я. “Утратила внутреннюю свободу, появились трудности мыслить... все путалось в голове... Потом как озарение было в клинической смерти... видела ангела-хранителя, Господа Бога... ангел-хранитель оказался предателем... Бог послал в ад, в темноту... шла по черному туннелю... а потом кипела в чане... ужас был...”. Рассказала, что испытывает открытость мыслей и вмешательство “в душевную жизнь других людей... Сестра сделала другим человеком”.

При патопсихологическом исследовании были выявлены выраженные признаки структурных нарушений мыслительной деятельности в виде актуализации латентных признаков предметов, искажения обобщения, неадекватности ассоциативных связей, смысловых соскальзываний, снижения целенаправленности процессов мышления. В структуре личности на первый план выступают своеобразие восприятия и мышления, аффективная неустойчивость, нестойкость мотивационных тенденций, недоверчивость, раздражительность, ригидность установок, склонность к построению труднокорректируемых концепций, внешне обвинительная направленность реагирования с агрессивными тенденциями.

Комиссия пришла к заключению, что С. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной психоза с эмоционально-волевым дефектом. По своему психическому состоянию она не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Ей было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа.

На основании постановления суда от 28.03.2006 г. С. была признана невменяемой. Находилась на принудительном

лечения в ПБ с 30.01.2006 г. по 23.05.2008 г. с диагнозом “Шизофрения, параноидная форма, непрерывно прогрессирующее течение, эмоционально-волевой дефект”. При поступлении на ПЛ к беседе была безразлична. На вопросы отвечала спокойно, односложно. Категорически отрицала наличие агрессивных тенденций: “сестра сама виновата, она ко мне приставала, я расстроилась, замахнулась на нее ножом, а она схватилась рукой за нож, поэтому и порезала ее”. Актуальных бредовых идей не высказывала. Обманов восприятия не выявлено. Была склонна к резонерству. В отделении на фоне проводимой терапии галоперидолом в поведении стала более упорядочена, держалась обособленно. В беседе была формальна. Актуальной психопродукции не отмечалось. Эмоционально выхолощена.

В мае 2006 г. пыталась совершить побег, в чем в последующем раскаивалась. В дальнейшем за все время пребывания в отделении режим не нарушала. Постепенно стала более общительной, помогала медперсоналу по уходу за больными. На протяжении последнего года до выписки в поведении была упорядочена, старалась избегать конфликтных ситуаций, высказывала реальные планы на будущее, собиралась после выписки устраиваться на работу. Переживала алкоголизацию родителей, а также то, что сестра не приходила к ней на свидание. Мать регулярно навещала ее, с ней она мирно и доброжелательно общалась, к сестре никаких идей мщения, угроз не высказывала. Продуктивной психопатологической симптоматики не отмечалось. На первом плане определялись эмоционально-волевое снижение, структурные расстройства мышления в виде паралогии, резонерства, амбивалентности.

19.05.2008 г. С. принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа было изменено на принудительное наблюдение и лечение у психиатра в амбулаторных условиях. 26.05.2008 г. она была взята на амбулаторное принудительное лечение в ПНД по месту жительства. В поведении была упорядоченной, эмоционально тусклой, обострения психотической симптоматики не отмечалось. В дальнейшем С. психофармакотерапию получала нерегулярно, многократно была госпитализирована в ПБ в связи с агрессивными тенденциями по отношению к близким, бредовыми идеями отношения, воздействия. Однако вид принудительного лечения изменен не был.

При госпитализации с 13.02. по 04.05.2011 г. стала проявлять агрессию к родителям, высказывала бредовые идеи преследования, считала, что “родители не настоящие, а подставные, настоящие закопаны на кладбище”. Сестру обвиняла в том, что та лишила ее работы. Критики к переживаниям не было. При поступлении была тревожна, напряжена. Активно высказывала бредовые идеи преследования, заявляла, что ее родные мать и отец генетики, отец был профессором генетики, мать также была генетиком. Люди, с которыми живет сейчас, выжили настоящих родителей из квартиры и убили их, а сами подделываются под ее настоящих родителей. Считала, что сестра также не настоящая. Говорила, что сестра убила одну из пациенток, когда она (пациентка) раньше работала в медицинском учреждении. Якобы сестра влила в дыхательную трубку раствор сальбутамола. Заявляла, что якобы в связи с этим ее регулярно вызывали в суд и последний раз в суде угрожали расстрелом. Заявляла, что сестра хотела отравить ее, вместо витаминов подложила удобрение. Мышление описывалось непоследовательным, паралогичным. Наличие “голосов” отрицала, в поведении галлюцинаций не обнаруживала. Эмоционально была выхолощена. Критики к состоянию не было. На фоне лечения состояние постепенно стабилизировалось, продуктивная симптоматика была купирована, выписана под наблюдение ПНД с диагнозом “Шизофрения параноидная, параноидный синдром” с рекомендацией приема поддерживающей терапии. С 06.03 по 10.07.2012 г. С. вновь находилась на стационарном лечении в ПБ с диагнозом: “Шизофрения параноидная форма. Параноидный синдром”. Перед госпитализацией на фоне отказа от приема поддерживающей терапии ее состояние изменилось в течении трех дней: стала возбужденной, агрессивной к родителям – ударила мать табуреткой, набрасывалась на отца. Требовала 400 тысяч отдать врачу ПНД, чтобы он освободил ее от принудительного лечения. Шантажировала: если ей не дадут денег, то она всех обольет бензином и подожжет. В приемном покое была напряжена, негативистична, но на лечение согласна. Переживания полностью не раскрывала. В отделении была тревожна, возбуждена, разговаривала на повышенных тонах, речь была ускорена. Данные, указанные в направлении на госпитализацию, отрицала. Заявляла: все, что написано – вранье, родственники на нее наговорили.

Говорила, что действительно требовала у родителей деньги, но это была шутка. Наличие “голосов” категорически отрицала. Высказывала негативное отношение к родителям и сестре, обвиняла их в алкоголизации, в плохом отношении к себе. Считала, что они хотят от нее избавиться, лишить ее жилплощади. Мышление непоследовательное, паралогичное, критики к состоянию не было. Высказывала идеи отношений в адрес окружающих, отмечался эпизод психомоторного возбуждения, когда она была по столу кулаком, была требовательна, не поддавалась вербальной коррекции.

В дальнейшем в режиме отделения удерживалась, включалась в трудовые процессы. Отмечались изменения личности процессуального характера, была подчиняема, бредовых идей активно не высказывала, обманы восприятия не обнаруживала, была доброжелательно настроена по отношению к родителям. На свиданиях с матерью вела себя удовлетворительно. Была амбивалентна в высказываниях относительно планов на будущее – то высказывала планы о дальнейшем обучении, то говорила: “посижу на инвалидности”, то о работе “горничной”. Мышление было непоследовательное. В отделении общалась избирательно, эмоционально была выхолощена. Выписана под наблюдение ПНД в сопровождении матери с рекомендацией приема поддерживающей терапии. Со слов С., в течение непродолжительного времени работала посудомойщицей в ресторане. 11.07.2012 г. и 23.07.2012 г. была на приеме в ПНД, в статусе отмечалось, что она была спокойной и уравновешенной.

Ранее С. бросалась с ножом на отца, но он заявление в милицию не подавал. 31.07.2012 г. родители больной злоупотребляли алкогольными напитками, взяли у нее деньги на спиртное. На этом фоне произошел конфликт, С. взяла кухонный нож и нанесла отцу не менее 4 ударов в шею и спину, от чего наступила его смерть.

01.08.2012 г. С. сама обратилась в приемный покой ПБ и была госпитализирована с диагнозом “Шизофрения параноидная, обострение”. 06.08.2012 г. она была переведена в следственный изолятор. Была привлечена к уголовной ответственности по ч.1 ст.105 УК РФ.

В ходе следствия ей проведена стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Комиссия пришла к заключению, что С. страдает шизофренией параноидной

с непрерывным типом течения, рекомендовалось признать ее невменяемой и направить на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа. Постановлением суда от 10.12.2012 г. С. была освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в стационаре специализированного типа.

Анализ данного клинического случая свидетельствует о недооценке медицинскими работниками клинико-психопатологических факторов риска и степени общественной опасности больной, что определяло неполное использование возможных мер судебно-психиатрической профилактики.

В частности, несмотря на наличие бредовых идей, описанных, но не квалифицированных как таковые в медицинской документации, психическое расстройство пациентки длительное время (до совершения первого ООД) определялось как “шизофрения, простая форма”. Бредовые идеи отношения, агрессивные высказывания и действия в адрес родственников до нанесения телесных повреждений сестре не послужили поводом для установки активного диспансерного наблюдения за больной.

При прохождении СПЭК в 2006 г. указывалось, что С. “Эмоционально неадекватна, холодна, монотонна. Критические способности нарушены. В отделении была напряженной, негативистичной, раздражительной. Постоянно находилась на грани физической агрессии к соседям по палате. Длительное время сохраняла напряженный аффект злобы. Была назойливой с требованием выписки”. Несмотря на наличие указанных клинических характеристик, определяющих сохранение значительной общественной опасности больной, экспертами было рекомендовано принудительное лечение в стационаре общего типа. В последующем, находясь на ПЛ, С. совершила попытку побега.

После изменения вида ПЛ со стационарного на амбулаторный у С. не появилось стремление принимать поддерживающую терапию, на фоне бредовой симптоматики

с персонифицированными идеями отношения отмечались выраженные нарушения поведения с агрессией и угрозами в адрес близких, что приводило к частым госпитализациям с быстрым ухудшением состояния после выписки вследствие как неблагоприятного течения психического расстройства, так и прекращения психофармакотерапии. Однако высокая степень общественной опасности С. не повлекла изменения вида ПЛ с амбулаторного на стационарный, что в данном случае являлось необходимой мерой профилактики совершения С. повторного ООД.

Таким образом, клинический анализ совокупности болезненных проявлений психического расстройства с учетом характера психотических проявлений, выраженности нарушений эмоционально-волевой сферы, поведения и критики с позиций оценки риска потенциальной общественной опасности больного является важной и ответственной частью профессиональной деятельности специалистов психиатрической службы.

### *Органические психопатологические синдромы*

Пациенты с органическими психическими расстройствами занимают второе место после больных шизофренией по числу совершаемых ими правонарушений. Значительная часть судебно-психиатрических исследований посвящена изучению клинических состояний, определяющих характер их общественной опасности.

Описывая клинические признаки тяжелых органических поражений головного мозга, опасные действия больных связывают со слабоумием, дисфориями, эксплозивностью, вязкостью аффекта, помраченным сознанием, психозами. На судебно-психиатрическом материале отмечают частоту и наибольшую криминогенность психопатоподобных синдромов: эксплозивного, дистимического, полиморфного.

По мнению большинства авторов, наибольшей опасностью отличаются больные с полиморфными психопатоподобными состояниями. Их ООД обусловлены дисфория-

ми, повышенной возбудимостью, раздражительностью, эксплозивностью и вязкостью аффекта. Основную долю в структуре правонарушений составляют нарушения общественного порядка, тяжкие телесные повреждения, убийства, а также имущественные деликты. Ряд исследователей подчеркивает значение эксплозивного варианта указанного синдрома, для которого характерны резкая аффективная возбудимость, взрывчатость с брутальными аффективными реакциями и агрессивными разрядами. Постоянная аффективная напряженность этих пациентов проявляется бурными вспышками гнева и злобы к окружающим в конфликтных ситуациях, которые они сами же и создают.

К клинико-психологическим факторам, формирующим стойкость социальной опасности, можно также отнести сочетание органического поражения головного мозга с алкоголизмом.

Как уже было сказано выше, помимо клинико-психопатологических детерминант криминогенности больных имеет значение влияние личностных и средовых факторов. Конституционально обусловленные вспыльчивость, раздражительность, истероидность являются благоприятной почвой для формирования у пациентов с ОПР стойких психопатоподобных нарушений, играющих решающую роль в асоциальном поведении. Также и сформировавшаяся еще в преморбиде склонность к асоциальному образу жизни может сохраняться и в последующем. Обычно ее проявлению способствуют психические травмы и алкогольные эксцессы, которые не только являются пусковым механизмом эксплозивных психопатоподобных реакций, но и могут провоцировать возникновение психотических состояний.

Среди пациентов с органической церебральной патологией при наличии дефицитарных и психопатоподобных расстройств выделяют контингент повышенного риска — так называемый “дезадаптивный” тип больных, нередко с алкоголизацией, отсутствием трудовых установок,

устойчивыми связями в асоциальной микросреде. Они, как правило, привлекаются к уголовной ответственности за хулиганство, иные противоправные действия против жизни и здоровья граждан, характеризующиеся особой жестокостью.

Лечебно-профилактические мероприятия в отношении таких пациентов должны включать в себя как активную психофармакотерапию, так и социально-реабилитационные мероприятия. Наиболее эффективны лечебно-реабилитационные программы, которые наряду с патогенетической терапией ОПР, показанной всем больным, учитывают клинико-психопатологические нарушения, личностные особенности и ситуационные факторы, определившие совершение ООД. Психосоциальная реабилитация должна быть направлена на исключение факторов, провоцирующих декомпенсации психического расстройства, такие как алкоголизация, конфликтные ситуации и т.п.

Медикаментозную терапию необходимо сочетать с комплексом мероприятий по трудовой реабилитации и коррекционно-воспитательной работой с целью переориентации личности больного на социально приемлемый образ жизни. Больные, обнаруживающие стойкие асоциальные тенденции, в случае совершения ООД нуждаются в принудительном лечении в условиях психиатрического стационара специализированного типа или специализированного типа с интенсивным наблюдением.

За последние десятилетия среди пациентов с церебральной патологией, совершивших ООД, отмечается рост количества лиц, страдающих сосудистыми заболеваниями. Они составляют более половины среди контингента подэкспертных старше 60 лет, поступающих на судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам. Ведущими синдромами, определяющими их криминальное поведение, являются психопатоподобные состояния и синдромы деменции.

Возникновение психопатоподобных состояний обусловлено развитием истеровозбудимых расстройств наряду с изменениями личности в виде упрямства, недоверчивости, скупости, эгоистичности, подозрительности. Нередко на этом фоне появляются идеи ущерба, отношения, ревности. Больные становятся неуживчивыми, конфликтными, раздражительными, в связи с чем у них нарушается семейно-бытовая адаптация. Ими совершаются ООД, направленные чаще всего против лиц из микросоциального окружения (хулиганские действия, телесные повреждения, реже – убийства).

Среди лиц, страдающих церебральной сосудистой патологией, значительное место занимают больные с когнитивными нарушениями, не достигающими степени деменции. Их психопатологическая картина соответствует понятию “психоорганического синдрома”. На фоне развития церебрастенических явлений определяются выраженные личностные изменения, не свойственные им ранее: мнительность, тревожность, сужение круга интересов и психической активности, консерватизм.

Утрата творческой продуктивности, интеллектуальной гибкости усугубляется расстройствами памяти, снижением уровня суждений, оскудением представлений и понятий. Среди противоправных действий, совершаемых этими больными, отмечаются хулиганство, хищения, преступления против жизни и здоровья окружающих. Определяющим фактором при совершении ООД часто является хронический алкоголизм.

При постепенном развитии церебрального атеросклероза и усугублении когнитивных нарушений граница перехода в деменцию прослеживается с трудом. Психическое состояние сосудистых больных определяется как дементное, когда оно характеризуется стойким обеднением психики, значительным интеллектуально-мнестическим снижением, заметным изменением присущих им ранее личностных особенностей и дезадаптацией в окружающей среде. Признаки заболевания

проявляются в виде изменившихся интерперсональных отношений больного, ценностных ориентаций, снижения критических способностей, невозможности прогнозировать последствия своих действий. Более чем в половине случаев больные с деменцией совершают ООД против личности, жизни, здоровья в отношении лиц из ближнего окружения.

Из-за неадекватного поведения пациента в микро-социальной среде и непонимания болезненной основы его поведения окружающими, в том числе соседями и членами семьи, создается конфликтная ситуация, которая приводит к противоправным действиям больного.

Главным условием профилактики их ООД является диспансерное наблюдение участкового психиатра, разъяснительная беседа с родственниками, а также, при необходимости, помещение одиноких беспомощных больных в психоневрологические интернаты.

### *Синдром умственной отсталости*

Умственную отсталость судебные психиатры всегда включали в число психических расстройств, оказывающих влияние на формирование опасного поведения больных. Главенствующее значение в генезе их общественной опасности придается не только интеллектуальному недоразвитию, но и сопутствующим аффективно-волевым, поведенческим нарушениям.

В судебно-психиатрическом аспекте, наряду с интеллектуальной недостаточностью, снижением способности к абстрактному мышлению, сравнению и обобщению, прогнозированию своих действий, подчеркивается значение таких нарушений, как эмоциональная неустойчивость, гиперактивность, расторможенность, повышенная возбудимость, внушаемость и пассивная подчиняемость.

Нарушения поведения обычно могут быть спровоцированы рядом обстоятельств, значимыми среди которых являются: воздействие психогенно-стрессовых факторов; возникновение конфликтных ситуаций в семье или

ином социальном окружении; влияние дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.); соматоэндокринная перестройка организма (пубертатный и инволюционный периоды).

Следует учитывать, что у лиц даже с легкой степенью умственной отсталости, значительно снижена способность к изменению жизненного стереотипа, к адаптации в новых условиях, к неблагоприятным средовым факторам, что приводит к срыву компенсаторных механизмов, дезадаптации, проявлением которой является общественно опасное поведение. К предикторам их общественной опасности относят безнадзорность, алкоголизм, наркоманию, материальное неблагополучие, неблагоприятную микросреду, асоциальное влияние окружающих.

Совершение ООД, являясь следствием присущих этим больным интеллектуальных и эмоциональных нарушений, может провоцироваться неблагоприятными внешними факторами (психогениями, алкоголизацией, конфликтными ситуациями). Пациенты, казалось, не представляющие опасности, хорошо адаптированные к обычным жизненным обстоятельствам, оказавшись в усложненной обстановке, перед задачами, выходящими из круга их повседневных забот, не могут самостоятельно найти оптимальный выход из положения и предпринимают действия, представляющие общественную опасность. Очевидно, что совершаемые ими такого рода поступки связаны с неспособностью оценить ситуацию в целом, предвидеть не только прямые, но и побочные последствия своих действий, прогнозировать развитие событий.

Особенно их несостоятельность проявляется в острых ситуациях, диктующих необходимость быстрых решений и действий, что вызывает растерянность, нелепую агрессию. Такие опасные действия следует отнести к ситуационно спровоцированным, их профилактика заключается в соответствующей психосоциальной терапии и реабилитации. Реабилитационные мероприятия долж-

ны быть направлены на повышение социальной компетентности больных путем развития навыков общения, трудовой деятельности, умения преодолевать стрессы, а также на создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки (обеспечение жильем, трудоустройство, организация досуга).

Принято считать, что для больных олигофренией наиболее характерно совершение имущественных правонарушений (кражи, угон автомобилей), хулиганских действий, а также правонарушений против жизни и здоровья граждан. Кражи в основном совершают лица с социально-бытовой неустроенностью, с отсутствием средств к существованию, поддержки и контроля со стороны близких.

Пациенты, совершающие ООД в связи с повышенной внушаемостью и подчиняемостью, обнаруживают общественную опасность лишь в определенной ситуации. Для реализации ООД необходима инициатива, исходящая от окружения больного, сам же пациент выступает как один из членов группы. Наиболее часто ими совершаются корыстные правонарушения или хулиганские действия. Характерна склонность к повторным ООД, что обусловлено асоциальной направленностью окружения больного. Его общественно опасное поведение связано с отсутствием возможности выработки собственных морально-этических целевых установок и неспособностью противостоять чужому влиянию.

При совершении сексуальных деликтов криминогенное значение имеют расторможенность влечений, импульсивность, недостаточность интеллектуального контроля.

В конфликтных ситуациях проявляются такие особенности психики умственно отсталых лиц, как повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости.

Особенно высокой социальной опасностью отличаются больные с дисфорическим и психопатоподобным

синдромами (возбудимый вариант). Для них характерны периодическая гневливость и вспыльчивость, злобная настроенность против окружающих, частые эксплозивные реакции с тенденцией к физической агрессии и разрушительным действиям. В отношении таких больных, совершивших ООД и признанных невменяемыми, правомерно рекомендовать принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Профилактика опасного поведения у лиц с умственной отсталостью должна начинаться с раннего выявления у них признаков умственного недоразвития и воспитания в специализированных учреждениях, обучения доступным трудовым навыкам. Положительное значение имеют вовремя начатое проведение лечебных и коррекционно-педагогических воздействий, своевременная госпитализация при нарушениях поведения, употреблении ПАВ. Для предупреждения опасных действий необходим обязательный учет и наблюдение больных, склонных к совершению ООД, в условиях диспансера в группе АДН.

### *Психопатоподобный синдром*

Процент лиц с психопатоподобными синдромами среди больных, совершивших ООД, высок и значительно превышает их долю в нозологической структуре учтенных заболеваний.

К распространенным клиническим характеристикам психопатоподобных расстройств относятся стеничность, сочетающаяся с эмоциональной холодностью, внешне необвиняющее отношение к действительности, моторная активность, повышенная возбудимость, усиление влечений. Для таких больных характерны снижение глубины и модулированности эмоций, неадекватность в эмоциональном реагировании и поведении, оскудение морально-этических качеств, энергетического потенциала, критических способностей, сужение круга интересов. Они негативно настроены к трудовой деятельности, легко

входят в асоциальную среду, склонны к злоупотреблению алкогольными напитками и наркотическими веществами, бродяжничеству.

При наличии психопатоподобных расстройств антисоциальные формы поведения пациентов наиболее устойчивы. Ими чаще совершаются повторные общественно опасные деяния, в том числе многократные. Это позволяет трактовать указанный синдром как наиболее криминогенный.

При психопатоподобных состояниях преобладают личностные формы реагирования, возникающие в ответ на провоцирующее воздействие средовых, экзогенных, социальных и психологических факторов и, соответственно, механизмы совершения ООД уже не являются исключительно патоморфными, а приобретают реально-бытовую мотивацию

Психопатоподобные синдромы не нозоспецифичны, возникают при различных психических расстройствах. Они довольно разнообразны и их потенциальная общественная опасность неоднозначна. Показателями глубины характерологических изменений являются выраженность психической и социальной незрелости, резкая дисгармония психического склада личности, грубая дезадаптация в семейной жизни и быту, частые и клинически очерченные состояния декомпенсации.

Выявление генеза психопатоподобных расстройств возможно на основе сопоставления их синдромальной структуры, а также при анализе тенденций движения болезненного процесса, включая патокинез психопатоподобных нарушений. Например, наличие таких признаков, как отягощенная наследственность, преморбидно пизоидная структура личности, эпизоды психотического уровня в периоды возрастных кризов, характерно для шизофрении.

Психопатоподобные нарушения могут встречаться при всех формах шизофренического процесса. Уже в инициальном периоде заболевания они сопровождаются

утратой альтруистических качеств, появлением эгоистичности, эксплозивности и жестокости, истероформных и кверулянтских симптомов, патологии влечений. При приступообразно-прогредиентной шизофрении эти расстройства описываются как в структуре приступа, так и во время ремиссии, сочетающейся со стойкими проявлениями дефекта. В ряде случаев имеет место формирование своеобразного психопатоподобного дефекта личности. Клинико-психопатологические проявления психопатоподобного типа ремиссии при шизофрении были описаны выше.

К существенным структурным характеристикам при вялотекущей психопатоподобной шизофрении относятся психопатологическая сложность, фасадность собственно психопатоподобных расстройств, за которыми определяется достаточно отчетливая дефицитарная симптоматика в виде эмоционального огрубления и падения энергетического потенциала. При сопоставлении приобретенных болезненных и преморбидных свойств личности во многих случаях обращают на себя внимание отчетливость структурного сдвига, полярность изменения ряда основных личностных черт, наступившие негативные изменения в виде определенного регресса поведения на фоне эмоционального изъема. Негативные изменения психики проявляются, прежде всего, в утрате “эмоционального резонанса” с окружающими, отсутствии адекватной пластичности эмоциональных проявлений, утрате прежних увлечений, интересов, неспособности к длительному волевому напряжению, что делает поведение больных труднопрогнозируемым, спонтанным, затрудняет их адекватное общение и способствует нарастающей социальной дезадаптации.

Большая часть ООД совершается такими пациентами не в начале заболевания, а на тех стадиях, когда имеются достаточно выраженные, клинически очерченные психопатоподобные проявления, сочетающиеся с типичными изменениями психики. Глубиной нарушений психики

в определенной степени объясняются семейно-бытовое неблагополучие пациентов, склонность к бродяжничеству, совершение имущественных правонарушений и хулиганских действий.

Психопатоподобные расстройства, являясь феноменологическим проявлением текущего шизофренического процесса, характеризуются сменой одного клинического варианта другим в зависимости от нарастающей негативной симптоматики и изменений личности, с которыми тесно связаны.

Несмотря на большое разнообразие психопатоподобных проявлений, в качестве основного радикала, определяющего общественную опасность больных шизофренией, чаще всего выступают такие расстройства, как выраженная возбудимость, расторможенность, гиперактивность, которые сочетаются с негативизмом, парадоксальностью реакций, псевдоневротическими расстройствами и другими типично шизофреническими изменениями личности.

Среди так называемых “последствий” органического поражения головного мозга распространенными также являются аффективно-волевые нарушения, психопатоподобный синдром, характеристика которых, однако, имеет определенные отличия.

Эмоционально-волевые расстройства церебрально-органического генеза нередко сочетаются с астенией и интеллектуально-мнестическим снижением, образуя сложный комплекс психоорганического синдрома. При их преобладании над астенической симптоматикой говорят об эксплозивном варианте психоорганического синдрома, в структуру которого входят выраженные нарушения поведения, снижение адаптации, ослабление волевой регуляции, утрата самоконтроля, повышение влечений, характерна также алкоголизация больных для купирования состояния внутреннего напряжения, раздражительности и брутальности. Указанный спектр нарушений зачастую определяется специалистами как психопатоподобное поведение.

Формирование психопатоподобных расстройств у лиц с церебрально-органической патологией совпадает с тенденциями развития основного заболевания, сопровождается более или менее выраженными когнитивными, интеллектуально-мнестическими и другими нарушениями органического круга. Психопатоподобные проявления отличаются значительной подвижностью характерологических особенностей, однако, в основном в пределах одного клинического варианта.

Клиническая характеристика психопатоподобного синдрома при органических психических расстройствах полиморфна. Несмотря на трудность его разделения на клинические подвиды, по преобладанию отдельных аффективных расстройств ряд авторов различают эксплозивный, дистимический, истероидный и полиморфный (смешанный), или мозаичный, варианты.

Рассматривая больных с умственной отсталостью, отмечают наличие у части из них расторможенности, дурашливости, повышенной возбудимости, склонность к колебаниям настроения, что носит характер психопатоподобных расстройств, которые зачастую и определяют формирование общественной опасности.

Большое значение имеют характер и глубина нарушений психики, выраженность психопатоподобных проявлений. Повторность и характер опасных действий во многом зависят от типа психопатоподобного синдрома. Наибольший риск общественной опасности определяется при эксплозивных и полиморфных психопатоподобных состояниях.

При полиморфном (“мозаичном”) синдроме наряду с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью, конфликтностью могут быть выражены истероподобные, ипохондрические расстройства, сверхценные образования, отдельные сензитивные идеи отношения, явления навязчивости. Для таких больных характерно злоупотребление алкоголем, которое усиливает аффективную неустойчивость, возбудимость, дисфоричность. Им свой-

ственно совершение опасных действий, направленных против личности, нарушения общественного порядка, имущественные ООД (кражи, грабежи, мошенничество). В последних случаях существенную роль играет антисоциальная микросреда, неблагоприятные материальные условия. По мере развития заболевания увеличивается частота совершения агрессивных действий, связанных с нарастающей дезадаптацией больного.

Психопатоподобные состояния с преобладанием повышенной возбудимости и патологией влечений, когда эксплозивность сочетается с аффективной напряженностью, склонностью к легко возникающим реакциям брутального характера, приводят к возникновению конфликтов, нарушению общественного порядка, агрессии, нанесению телесных повреждений и убийствам.

Выраженные колебания настроения (особенно по типу дисфорий) у больных с преобладанием в структуре психопатоподобного синдрома аффективных расстройств могут носить характер неадекватных эмоциональных реакций, приводить к хулиганским и насильственным действиям. Характерны ссоры и драки в семье, с соседями, хулиганство, сексуальные эксцессы. Периоды спада настроения способствуют злоупотреблению алкоголем, суицидам, бродяжничеству.

Психопатоподобный синдром со сверхценными образованиями, склонностью к паранойальным реакциям приводит больных к борьбе за “справедливость”, сутяжным притязаниям, затяжным конфликтным ситуациям, что сопровождается ссорами, агрессивными действиями.

Количество ООД, совершаемых пациентами с другими разновидностями психопатоподобного синдрома, относительно невелико. Главным образом это различные имущественные правонарушения, которым способствуют соответствующее влияние со стороны окружающих, отсутствие благополучных семейно-бытовых условий, трудовой занятости, что в целом свидетельствует о глубине социальной дезадаптации больных.

Таким образом, некоторые клинико-социальные характеристики психически больных позволяют с большей или меньшей долей вероятности прогнозировать возможное совершение ООД в зависимости от формы самого психопатоподобного синдрома.

Вторым важным моментом, подлежащим анализу и учету, является отношение больного к алкоголю и наркотикам, которые нередко являются спутниками психопатоподобных состояний пациентов с асоциальной жизненной установкой. Коморбидность с болезнями зависимости в значительной степени снижает возможности компенсации имеющегося психического дефекта, адаптационные способности, приводит к ухудшению основных клинических характеристик и повышению общественной опасности больных.

Приведенные данные следует оценивать как еще одно подтверждение необходимости выработки строго дифференцированного подхода к лечебно-реабилитационным мероприятиям с учетом ведущего психопатологического синдрома, который обуславливает мотивацию и механизмы общественно опасных действий психически больных.

В отношении рассмотренных клинических групп больных следует выделить более дифференцированные причины и условия, повышающие риск совершения ООД. Больные с психотическими состояниями представляют наибольшую опасность при наличии тенденции к спонтанному развитию рецидивов психоза; легкости провоцирования психотических расстройств психотравмирующими факторами и алкоголем. Риск их опасного поведения возрастает, если в структуре психотического состояния имеют место галлюцинаторно-бредовые расстройства с аффективной напряженностью, сопровождающиеся бредовым поведением; а также при персонифицированном характере бредовых идей; наличии агрессивного стереотипа поведения, сформировавшегося в преморбиде. Своевременное выявление пациентов с

повышенным риском совершения ООД следует считать одной из предпосылок эффективности всей последующей профилактической работы с ними.

Больные с непсихотическими состояниями, негативными (дефицитарными) расстройствами представляют наибольшую потенциальную опасность, если они сохранили сформировавшиеся в преморбидном периоде или приобрели позднее антисоциальные личностные установки; контактируют с лицами с антисоциальным поведением и находятся под их влиянием; не принимают поддерживающую терапию и избегают наблюдения со стороны психоневрологического диспансера; злоупотребляют алкоголем, принимают наркотики.

Резюмируя изложенное в данном разделе, следует подчеркнуть, что решение вопросов, связанных с оценкой риска опасного поведения, целесообразностью применения специальных медицинских мер, направленных на его профилактику, требует от специалиста не только квалификации психического состояния пациента, но и комплексного анализа многих социально-психологических параметров.

### **1.3. Личностные и социальные факторы в формировании опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами**

Как уже было сказано выше, формирование общественно опасного поведения больных определяется взаимным влиянием психопатологических, личностных и социальных факторов. Чем меньше прогрессивность течения психического расстройства, тем большее значение в генезе общественной опасности имеют особенности личности пациента и ситуационные факторы (микросоциальное окружение, семейные обстоятельства, употребление ПАВ, качество организации лечебной помощи и т.д.).

Преморбидные особенности личности больного с его морально-этическими установками и ценностной ори-

ентацией в зависимости от их характеристик могут выступать в качестве факторов риска либо протективных факторов общественной опасности. Правомочность такого суждения подтверждается большей распространенностью совершения опасных действий, высокими показателями их повторности у психически больных, которым были присущи асоциальные установки, антисоциальные формы поведения еще до начала заболевания. Между тем, высокий интеллектуальный уровень и уровень образования, просоциальное поведение в преморбиде выступают в качестве факторов, предупреждающих совершение ООД.

Известно, что сформированные в процессе воспитания и жизнедеятельности принципы, взгляды, цели, убеждения, ценностные ориентации, моральные нормы, мировоззрение определяют поведение человека. Правопослушное поведение является результатом социализации, в процессе которой происходит усвоение субъектом моральных и правовых запретов, социально приемлемых поведенческих стереотипов.

При этом тяжелое психическое расстройство, безусловно, может изменить определенные личностные характеристики. К примеру, известно, что патогномичными для шизофрении являются нарушения мышления, эмоциональной и волевой сфер, когнитивный дефицит, степень выраженности которых существенно отличается у разных больных и может изменяться на различных этапах течения болезненного процесса. Однако это не умаляет роль личностных качеств больного в генезе общественной опасности. Большое значение имеют социально-психологические установки личности, выработанные еще до болезни.

Для правильной оценки психического состояния пациента необходимо знание его преморбидных особенностей. Ими во многом объясняется чрезвычайное разнообразие поведения при однотипных синдромах. В практике любого специалиста в области психиатрии су-

ществует много клинических примеров, когда пациенты с идентичными психопатологическими характеристиками психического состояния (к примеру, бредовые идеи воздействия или преследования) оцениваются по-разному в отношении потенциального риска их опасного поведения, причем большая часть из них никогда не совершают ООД. Личностные установки сказываются на поведении психически больных в период болезни в той или иной степени (в зависимости от прогрессивности, остроты и других проявлений заболевания).

Отмечено, что превалирование в преморбиде характерологических аномалий эксплозивного, возбудимого, неустойчивого типов коррелирует с наличием в период болезни криминогенных психопатоподобных проявлений. В литературе нашло отражение влияние не только характерологических особенностей личности пациента на риск совершения ООД, но и социально-психологических характеристик (установок, мотивов, потребностей).

При совершении правонарушений больными шизофренией, в случае отсутствия у них психотической симптоматики, отмечаются такие мотивы, как корысть, обида, месть, ревность, амбиции. При этом их общественно опасное поведение может не иметь прямого отношения к собственно психопатологической продукции. Важными в этих случаях являются нравственные ценности пациента, существенную роль играет опыт, накопленный в процессе формирования личности в детском и подростковом возрасте.

Ф.В. Кондратьев (2006), со ссылкой на выдвинутую В. Франком идею “нравственной конституции”, отмечает существенную роль нравственного компонента самосознания личности в формировании опасного поведения. Это касается как психически здоровых лиц, так и психически больных, у которых “патологический компонент не закрывает личность полностью”. Данный автор выделяет три составляющих, которыми определяется поведение и деятельность личности: исходное личностное

качество, ее социальную направленность, динамические (реализующие) качества личности. Поражение каждой из составляющих бывает избирательным, и тогда речь может идти о частичной сохранности личности. При этом положительные социальные установки могут способствовать предотвращению ООД.

Преморбидные асоциальные и антисоциальные установки больных рассматриваются в качестве значимого фактора, повышающего риск общественно опасного поведения в период болезни. В то же время положительные личностные установки являются одним из факторов, предотвращающим совершение больными ООД даже при наличии у них бредовых идей с направленностью против конкретных лиц.

Большинство авторов отмечают, что уровень социальной адаптации больных, совершивших общественно опасные деяния, значительно ниже, чем у пациентов с правопослушным поведением. Среди них преобладают лица с начальным, незаконченным средним образованием, занятые неквалифицированным трудом. Отмечена склонность к насильственным действиям у больных с низким образовательным уровнем, находящихся в материальной зависимости от семьи.

Значимым является период формирования, становления личности. Особую роль играют условия и методы воспитания. Семья играет главенствующую роль в формировании характера ребенка и остается важным фактором его социализации в подростковом и юношеском возрасте, когда закладываются и развиваются основные нравственные свойства личности, система отношений. Низкий уровень культуры в семье, практикуемые в них стереотипы противоправного поведения, злоупотребление ПАВ, лишение отца и матери родительских прав, пребывание в детских домах – все это способствует дисгармонии личностного развития.

Результаты многочисленных исследований показывают, что большинство пациентов с асоциальными тен-

денциями выросли без родителей, в неполных семьях, интернате или у родственников, в ситуации гипоопеки, испытали родительское безразличие, переносили насилие в детском и подростковом возрасте. Материально-бытовые трудности семей, в которых они воспитывались, нередко сочетались с конфликтными взаимоотношениями между родителями, их алкоголизацией, противоправным поведением. Типичной особенностью детско-подросткового периода у таких больных считаются ранние проявления склонности к агрессии, девиантное и делинквентное поведение, совершение агрессивных и аутоагрессивных поступков.

К преморбидным личностным характеристикам, увеличивающим риск опасного поведения, относятся высокий уровень агрессивности, враждебности и конфликтности, отсутствие чувства сопереживания, эмпатии, равнодушие к чувствам других, неспособность испытывать чувство вины и пр.

Важное значение в возникновении общественно опасного поведения психически больных придается влиянию асоциального окружения. Роль данного фактора особенно возрастает при наличии в клинической картине психического расстройства психопатоподобных нарушений, при интеллектуальной несостоятельности больных. Даже при отсутствии асоциальных тенденций в поведении психически нездорового человека криминальное окружение может подталкивать его на совершение опасных действий.

Наличие криминального опыта – делинквентное поведение в подростковом возрасте, привлечение к уголовной ответственности, пребывание в прошлом в местах лишения свободы – влияет на социальные установки и ценностные ориентации больного, увеличивают риск совершения ООД.

Семейная адаптация, характер сложившихся в семье пациента взаимоотношений, наряду с клинико-психопатологическими характеристиками болезненного процесса,

в большой степени определяют поведение больного, препятствуя либо способствуя его общественной опасности. Забота и поддержка родных и близких являются важным фактором предотвращения ООД. Напротив, непонимание родственниками состояния больного, конфликты с ним и нарушение его прав и интересов могут спровоцировать опасные действия. Такая ситуация, наряду с иными переживаемыми пациентами неблагоприятными жизненными ситуациями, может стать источником психической травматизации, способствуя обострению психического расстройства, ухудшая его прогноз и повышая риск совершения ауто- и гетероагрессивных действий.

Многие авторы указывают на значение в совершении ООД трудовой адаптации, характера трудового приспособления. Отсутствие занятости, трудового стажа делают прогноз относительно риска общественной опасности более неблагоприятным. В последние десятилетия утрата работы и возможности работать в индивидуальных условиях затронула значительную часть пациентов. Этому способствовали значительное сокращение числа лечебно-трудовых мастерских, закрытие специальных цехов, ликвидация системы трудоустройства психически больных на промышленные предприятия. Трудовая незанятость приводит к материальному неблагополучию, утрате социальных контактов и, как следствие, к совершению правонарушений.

Непосредственное отношение к этому имеют своевременность представления больного на медико-социальную экспертную комиссию, определение группы инвалидности, что отчасти может решить проблему его материального обеспечения. Социальная незащищенность, отсутствие группы инвалидности при наличии обусловленной психическим расстройством нетрудоспособности, напротив, определяют риск общественной опасности.

Особое значение в числе социальных факторов принадлежит материальной и жилищной обеспеченности, возможности удовлетворить основные жизненные пот-

ребности, т.е. социальной адаптации и качеству жизни пациента. Без этого риск общественно опасного поведения существенно возрастает. Нередко перечисленные факторы выступают в роли провоцирующих или причинных факторов, способствующих реализации ООД. Данные о социальной дезадаптации (или адаптации на асоциальном уровне) являются безусловным основанием для включения пациента, страдающего тяжелым психическим расстройством, в группу активного диспансерного наблюдения.

В отношении таких больных могут быть применены индивидуальные профилактические меры, характер которых определяется спецификой ведущего психопатологического синдрома, участвующего в формировании опасного поведения, особенностями личности и социальной адаптации. В одних случаях это будет обеспечение непрерывной адекватной терапией, в других – своевременное выявление декомпенсации состояния, в третьих – воздействие на микросоциальные факторы, оказание социально-правовой помощи.

Примером возможного взаимного влияния клинических, личностных и ситуационных факторов на формирование опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, может служить следующее наблюдение.

Больной Д., 1979 г.р., обвиняемый по ст.105 ч.1 УК РФ (в убийстве). Из анамнеза известно, что бабушка по линии матери и отец Д. злоупотребляли алкоголем. Родился от нормально протекавшей беременности и родов.

Раннее развитие протекало без особенностей. Родители развелись, когда Д. было 7 лет. Воспитывался матерью и отчимом. Посещал детские дошкольные учреждения, в школу пошел с 6 лет. Учился удовлетворительно, классов не дублировал. Отношения со сверстниками складывались напряженно, подвергался “издевкам” с их стороны, был “изгоем” в коллективе, участвовал в многочисленных драках. Закончил 9 классов общеобразовательной школы.

После окончания школы 3,5 года учился в профессиональном лицее, получил специальность “столяр-резчик”. В 1998 г. женился, от брака имеет дочь. Отношения в семье были конфликтными, Д. не мог найти “общий язык” с супругой, она неоднократно уходила от него.

В 2000 г. был призван в армию. В период службы выявлен сахарный диабет, в связи с чем Д. комиссовали. В последующем он был неоднократно госпитализирован в эндокринологическое отделение по поводу кетоацидоза на фоне злоупотребления алкоголем. С 13.04 по 6.05.2001 г. Д. находился на стационарном лечении в многопрофильной больнице с диагнозом “Сахарный диабет 1 типа тяжелой степени с частыми кетоацидозами в анамнезе, декомпенсированный. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей”.

После службы в армии Д. с женой не проживал, жил в доме родителей. Работал мебельщиком, стекольщиком и строительным рабочим в частных предприятиях. Часто менял места работы из-за конфликтов в коллективе, специальности осваивал на рабочем месте. В 2004 г. привлекался к уголовной ответственности за угон автомобиля, однако уголовное дело было прекращено.

С 13.06.2004 г. Д. был госпитализирован в областную больницу, где находился по 6.07.2004 г. с диагнозом “Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением правого полушария, острой эпидуральной гематомой. Перелом костей и основания черепа. Сахарный диабет I типа II ст. субкомпенсированный. Ушибы и осаднения мягких тканей головы”. После стационарного лечения за медицинской помощью по поводу перенесенной травмы головы не обращался.

С 18 по 21.02.2005 г. Д. находился на лечении в психиатрической больнице, куда был доставлен бригадой скорой психиатрической помощи в связи с агрессивным поведением дома (в состоянии алкогольного опьянения оскорблял родителей). В психическом состоянии отмечено, что Д. был в сознании, ориентирован правильно. Фон настроения несколько снижен. Рассказывал, что “вчера выпил немного с друзьями, а родители хотели заставить отказаться от родительских прав, вот и психанул, кинул пачку молока о стенку”. Не старался приуменьшить размер алкоголизации и неправильное поведение дома. В от-

делении был спокоен, поведение упорядоченное. Отмечено, что эмоционально был адекватен ситуации. Мышление несколько замедленное, обстоятельное. Обманов восприятия не выявлял, бредовых идей не высказывал. Лечащим врачом было отмечено отсутствие у него асоциальных и суицидальных тенденций. С диагнозом “Ситуационно обусловленная реакция в состоянии алкогольного опьянения” был выписан в удовлетворительном состоянии по настоятельной просьбе матери.

Последнее место работы – оператор птицеводства на птицефабрике. Со слов Д., он уволился в январе 2012 г. “по состоянию здоровья”, так как из-за сильных головных болей и непереносимости духоты более не мог находиться на рабочем месте. После этого нигде не работал, с дочерью поддерживал формальные отношения, созванивался по телефону, виделся по праздникам. Из показаний соседки по подъезду известно, что Д. часто выпивал и поэтому попадал в больницу, к нему постоянно приходили гости. По месту жительства он характеризовался как склонный к злоупотреблению алкоголем, допускающий проживание в своей квартире посторонних лиц. Привлекался к административной ответственности. На учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах Д. не состоял.

09.02.2012 г. в период с 00:00 до 7:00, находясь в состоянии алкогольного опьянения в своей квартире, в ходе ссоры со знакомым нанес ему не менее одного удара стеклянной бутылкой по голове, затем в прихожей достал дрель со шнуром, которым обвязал шею потерпевшего и стал затягивать, пока не наступила смерть. Во время удушения Д. наносил множественные удары неустановленным предметом в область головы и туловища потерпевшего, а также нанес один удар ручкой столовой ложки в область глаза, воткнув ее в глаз. Далее он лег рядом с трупом и заснул.

Из показаний соседа известно, что Д. злоупотреблял алкоголем. Из показаний свидетеля, находившегося в ночь на 09.02.2012 г. в квартире Д., известно, что вечером 08.02.2012 г. они вдвоем (с потерпевшим) распивали спиртные напитки. Свидетель выпил 3–4 стопки водки и ушел спать в другую комнату. Проснувшись утром около 7:00, он вошел в комнату, где оставались Д. и потерпевший. На кровати он увидел потерпевшего с проломленной головой, а рядом с ним около стены

спал Д. На его вопросы Д. не отвечал, только сказал, что это труп потерпевшего. На предложение вызвать полицию Д. ответил, что тогда в комнате “будет не один, а два трупа”. Также Д. сказал, что от трупа надо избавиться, так как он “не хочет садиться в тюрьму”. Свидетель предложил избавиться от трупа вечером, так как утром все идут на работу. Д. согласился, при этом предложил еще выпить.

Из показаний сотрудников полиции, прибывших на место происшествия, известно, что когда они прибыли в квартиру, дверь им открыл Д. При опросе он ничего пояснить не мог, ссылаясь на сильное алкогольное опьянение, когда ложился спать. На допросах Д. сообщал, что 08.02.2012 г. около 20:00 к нему домой пришли двое знакомых. Вместе они стали употреблять спиртное, общаться на различные темы. Около полуночи Д. почувствовал, что у него “снижается глюкоза в крови”. Затем его начало трясти, и он ударил правым кулаком в лицо потерпевшему. После того как нанес удар кулаком, он взял рядом стоящую бутылку и нанес ею удар по голове потерпевшему, затем прошел в прихожую, взял там дрель, вернулся обратно, обвязал шнуром его шею и начал душить. 27.02.2012 г. Д. проведена наркологическая экспертиза, по заключению которой “Д. страдает хроническим алкоголизмом, нуждается в принудительном лечении”.

В июне 2012 г. Д. была проведена стационарная комплексная психолого-психиатрическая судебная экспертиза в ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России. При обследовании неврологом выявлена “умеренная диффузная резидуальная неврологическая симптоматика сложного генеза (травматического, токсического, диабетического)”. В психическом состоянии отмечалось, что Д. был ориентирован всесторонне правильно. Понимал цель нахождения на экспертизе. Настроение было ситуационно снижено, фиксирован на сложившейся ситуации. Мимические реакции не выражены, адекватны ситуации. Контакт был доступен, на вопросы отвечал по существу. Предъявлял жалобы на частые головные боли, головокружения, непереносимость духоты. Жалоб на психическое состояние не предъявлял, считал себя психически здоровым. Анамнестические сведения сообщал последовательно. На негативно характеризующих его фактах внимание не акцентировал, старался говорить об этом вскользь. Себя

характеризовал как уравновешенного, спокойного человека. Сообщал, что после постановки диагноза “сахарный диабет” регулярно принимал лечение, “измерял сахар крови”. Утверждал, что чувствовал снижение сахара, при этом его бросало в дрожь, проступал пот. Говорил, что при таких состояниях неоднократно терял сознание, если не успевал съесть сладкое. Максимально находился без сознания не более 30 минут. Не отрицал злоупотребление алкоголем, но не считал это психическим расстройством. Отмечал амнестические формы опьянения. Был обеспокоен сложившейся судебной ситуацией. Сообщал, что после откупоривания второй бутылки он выпил пару стопок водки и почувствовал себя плохо: “мутное состояние”. С целью улучшения самочувствия начал есть. О дальнейших событиях не сообщал, ссылаясь на забывчивость. Утверждал, что помнит, как его разбудил свидетель, который спросил: “Где Мишка?”. Рассказывает, что, проснувшись, чувствовал себя “как с похмелья”, понял, что рядом с ним кто-то лежит. Почувствовал, что голова мокрая, увидел, что руки в крови. При этом сильно испугался. Говорил, что было противно, испытывал отвращение.

В экспертном стационаре поведение было Д. упорядоченным, общался с другими подэкспертными, с медицинским персоналом был вежлив, корректен. Мышление конкретного типа, суждения несколько облегченные. Круг интересов был ограничен бытовыми потребностями. Эмоциональные реакции лабильны, интеллектуально-мнестические способности сохранены. Обманов восприятия, бредовых идей не отмечалось. Критика к инкриминируемому деянию и своему состоянию была нарушена.

При экспериментально-психологическом обследовании на фоне несколько замедленного темпа умственной деятельности у Д. обнаруживался невысокий, но в целом достаточный интеллектуальный уровень. Ассоциативные образы в большинстве своем были конкретны. Темп умственной деятельности невысокий, отмечались трудности быстрого переключения внимания, некоторая ригидность мыслительных процессов, к концу исследования – признаки утомляемости. Выявлялась чувствительность к микросредовым воздействиям, сензитивность в отношении собственной личности, обидчивость, фиксация на отрицательно окрашенных событиях и переживаниях в

сочетании со вспыльчивостью, раздражительностью, легкостью возникновения агрессивных вспышек. Выявлялась слабая дифференцированность способов разрешения проблемных ситуаций при склонности к непосредственному отреагированию отрицательных эмоций с преобладанием внешнеобвиняющих тенденций, готовностью к деструктивным вариантам взаимодействия, оппозиционностью.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что Д. страдает “Органическим эмоционально-лабильным расстройством в связи со смешанными заболеваниями” (F06.68, по МКБ-10). В период совершения инкриминируемого ему деяния у Д. на фоне злоупотребления алкоголем и сахарного диабета с гипогликемическим состоянием развилось временное психическое расстройство в форме “Органического психотического расстройства в связи со смешанными заболеваниями” (F06.818, по МКБ-10). В период инкриминируемого ему деяния Д. не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По мнению экспертов, по своему психическому состоянию в связи с наличием органической и эндокринной патологии, которая не исключает возможности повторения подобных состояний, а следовательно, связана с возможностью причинения им иного существенного вреда либо с опасностью для себя и других лиц, отсутствием критического отношения к своему болезненному состоянию в период правонарушения, Д. нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа.

Анализируя данный клинический случай, можно сделать вывод, что у Д. с отягощенной алкоголизмом наследственностью с детского возраста отмечалась неуживчивость в школьном коллективе при сохранности интеллектуально-мнестических способностей (окончил общеобразовательную школу и получил среднее профессиональное образование). Несмотря на то, что у Д. наблюдалась хорошая социальная адаптация в юношеском периоде (женился, устроился на работу), его личностные особенности в виде вспыльчивости и неспособности идти на компромисс отражались на семейной жизни и взаимоотношениях в трудовом коллективе, обусловили на-

рушение социального функционирования с постоянными сменами мест трудоустройства.

Выявленный у Д. с 2001 г. сахарный диабет с тяжелыми дисметаболическими изменениями, а также перенесенная черепно-мозговая травма привели к развитию психоорганической симптоматики, усугубили имевшиеся личностные особенности, способствовали формированию психопатоподобного поведения со вспыльчивостью, раздражительностью, агрессивностью, которая имела тенденцию к обострению на фоне злоупотребления алкоголем.

Нарастающая церебрастеническая симптоматика, выраженные нарушения поведения с зависимостью от алкоголя явились решающим фактором семейной дезадаптации (развод с женой, постоянные конфликты с родителями) и личностной деградации, обусловили значительные нарушения социального функционирования (жалобы соседей на асоциальное поведение, пребывание Д. в кругу лиц, страдающих алкогольной зависимостью).

В период правонарушения на сформировавшейся органически неполноценной почве, в кругу социально неблагополучных лиц, на фоне злоупотребления алкогольными напитками при наличии гипогликемического состояния у Д. развилось временное психическое расстройство в форме “Органического психотического расстройства в связи со смешанными заболеваниями”. Данное болезненное состояние сопровождалось нарушением восприятия окружающего, резким психомоторным возбуждением с немотивированными хаотическими агрессивными действиями, последующими терминальной астенией и амнезией обстоятельств с ощущением чуждости содеянного и лишало Д. способности понимать характер и значение своих действий и руководить ими.

Имевшееся у Д. вне данного психотического состояния органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи со смешанными заболеваниями выражается

в ригидности мышления, облегченности суждений и оценок, лабильности эмоциональных реакций в виде раздражительности, вспыльчивости, обидчивости, склонности к внешнеобвиняющим тенденциям с нарушением поведения, критических и прогностических способностей. Данные клинические проявления в совокупности с социальной дезадаптацией и злоупотреблением алкогольными напитками определяют сохраняющуюся общественную опасность Д., высокий риск рецидива опасного поведения. Принудительное лечение больного в психиатрическом стационаре должно быть комплексным и включать, наряду с психофармакотерапией, психотерапию и психологическую коррекцию, направленные на редукцию эмоциональных и поведенческих нарушений, повышение волевого и интеллектуального самоконтроля, отказ от употребления алкоголя, выработку социально приемлемых форм поведения и социальную адаптацию.

Своевременная и объективная оценка риска потенциальной общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, и комплекса факторов, ее обуславливающих, является важной предпосылкой эффективного предупреждения совершения ООД. Результаты этой оценки определяют тактику лечебно-реабилитационной работы; необходимость применения в отношении больного специальных мер профилактики, в том числе взаимодействия с органами полиции по вопросам обеспечения контроля за его поведением, проведения недобровольного освидетельствования и госпитализации.

Во всех случаях профилактическая работа должна проводиться индивидуально с учетом конкретных клинических, личностных и социальных особенностей больного. Лечебные меры необходимо строить по трем основным направлениям: медикаментозная терапия, психотерапевтическая, коррекционно-воспитательная реабилитационная работа, направленная на выработку у больного положительного социального стереотипа и расширение

его адаптационных возможностей; создание щадящих условий, соответствующих сниженным адаптационным возможностям пациента. При этом необходимо обеспечить определенную этапность и преемственность между различными звеньями психиатрической службы.

В зависимости от индивидуальных особенностей больного и характера его общественной опасности должен решаться вопрос о необходимости применения специальных мер профилактики, в том числе – о совместном наблюдении за такими пациентами участковых психиатров и правоохранительных органов.

Больной О., 1991 г.р., воспитывался в неблагополучной семье, оба родителя злоупотребляли алкогольными напитками. Отец отбывал наказание в местах лишения свободы, умер в 2001 г. (был убит), мать лишена родительских прав, умерла в 2003 г. В раннем возрасте О. перенес ветряную оспу, бронхит, часто болел простудными заболеваниями. С 8 лет он был определен в детский дом. По характеру О. формировался вспыльчивым, мстительным, злопамятным, конфликтовал с окружающими, дрался. С 2001 г. он находился в реабилитационном центре, где во время осмотров психоневрологом у него отмечались низкий интеллект, конкретность мышления, облегченность суждений, бедность словарного запаса, низкий уровень школьных знаний, эмоциональная неустойчивость, примитивность, был поставлен диагноз: “Легкая умственная отсталость с выраженными нарушениями поведения”.

В дальнейшем О. обучался в школе по общеобразовательной программе, однако интереса к учебе он не проявлял, был невнимателен, неусидчив, часто прогуливал занятия, убегал с уроков, бродяжничал. В связи с нарушениями поведения в 2003 г. находился на стационарном лечении в психиатрическом стационаре. В дальнейшем он был переведен в коррекционную школу-интернат, где проявил себя с отрицательной стороны, постоянно сбегал, грабил детей, вдыхал пары клея “Момент”, ночевал на свалках, в подъездах, коллекторных колодцах, попрошайничал. Был конфликтным, стремился к лидерству среди сверстников, часто ввязывался в драки. Школьную программу не усваивал. Был оставлен на повторный год обучения в 4-ом классе и поставлен на учет в ПНД.

05.07.2005 г. О. совершил кражу микроволновой печи. В связи с постоянными нарушениями режима, побегами из интерната, кражами, асоциальным поведением он был госпитализирован в подростковое отделение психиатрической больницы. В психическом состоянии отмечалось, что О. был примитивен, интереса к учебе не проявлял. Психически больным себя не считал. Мимика была недифференцированная. К беседе он проявлял сугубо игровой интерес. Речевая продукция была примитивна. Жестикуляция по-детски непоследовательная. Речь бедная. Мышление конкретное, память ослаблена. Суждения примитивные, поверхностные. Скрытый смысл пословиц, поговорок не улавливал. Не мог выполнить простых арифметических действий. Память была ослаблена, внимание неустойчивое. Бреда, галлюцинаций не выявлялось. В ходе лечения оставался подвижным, многоречивым, скрытным, лживым, бестолковым, примитивным. Постоянно воровал сигареты у больных, из-за чего возникали драки, ссоры.

По факту кражи микроволновой печи было возбуждено уголовное дело. В рамках судебно-следственных мероприятий он был амбулаторно освидетельствован в Тульской областной психиатрической больнице. В тот период в его психическом состоянии отмечалось: ориентирован был верно, однако цель экспертизы сформулировать не мог, психически больным себя не считал. На вопросы отвечал односложно. Бравировал тем, что вдыхает пары клея, не видел в этом ничего плохого. Говорил, что в интернате жить не хочет, так как там “не наливают”. Вину признавал, при этом исходом уголовного дела обеспокоен не был. Мышление конкретное, кругозор узкий, запас знаний мал, суждения легковесные, примитивные. Эмоциональные реакции незрелые, волевые способности отсутствовали. Критика нарушена. Было дано заключение: О. страдает легкой умственной отсталостью с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, что лишало его в период инкриминируемого ему деяния способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Было рекомендовано направление на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

Постановлением районного суда г. Тулы О. был освобожден от уголовной ответственности и направлен на принудительное

лечение, которое он проходил в Тульской областной психиатрической больнице. При поступлении правильно называл свои паспортные данные, текущую дату не знал. В беседу вступал формально. Мимика была бедная. На большинство вопросов отвечал “не знаю”. По поводу правонарушения рассказал, что ночью шел мимо дома, увидел открытую форточку на 1-ом этаже, влез, украл микроволновую печь, продал, деньги потратил на водку. Сожалений не высказывал. Цинично заявлял, что “украл потому, что деньги нужны были. Если надо, опять украду”. Мышление было конкретное. Суждения наивные, примитивные. Интеллект, память – низкие, кругозор узкий. Не знал переносный смысл простых пословиц и поговорок, не мог выполнить элементарных арифметических действий. Эмоционально был примитивен, тускл, монотонен. Бредовых идей не высказывал, обманы восприятий отрицал, внешне не обнаруживал. В первые дни пребывания в отделении был суетлив, двигательльно расторможен, общался с психопатизированными больными, близкими по возрасту, постоянно совершал мелкие нарушения режима отделения. В ответ на замечания лгал, изворачивался, примитивно оправдывался. В процессе лечения оставался двигательльно расторможенным, подчиняемым. Был навязчив к больным с услугами сексуального характера в обмен на продукты и сигареты. В бытовых вопросах ориентирован крайне слабо. Настроение было приподнятое. Критики к болезни, своему поведению не было. Больному проводилось медицинское освидетельствование и, в связи с неустойчивым психическим состоянием, курс принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа продлевался. В процессе лечения стал спокойным, упорядоченным. На протяжении длительного времени нарушений режима отделения, агрессивных тенденций не отмечалось, участвовал в трудотерапии. С окружающими был общителен, вежлив. Настроение стабильное, ровное. Оставался эмоционально примитивным, отмечался низкий интеллект. В процессе принудительного лечения появилась формальная критика к правонарушению, высказывал сожаление о краже. Утверждал, что воровать больше не будет, намерен проживать в школе-интернате, продолжать учебу. Больного регулярно навещали сотрудники школы-интерната, с ними поддерживал доброжелательные отношения. 20.03.2007 г. суд изменил в отношении

О. принудительное лечение в стационаре специализированного типа на принудительное лечение в стационаре общего типа.

За период пребывания в общем психиатрическом отделении психиатрического стационара больной был ориентирован в полном объеме. Держался без чувства дистанции. Мышление было обстоятельное, малопродуктивное, конкретное, суждения – непоследовательные. Отмечались эмоциональная лабильность, неустойчивость. Настроение было повышено. Интеллектуальные, мнестические способности снижены, внимание рассеянное. Был двигательно расторможен, навязчив с нелепыми жалобами и просьбами, неряшлив, бездеятелен. Критические способности к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации, а также прогностические способности были нарушены. О содеянном не сожалел, старался примитивно оправдать себя. Был лжив, угодлив, бездеятелен, неопрятен. От психокоррекционной работы старался уклониться. Реальных планов на будущее не было. К сложившейся юридической ситуации относился легковесно, ориентировался в ней недостаточно. Часто конфликтовал с больными по незначительному поводу, волевой контроль был снижен. 17.05.2008 г. пытался совершить побег из отделения, мотивы поступка не объяснял. По ходатайству врачей О. был вновь переведен на ПЛ в стационар специализированного типа.

При поступлении отмечалось: ориентирован верно, настроение снижено, недоволен переводом в специализированное отделение. Мышление было замедленное, вязкое, обстоятельное. Интеллект низкий. Абстрактные понятия недоступны. Упрям, эмоционально лабилен, расторможен, дурашлив. Своей судьбой не обеспокоен. Факт кражи не отрицал, объясняя это тем, что “нужны были деньги”. В отделении был дурашлив, беспечен, круг интересов крайне ограничен. Режим отделения не нарушал. Пассивно участвовал в трудовой терапии. В процессе лечения исчезли дурашливость, расторможенность, эмоциональная лабильность, беспечность, включился в трудовые процессы и психокоррекционную работу. На протяжении длительного времени был спокоен, упорядочен, исполнитель. Режим отделения не нарушал, лечение принимал добровольно, но оставался несколько вялым, пассивным. Критика к болезни и правонарушению была формальная. В 2009 г. проводилось медицинское освидетельствование комиссией врачей-

психиатров. Дано заключение: “Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения. Становление социальной компенсации”.

О. вновь был переведен на лечение в стационар общего типа. В отделении поведение носило упорядоченный характер. Настроение было ровным. Нарушений режима, агрессии не отмечалось. Добровольно участвовал в трудотерапии, лечении, избегал конфликтных ситуаций, критически относился к правонарушению, строил реальные планы на будущее. В сентябре 2009 г. был представлен на медицинское освидетельствование комиссией врачей-психиатров. Поставлен прежний диагноз, был признан не представляющим социальной опасности и в дальнейшем в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа не нуждающимся. В ноябре 2009 г. по решению суда стационарное ПЛ прекращено, пациент был выписан.

Однако через 4 дня после выписки О. совершил угон автомобиля без цели хищения, был вновь привлечен к уголовной ответственности. Находясь под стражей, обратился за психиатрической помощью. С 03.12.2009 г. он находился на лечении в психиатрической больнице. При обследовании держался без дистанции, подробно рассказывал о злоупотреблении алкоголем, уgone автомобиля, бравировал совершенным правонарушением. Настроение было повышенным. Отмечено, что мышление конкретного типа, замедлено по темпу, словарный запас беден. Интеллект низкий, абстрактные понятия недоступны. Был беспечен, круг интересов ограничен, критика снижена.

В ходе следствия 28.12.2009 г. О. прошел амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. При обследовании держался без должного чувства дистанции, сидел развалившись на стуле. Был расторможен, дурашлив, жалоб не предъявлял. Себя считал психически здоровым человеком. Ориентирован был верно. На вопросы отвечал неохотно, после паузы, кратко, односложно, чаще – “не помню”, “не знаю”. Анамнестические сведения сообщал по наводящим вопросам, сумбурно, непоследовательно. В беседе по инкриминируемому ему деянию с улыбкой сообщал, что увидел припаркованный автомобиль и “украл его, чтобы доехать до бабушки”. Сложившейся судебно-следственной ситуацией озабочен не был. Формально

признавал свою вину, сожаления о содеянном не испытывал. Мышление было инертное, конкретное. Доступны лишь простые обобщения понятий, разграничивал понятия по сугубо конкретным признакам. Объяснить переносный смысл пословиц и метафор не мог, трактовал их конкретно или отказывался от трактовки. Уровень знаний был низкий. Простые задачи в два действия решал с трудом, после длительных разъяснений и повторений. Ошибался при подсчете небольших денежных сумм. Читал по слогам. Память была без грубых нарушений, интеллект снижен. Эмоционально неустойчив, раздражителен. Волевые побуждения были нарушены в сторону расторможенности. Внимание рассеянное, легко отвлекаем. К концу беседы становился неусидчивым, ерзал на стуле, порывался покинуть кабинет. Бредовых идей не высказывал, расстройств восприятия в поведении не обнаруживал. Критические и прогностические способности были грубо снижены. Комиссия пришла к заключению, что О. страдает “Умственной отсталостью легкой степени”, при совершении правонарушения не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, рекомендовалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Постановлением суда О. был вновь освобожден от уголовной ответственности и направлен на принудительное лечение. 12.03.2010 г. он был переведен в отделение принудительного лечения. Лечение принимал добровольно, режим не нарушал, агрессии не проявлял. Помогал персоналу. Отмечено, что интеллект был низкий, запас знаний мал. Эмоционально тускл, монотонен. Волевые побуждения снижены. Критически относился к своему состоянию и совершенному деянию. Был выписан из стационара 23.07.2013 г. с диагнозом “Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения. Состояние социальной компенсации”. С 2013 г. О. находился на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении в ПНД, при посещении диспансера жалоб не предъявлял, настроение было ровное. В августе 2014 г. амбулаторное принудительное лечение было прекращено, переведен в группу активного диспансерного наблюдения. Дважды являлся на прием в ПНД самостоятельно, сообщал, что после лечения проживал в Тульской области, официально трудоустроен не был. Своего жилья не имел, жил у знакомого. В дальнейшем на

просьбу из психоневрологического диспансера посетить ПНД не отзывался, к психиатрам не обращался. Известно, что О. неоднократно привлекался к административной ответственности за распитие алкоголя в общественных местах, за мелкое хулиганство. На учете в НД не состоял.

26.10.2015 г. О. совместно с И. нанес несколько ударов руками и ногами в область головы и туловища гражданину Л. Также О. обвинялся в совершении ряда краж на территории Тульской области в период с 20.11 по 09.12.2015 г. С 27.10.2015 г. потерпевший Л. находился на стационарном лечении с диагнозом “Сочетанная травма, ЗЧМТ. Перелом костей черепа, эпидуральная гематома, ушиб головного мозга. Закрытая травма грудной клетки с повреждением легкого. Пневмоторакс. Перелом локтевой кости слева”. В своем объяснении О. отмечал, что инициатором избиения был И., так как ему не понравилось, что потерпевший не умел воровать. Добавил, что когда увидел, как И. избивает потерпевшего, присоединился к нему, не контролировал себя. О. также написал явки с повинной, в которых сообщал, что совместно с И. совершил ряд краж в дачных поселках.

21.12.2015 г. О. была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. В психическом состоянии отмечалось, что подэкспертный знал, где и с какой целью находится. Внешне был спокоен, однако проскальзывали нотки раздражительности, несдержанности. Словарный запас был достаточный. В беседе был склонен к рассуждательству, витиеватости: “Может, умственная отсталость она и присутствует, но по одной умственной отсталости судить человека нельзя”. Продуктивному контакту был доступен. На вопросы отвечал по существу, конкретно. Жалоб на здоровье не предъявлял. Считал, что психиатрическое лечение ему не нужно, поясняя: “Не хочется, чтобы слюни текли”. Анамнестические сведения сообщал в хронологической последовательности, но кратко. Не скрывал, что злоупотреблял алкоголем, запои доходили до 2 недель. Появилась потребность в опохмелении. Злоупотребление наркотическими или токсическими средствами, травмы головы, суицидальные мысли отрицал. В беседе обнаруживал низкий общеобразовательный уровень. Вину в правонарушении признавал, сведения излагал согласно своим показаниям в уголовном деле, на запамывание не ссылаясь. Подтверждал, что в

момент причинения тяжкого вреда здоровью Л. находился в состоянии алкогольного опьянения. Экспертные и диагностические вопросы решены не были, рекомендовано проведение стационарной СПЭ.

Была проведена СПЭ в психиатрическом стационаре Центра им. В.П. Сербского. Заключение невролога: “Резидуальные явления органического поражения ЦНС смешанного генеза. Рассеянная микросимптоматика”. Психическое состояние: под-экспертный ориентирован всесторонне верно, цель экспертизы понимает правильно, активно интересуется ее результатами, считает себя психически больным, просит направить его на лечение. Фон настроения неустойчивый, преимущественно повышенный. В беседе многословен, расторможен, улыбчив, дистанцию соблюдает не всегда, при этом старается держаться с достоинством. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу, несколько сумбурно, склонен к рассуждательству с использованием различных понятий и формулировок усложненного характера без достаточного понимания их содержания и значения. Речь дизартричная, односложная. Словарный запас бедный. Обнаруживает низкий запас общеобразовательных знаний, но в бытовых вопросах ориентирован достаточно. Обнаруживает трудности при устном счете, таблицу умножения не знает, скорость чтения и объем воспринимаемой информации низкие, смысл пословиц и поговорок понимает конкретно. Предъявляет жалобы на головные боли, “плохую память”. В беседе быстро истощается, становится невнимательным, отмечает, что ему трудно сосредоточиться, собраться, признается, что легко отвлекается. Анамнестические сведения сообщает кратко, после наводящих вопросов, уклончив при затрагивании отрицательно характеризующих фактов его биографии. Признается, что он вспыльчивый, раздражительный, при этом он “человек добрый” и “многие этим пользуются”. Так, первую судимость объясняет тем, что “попал в плохую компанию”, и его “подставили”. Сообщает, что в детстве, пока проживал в интернате, вдыхал пары клея, уверен, что его заболевание связано именно с этим – “полмозга атрофировалось”. Свои неоднократные госпитализации в психиатрические больницы объясняет “плохим поведением в детстве”. Уверяет, что с возрастом стал спокойнее, сдержаннее. Не отрицает, что в последние годы злоупотреблял спиртными напитками, пил ежедневно,

опохмелялся, отмечает амнестические формы опьянения. При этом говорит, что знал, что ему нельзя пить, “но сделать ничего не мог”. В состоянии алкогольного опьянения становится веселым, разговорчивым, “тянет на приключения”. С гордостью сообщает, что после лечения работал грузчиком, работа ему очень нравилась. Начинает рассуждать о том, что работа грузчиком очень интересная, развивает и физически и умственно. При этом признается, что заработную плату на руки ему не выдавали, так как он мог все потратить на спиртное. Вину в инкриминируемых ему деяниях не отрицает. Поясняет, что все кражи совершал в состоянии алкогольного опьянения. По поводу избиения Л. поясняет, что И. разозлился на мужчину и начал его избивать. Уверяет, что сначала пытался отговорить И., но тот и ему приказал бить потерпевшего. Поясняет, что начал наносить удары, чтобы “не упасть в грязь лицом” перед И., а также боялся, что он и его начнет бить. Активно интересуется результатами экспертизы, спрашивая у врачей, будут ли они “продлевать ему диагноз”. В отделении поведение в целом спокойное. Однако находится под влиянием пользующихся авторитетом подэкспертных. В один из дней вместе с другим подэкспертным стал требовать сигареты, при этом кричал, вел себя агрессивно, на замечания не реагировал. В присутствии сотрудников охраны, с удержанием сделана инъекция аминазина. После этого успокоился, сказал, что он “все понял”. В дальнейшем в поведении был спокоен, нарушений режима не допускал. Мышление конкретного типа. Суждения примитивные, поверхностные, облегченные. Интеллект низкий. Амнестические функции снижены. Эмоциональные реакции неустойчивые, склонен к импульсивным, малообдуманным поступкам, внешнеобвиняющим высказываниям. Обманы восприятия, бредовые идеи не выявляются. Критика к своему состоянию и сложившейся судебной-следственной ситуации нарушена.

При экспериментально-психологическом исследовании на фоне ограниченности и несистематизированности имеющихся у обследуемого общеобразовательных знаний выявляется его невысокий интеллектуальный уровень с доступностью оперирования часто употребительными категориями и проведением основных мыслительных операций с преимущественной опорой на функциональные и значимые конкретные

признаки объектов. Выступает свойственная ему склонность к рассуждательству с использованием различных понятий и формулировок усложненного характера без достаточного понимания их содержания и значения. Мнестические возможности с тенденцией к снижению, отмечаются неусидчивость обследуемого, его склонность к продуцированию поверхностных и малопродуманных решений при недостаточной сформированности навыков самостоятельного анализа материала и критической оценки своих решений. В личностной сфере выступают характерные для обследуемого поверхностность и облегченность суждений и оценок, несформированность морально-этических ориентиров и преобладание ситуационной мотивации, формальное и избирательное усвоение социальных норм и легкость их нарушения в реальном поведении с его низким социальным контролем в целом. Отмечаются эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность и склонность к непосредственному отреагированию негативных переживаний при сниженном чувстве вины и ответственности за последствия своих действий.

Комиссия судебных психиатров-экспертов пришла к заключению, что у О. обнаруживается умственная отсталость легкой степени (F70.88, по МКБ-10). С учетом имеющихся расстройств в эмоционально-волевой (аффективная неустойчивость, нарушения волевого контроля поведения, импульсивность) и когнитивных (примитивность, конкретность мышления, слабость предпосылок интеллекта, сниженная память) сферах О., как представляющий опасность для себя и других лиц, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

Цель представленного клинического наблюдения – описать формирование общественно опасного поведения у лица с умственной отсталостью, находящегося в социально неблагоприятных условиях. Больной родился в неблагополучной семье, родители злоупотребляли алкоголем, что обусловило его воспитание в условиях безнадзорности. В детском доме-интернате у него на фоне интеллектуально-мнестической недостаточности и выраженных эмоционально-волевых расстройств в виде

конфликтности, агрессивности, раздражительности наряду с легким усвоением асоциальных форм поведения и расторможенностью влечений (побеги, бродяжничество, совершение краж, употребление алкогольных напитков и других психоактивных веществ) наблюдались постоянные нарушения режима.

Отсутствие должного контроля со стороны взрослых в детском и подростковом периоде, неблагоприятное микро-социальное окружение оказали значительное влияние на формирование личности О. и наряду с интеллектуальным недоразвитием сыграли решающую роль в генезе его общественно опасного поведения.

Наличие у больного эмоциональной бесконтрольности, психопатоподобных нарушений на фоне интеллектуальной недостаточности обуславливало необходимость применения в отношении него принудительных мер медицинского характера в медицинских организациях специализированного типа. Как известно, лечение лиц с умственной отсталостью не может уменьшить глубину интеллектуального дефекта, однако должно быть направлено на компенсацию ряда сопутствующих расстройств, способствующих совершению ООД. В описанном случае психическое состояние О. в условиях психиатрического стационара в первое время оставалось без существенных изменений. Наряду с низким уровнем памяти и интеллекта, характерными нарушениями мышления (конкретность), примитивностью и облегченностью суждений он оставался двигательно расторможенным, эмоционально неустойчивым, некритичным к своему поведению. Однако со временем, в условиях активной психофармакотерапии и отсутствия внешних обстоятельств, провоцирующих общественно опасное поведение, он включался в трудовые процессы и психокоррекционную работу, не нарушал режим стационара, что служило поводом изменения вида принудительных мер медицинского характера.

Однако после прекращения принудительного лечения, в том числе и амбулаторного, О. оказывался в условиях

социальной дезадаптации, что проявлялось отсутствием у него постоянного места работы, соответственно, он был материально не обеспечен, а в последнее время также не имел жилья (проживал у знакомого), что сочеталось со злоупотреблением алкогольными напитками. Указанные факторы, при наличии у лица с умственной отсталостью слабого уровня самоконтроля и регуляции поведения, зависимости от алкоголя, определили его подверженность влиянию со стороны асоциального окружения, высокий риск общественной опасности. Отказ от посещения участкового психиатра в рамках активного диспансерного наблюдения, отсутствие приема поддерживающей терапии также являлись факторами риска повторного совершения ООД.

Клиническое наблюдение подчеркивает важность влияния социальных факторов на степень общественной опасности психически больных. Мероприятия по предотвращению ООД в этих случаях должны быть направлены на устранение провоцирующих воздействий, что может быть достигнуто наличием адекватной психофармакотерапии и психокоррекционных мероприятий, принципом ступенчатости в отмене принудительного лечения, с последовательным и обоснованным переводом пациентов в группу активного диспансерного наблюдения. Значимым условием эффективности профилактических мероприятий является межведомственное взаимодействие психиатрической службы с органами социальной защиты по решению вопросов социальной помощи и поддержки таких лиц, а также с органами полиции по контролю за их состоянием, предупреждению общественно опасного поведения.

### **Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение понятия “общественно опасное действие психически больного”. В чем отличие ООД от преступлений психически здоровых лиц?
2. Каково социальное значение проблемы общественной опасности психически больных лиц и роль психиатрической службы в ее профилактике?
3. Какие специалисты психиатрической службы занимаются оценкой риска общественной опасности психически больных? Какова нормативно-правовая регламентация этой деятельности?
4. Что включает в себя понятие “общественная опасность психически больного”?
5. Назовите основные научные концепции, определяющие общественно опасное поведение психически больных, дайте их характеристику.
6. Что такое “психопатологический механизм ООД”?
7. Какие группы психопатологических механизмов ООД Вам известны и в чем их отличие?
8. Дайте нозологическую и синдромальную характеристику общественно опасного поведения психически больных.
9. Назовите клинико-психопатологические факторы риска общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами.
10. Какие расстройства психотического уровня способствуют совершению ООД?
11. Дайте характеристику негативных изменений личности, значимых в формировании общественной опасности психически больных.
12. Какие преморбидные особенности личности больного способствуют совершению ООД?
13. Назовите макро- и микросоциальные факторы риска общественной опасности психически больных.

## **Глава 2**

### **ОЦЕНКА РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

В настоящее время проблема оценки риска агрессивного поведения, насилия со стороны личности достаточно актуальна. По данным целого ряда исследователей, насилие является частой причиной гибели лиц трудоспособного возраста. Это серьезный фактор растущего беспокойства общества в связи с увеличением количества насильственных действий в различных странах мира. Ее решение – важная составляющая деятельности различных медицинских, правоохранительных и социальных учреждений и служб.

Прогностический аспект совершения общественно опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами, относится к наиболее актуальным, социально значимым и нерешенным проблемам психиатрии. В последние годы средства массовой информации неоднократно широко освещали резонансные правонарушения, участниками которых были лица, состоящие под наблюдением в психиатрической службе.

Результаты многолетнего мониторинга данных государственной статистической отчетности свидетельствуют о наличии значительных территориальных различий в определении риска опасного поведения психически больных, что оказывает существенное влияние на эффективность профилактической работы. К примеру, численность группы активного диспансерного наблюдения, длительность пребывания на принудительном лечении, показатели повторности совершения опасных действий в ряде регионов страны в разы отличаются от среднероссийского показателя.

Это определяет необходимость повышения качества оценки потенциальной общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами.

Анализ научно-исследовательских работ по изучению факторов риска и возможности прогнозирования опасного поведения психически больных свидетельствует о том, что в настоящее время у специалистов отечественной и зарубежной практики отсутствует единая методология проведения оценки риска потенциальной опасности, позволяющая гарантировать точность прогноза.

По существу, в настоящее время нет четкого понимания ведущего предиктора опасных действий психически больных: психическое расстройство, личность или условия жизнедеятельности? Возможно, ответ на данный вопрос лежит в плоскости ситуационного анализа: в зависимости от ситуации меняется значимость этих групп факторов в генезе общественной опасности. И это во многом определяет сложность решения проблемы оценки риска опасного поведения, так как, несмотря на возможность определения основного паттерна поведения конкретной личности, многообразие ситуаций, в которых может оказаться больной, и вариабельность ответа на них его психики, значительно затрудняет точность прогноза относительно потенциального риска совершения ООД.

Оценка риска совершения ООД представляет значительные трудности, поэтому ее разработкой занимаются специалисты многих стран. Критериями такой оценки являются факторы риска опасного поведения. Знание этих критериев важно для медицинских работников, чья деятельность связана с определением потенциальной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами.

## **2.1. Принципы и инструменты оценки риска насилия в зарубежной психиатрии\***

На протяжении многих лет в зарубежной литературе обсуждается проблема раннего выявления признаков,

---

\* При подготовке раздела использованы материалы публикаций С.В. Полубинской (2008–2016 гг.), О.А. Макушкиной и соавт. (2014–2016 гг.), моногр. Макушкиной О.А., Котова В.П., Мальцевой М.М. и др. Профилактика опасных действий психически больных в амбулаторных условиях.– М., 2016.– 279с.

позволяющих предвидеть возможность совершения больным общественно опасных действий. Один из первых наборов таких параметров был опубликован в США. В период с 1945 и до 70-х гг. для определения характеристики потенциального правонарушителя были проанализированы обширные массивы данных. В полученных результатах оказался большой разброс критериев – от 3 (ночное недержание мочи, истязание животных и поджоги) до более 80 пунктов.

Отвечая на практические запросы, ранние американские исследования касались прогноза насилия, направленного на окружающих, и проводились во всех группах психиатрических пациентов, госпитализированных без их согласия. По оценкам специалистов, худшими с точки зрения прогноза в этих исследованиях оказывались клинические факторы, например, диагноз психического расстройства, а лучшими – социально-демографические (пол, возраст и т.д.) и случаи применения насилия в прошлом.

Описаны различные подходы для выработки прогноза потенциальной опасности. *Интуитивный подход.* Им пользуются судьи, которые на основании своих общих теоретических познаний и субъективного опыта должны решить, какое наказание или освобождение от него представляется оправданным или имеющим смысл в зависимости от деликта и личности правонарушителя.

*Статистический подход.* Он основан на эмпирических исследованиях, которые выявляют такие факторы, которые статистически коррелируют с совершением правонарушения или рассматриваются экспертами как индикаторы рецидивности.

*Клинический подход.* На основании тщательного анамнестического исследования больного, включая анамнез заболевания и делинквентности, проводится экстраполяция из прошлого через настоящую ситуацию в будущее.

Судебные психиатры предпочтение отдавали так называемому клиническому криминальному прогнозу,

который ставит во главу угла индивидуальный прогностический опыт и как можно более тщательное обследование.

Начиная с 70-х гг. способность психиатров оценивать потенциальную общественную опасность психически больных критически пересматривалась. По результатам проведенных катamnестических исследований указывалось, что при формулировании прогноза психиатры в три раза чаще ошибались, чем оказывались правы. Были предприняты исследования, направленные на определение связи между насилием и психическим заболеванием.

Зарубежными исследователями накоплен большой материал относительно определения статистически значимых факторов риска опасных действий психически больных. К ним относят: гендерную принадлежность, молодой возраст, проблемы формирования личности в детском возрасте, виктимизацию, наличие личностного расстройства, опыта участия в насильственных действиях, отсутствие жилья, сексуальную активность, молодой возраст проявления криминального поведения, социальную и экономическую дезадаптацию, низкий образовательный уровень, а также неблагоприятное социальное окружение и место проживания, создание вокруг личности, имеющей психическое расстройство, негативной обстановки, в том числе вследствие переоценки опасности для общества и пр. Высказывается мнение о том, что несоблюдение режима лечения и употребление психоактивных веществ представляют собой главные причины общественной опасности больных. Признанным фактором риска опасного поведения считается патологический склад личности.

Факторы риска общественной опасности исследователи систематизируют по основаниям, связанным как с клинико-психопатологическими особенностями заболевания, личностью больных, так и с социальными, географическими и иными условиями их жизнедеятельности.

По мнению J. Monahan (1984), наилучшими предикторами проявления насилия у психически больных являются те же демографические факторы, что и в группе психически здоровых преступников; один из самых слабых факторов риска – диагноз. Данную точку зрения разделяли J. Bonta, K. Hanson, M. Law (1997), указывая, что более важными критериями для предсказания риска опасного поведения, по сравнению с нозологической принадлежностью, являются такие факторы, как совершение актов насилия в прошлом, алкоголизм или наркомания, семейные проблемы. Однако другие исследователи отмечали наличие связи между частотой насильственных преступлений и определенным психиатрическим диагнозом (Taylor P., 1982; Binder R. & McNeil D., 1988).

По результатам исследований, выделивших факторы риска насилия, были разработаны методики его оценки, ориентированные на использование статистически значимых критериев. Они позволяют оценивать отдельные переменные и подвергать их расчету, чтобы получить прогностическую модель.

В большом числе публикаций указывается, что такого рода методики позволяют достичь большей точности в прогнозе криминального рецидива, чем клинические методы, при условии их применения профессионалами. В последние годы было собрано и сведено в каталоги значительное число критериев, которые должны улучшить прогностическую оценку противоправного и, особенно, агрессивного поведения.

Н. Недопил (1997–2008) сформировал 3 оценочных концепции.

1. Идеографическая концепция, при которой основанием оценки является привычная (наработанная) форма поведения, склонная к повторению.
2. Номотетическая концепция, согласно которой эмпирические знания, полученные в большом числе исследований, применяются к отдельному случаю. Эта концепция лежит в основе прогностического

инструментария, основанного на эмпирических исследованиях.

3. Концепция ведущей гипотезы, которая основана на разработке индивидуальной гипотезы генеза деликта. При этом необходимо установить специфические факторы риска, которые являются базисом гипотезы. Ценную помощь в этом оказывает прогностический инструментарий (методики). Затем следует проверить, продолжают ли сохраняться факторы риска в данном отдельном случае, насколько они актуальны и, при необходимости, насколько они компенсированы протективными факторами. При этом выработка прогноза становится процессом, который позволяет применить эмпирическое знание к отдельному случаю.

Риск насилия со стороны лиц с психическими расстройствами продолжает оставаться наиболее распространенным объектом зарубежных исследований и до настоящего времени. При этом обращает на себя внимание разнообразие применяемых исследовательских подходов и методов – от традиционных клинических до математизированных методик с использованием статистически значимых показателей.

Маркерами опасного поведения в подобных исследованиях обычно являются клинические (диагноз психического расстройства, его тяжесть, динамика и т.п.) и социально-демографические (пол, возраст, расовая или этническая принадлежность и др.) характеристики входящих в выборку лиц. Дополнительными признаками нередко выступают случаи проявления насилия в прошлом, употребление алкоголя, наркотических средств или иных психоактивных веществ, наличие или отсутствие семейной и социальной поддержки, личностные (психологические) особенности лица (к примеру, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, импульсивность, снижение способности контролировать гнев и т.п.), ситуации стресса и целый ряд других показателей.

При клиническом прогнозе специалисты, как правило, психиатры и психологи, отбирают факторы риска, исходя из своих знаний и опыта, и основывают выводы об опасности субъекта на собственных оценках. При этом факторы риска зависят от профессиональных представлений специалистов и могут существенно отличаться.

Точность прогноза опасности, основанного только на клинических характеристиках и субъективных суждениях специалистов, давно подвергалась сомнению зарубежными исследователями. Кроме того, отмечалась и склонность психиатров опасность переоценивать.

Говоря о ранних исследованиях, посвященных точности клинических прогнозов насилия, ведущий американский специалист по рассматриваемой проблеме J. Monahan (2006) отмечал, что в отношении психически больных госпитализированных пациентов, совершавших акты насилия в прошлом и потому рассматриваемых специалистами как более опасных по сравнению с другими больными, “психиатры и психологи точны не более чем в одном из трех прогнозов насилия на период более нескольких лет”.

Однако существуют и другие работы. К примеру, в 1993 г. были опубликованы результаты американского исследования, показавшего, что клинический прогноз будущего насилия обладает большей точностью, чем принято считать. Исследователи просили врачей-психиатров и медицинских сестер оценить вероятность риска насилия в отношении пациентов, оказавшихся в отделении неотложной психиатрической помощи крупной психиатрической больницы. Группа больных (мужчины и женщины, всего 357 человек) и контрольная группа, сопоставимая с первой по возрасту, расе, полу и правовым основаниям для госпитализации, в дальнейшем опрашивались во время нахождения вне психиатрического учреждения каждые 2 месяца в течение полугода. Участников исследования спрашивали об их насильственном поведении, изменениях в жизненных обстоятельствах и продолжении лечения.

Дополнительными источниками информации служили люди, названные участниками исследования как лица, которые знают, что с больными происходит (чаще всего, члены семьи), а также официальные документы, в которых отражались сведения о насильственных действиях, приведших к аресту или новой госпитализации.

В результате 53% пациентов, которых врачи-психиатры и медицинские сестры оценили как вероятно опасных, действительно совершили акты насилия после выписки. Из больных, не вызвавших опасений медицинских работников, такое поведение продемонстрировали 36%.

Исследование показало, что точность клинических прогнозов не зависит от возраста и расы, однако различается по гендерному признаку. Так, медицинские работники прогнозировали, что насилие во внебольничных условиях совершат 45% мужчин и только 22% женщин, однако реально такое поведения наблюдалось у 42% мужчин и 46% женщин. Отсюда был сделан вывод, что вероятность будущего насилия со стороны женщин медицинскими работниками недооценивается.

Кроме того, было установлено, что врачи, определяя факторы, которые могут провоцировать насилие или, напротив, ему препятствовать, обращают внимание прежде всего на обстоятельства, связанные с лечением, в частности, на то, ухудшится ли психическое состояние пациента и будет ли лечение им продолжено. Также, по мнению авторов исследования, медицинские работники, оценивая риск насилия, преувеличивали роль медикаментозного лечения и употребления наркотиков.

Другой исследовательский подход называется в зарубежной литературе актуарным. При его применении прогноз строится на использовании факторов риска опасного поведения, установленных в эмпирических исследованиях и обладающих статистической значимостью. Разработанные с использованием математических методов формализованные инструменты позволяют оценить вероятность опасных действий субъекта. При этом

придание какому-либо показателю роли фактора риска не означает, что этот показатель является причиной опасного поведения. Устанавливается лишь корреляция определенного параметра с таким поведением при условии, что данный фактор ему предшествует.

Как отмечают канадские исследователи Г.Т. Харрис и М.Е. Райс (2007), “актуарные оценки отличаются от неактуарных методов тем, что они разработаны с помощью специальных проверок отношений между составляющими их показателями и результатом, и они комбинируют переменные с целью увеличения прогностической точности и эффективности”.

Разработанные на основе этого подхода формализованные инструменты позволяют оценить вероятность опасного поведения субъекта с использованием статичных показателей.

Одним из широко применяемых актуарных инструментов является Руководство по оценке риска насилия (Violence Risk Appraisal Guide – VRAG), разработанное на основе анализа данных в отношении 618 мужчин, страдающих психическими расстройствами и обвиняемых в тяжких преступлениях, которые находились в 1965–1980 гг. в психиатрическом учреждении с максимальным режимом безопасности в канадской провинции Онтарио<sup>4</sup>. Целью анализа было создание инструмента с широкой областью применения, пригодного для прогноза рецидива насилия не только в отношении судебно-психиатрических пациентов, но и для иных лиц, совершающих тяжкие преступления.

Именно поэтому выборка состояла из двух групп пациентов. Около половины из них (286 чел.) были помещены в психиатрическое учреждение до суда и в дальнейшем приговорены к тюремному заключению. Другая часть

---

<sup>4</sup> См.: Harris G.T., Rice M.E., Quinsey V.L. Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument // Criminal Justice and Behavior. – 1993. – Vol. 20. – No.4. – P. 315-335.

выборки (332 человек) – это пациенты, проходившие лечение в этом учреждении, в том числе и после успешной защиты в суде со ссылкой на невменяемость (*insanity defense*). Всем лицам, включенным в выборку, уголовные обвинения предъявлялись не в первый раз, и 85% из них было инкриминировано одно и более насильственных преступлений. Исследователи отбирали пациентов для обеих групп по нескольким критериям, включающим, в частности, сходство предъявленных обвинений, одинаковый возраст с точностью до 1 года и 12-месячный период между совершенными преступлениями.

В дальнейшем все лица, вошедшие в выборку, были либо выписаны из названного психиатрического учреждения или переведены в учреждения открытого типа, либо освобождены из тюрем. Рецидив насилия определялся исследователями как “любое последующее уголовное обвинение в насильственном преступлении (от нападения до преднамеренного убийства)”, зафиксированное в полицейском досье<sup>5</sup>.

Группы больных наблюдались в течение 81,5 мес. после освобождения, в результате было установлено, что 191 чел. (31%) совершил новые насильственные преступления, а 427 – нет. Далее в процессе исследования по множеству показателей сравнивались уже эти новые группы, в результате чего были выделены 12 переменных для включения в итоговый инструмент оценки риска насилия.

Отобранные характеристики охватывали историю детства, уголовные обвинения во взрослом возрасте, демографические признаки и психиатрические диагнозы, включая оценку по пересмотренному Опроснику для выявления психопатии (PCL-R)<sup>6</sup>, которая, как было установ-

---

<sup>5</sup> Harris G.T., Rice M.E. Characterizing the Value of Actuarial Risk Assessments // *Criminal Justice and Behavior*. – 2007. – Vol.34. – No.12. – P.1638.

<sup>6</sup> Опросник был разработан канадским психологом R.D. Hare. R.D. Hare также является соавтором PCL: SV (Опросник для выявления психопатии: скрининговая версия).

лено, имела наибольший вес при определении риска насилия. Следом в порядке уменьшения связи с рецидивом насилия в итоговом документе расположились: низкая адаптация в начальной школе; диагноз расстройства личности по DSM-III <sup>7</sup>; совершение преступления в молодом возрасте; расставание с любым биологическим родителем до 16-летнего возраста; неудача предыдущего условного освобождения; совершение в прошлом преступлений, не связанных с насилием. Далее значимыми показателями были названы следующие характеристики субъекта и его деяния: никогда не состоял в браке, не имел диагноза “шизофрения” по DSM-III, причинил потерпевшему менее значительные травмы, имел проблемы с употреблением алкоголя, потерпевшей не была женщина <sup>8</sup>.

Большинство актуарных инструментов оценки риска насилия с целью повышения их прогностической точности отрабатываются на новых выборках, зачастую отличных по своим характеристикам от первоначальной. Так, прогностическая пригодность VRAG проверялась в нескольких десятках исследований на непересекающихся выборках, в разных странах и с различными сроками наблюдения за лицами, включенными в исследование (от 12 недель до 10 лет).

Сами авторы инструмента проверяли его пригодность на иных выборках судебно-психиатрических пациентов <sup>9</sup>,

---

<sup>7</sup> Diagnostic and Statistical Manual (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (APA). Третье издание было опубликовано в 1980 г. С 2013 г. действует DSM-V.

<sup>8</sup> См.: Harris G.T., Rice M.E. Characterizing the Value of Actuarial Risk Assessments // *Criminal Justice and Behavior*. – 2007. – Vol.34. – No.12. – P.1639.

<sup>9</sup> См. например: Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. Prospective Replication of the Violence Risk Appraisal Guide in Predicting Violent Recidivism Among Forensic Patients // *Law and Human Behavior*. – 2002. – Vol.26. – No.4. – P.377-394.

а также на лицах, совершивших сексуальное насилие<sup>10</sup>. Они предложили и специальный инструмент для оценки риска сексуального насилия – Руководство по оценке риска для сексуальных преступников (Sex Offender Risk Appraisal Guide – SORAG)<sup>11</sup>. Однако в литературе отмечалось, что инструмент потерял в эффективности, когда стал применяться для прогноза не любого вида насилия, а именно насилия сексуального. В 2013 г. М. Райс и Г. Харрис предложили пересмотренную версию Руководства по оценке риска насилия (VRAG-R)<sup>12</sup>.

Среди актуарных инструментов оценки риска насилия внимание также следует обратить на методики, разработанные группой авторов в результате Mac Arthur Risk Assessment Study. Первым этапом исследования стало изучение распространенности насильственного поведения во внебольничных условиях. Выборка включала более 1000 пациентов (мужчин и женщин в возрасте от 18 до 40 лет), выписанных из острых отделений психиатрических больниц<sup>13</sup>. Следующей целью авторов исследования стало выделение различных факторов риска, которые могли бы использоваться в клинической практике для прогнозирования риска насилия.

На втором этапе в выборку вошли 939 пациентов, выписанных из психиатрических учреждений и наблюдавшихся в течение 20 недель во внебольничных условиях.

---

<sup>10</sup> См.: Rice M.E., Harris G.T. Cross-Validation and Extension of the Violence Risk Appraisal Guide for Child Molesters and Rapists // *Law and Human Behavior*. – 1997. – Vol. 21. – No.2. – P.231-241.

<sup>11</sup> Quinsey V.L., Rice M.E., Harris G.T. Actuarial prediction of sexual recidivism // *Journal of Interpersonal Violence*. – 1995. – Vol. 10. – No.1. – P.85-105.

<sup>12</sup> Rice M.E., Harris G.T., Lang C. Validation of and Revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R) // *Psychological Assessment*. – 2013. – Vol.25. – No.3. – P.951-965.

<sup>13</sup> См.: Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J., Robbins P.C., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H., Silver E. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods // *Archives of General Psychiatry*. – 1998. – Vol.55. – P. 393-401.

Средний возраст изучаемой группы составлял 29,9 года, 57,3% из них были мужчины, 32,4% пациентов госпитализировались в недобровольном порядке. Первичные психиатрические диагнозы распределялись следующим образом: 41,9% – депрессия, 17,3% – шизофрения или шизоаффективное расстройство, 14,1% – биполярное расстройство и 21,8% – расстройство, связанное с употреблением алкоголя или наркотиков. Информация об актах насилия собиралась из официальных полицейских и медицинских документов, а также из бесед с пациентами и их близкими<sup>14</sup>.

Оценивались 134 параметра потенциального риска насильственного поведения в отношении окружающих, объединенные в 4 группы. В первую группу были включены факторы “предрасполагающие”, такие как возраст, пол, раса, социальное положение, личностные особенности, в частности, импульсивность и способность контролировать свой гнев и т.п. Вторую группу составили “исторические” переменные (история семьи, предыдущие госпитализации, проявления насилия в прошлом, факты привлечения к уголовной ответственности и др.). В третью группу вошли такие “контекстуальные” переменные, как наличие социальной поддержки, круга общения, ситуации стресса, а также обладание оружием. В четвертой группе оказались “клинические” факторы – диагноз и симптоматика психического расстройства, злоупотребление алкоголем и наркотиками, уровень функционирования пациента в обществе. Исследователи не выявили однозначной преобладающей роли той или иной группы факторов риска, что привело их к выводу о необходимости учитывать их взаимодействие для более точного прогноза насильственного поведения как на уровне индивида, так и на уровне группы.

---

<sup>14</sup> См.: Steadman H.J., Silver E., Monahan J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P., Grisso T., Roth L.H., Banks S. A Classification Tree Approach to the Development of Actuarial Violence Risk Assessment Tools // *Law and Human Behavior*. – 2000. – Vol.24. – No.1. – P. 85-86.

Для разработки самой методики авторы использовали метод классификации на основе построения “дерева классов” (дендрограммы). Этот метод позволяет получить многочисленные комбинации различных факторов риска с целью помещения лиц, входящих в выборку, в группу тех, кто представляет высокий или, напротив, низкий риск будущего насилия. В этой методике только первый вопрос является общим для всех лиц, подлежащих оценке. Другие же задаваемые вопросы зависят от ответов, на предыдущие в отличие от обычно применяемых стандартизированных интервью, требующих ответов на все вопросы от всех участников. Такой подход, который авторы называли “итерационным классификационным деревом” (Iterative Classification Tree – ICT), по их мнению, делает итоговую оценку более индивидуализированной и, соответственно, точной<sup>15</sup>.

Используя только факторы риска, сведения о которых были доступны из историй болезни или ежедневной психиатрической практики, исследователи смогли отнести каждого из пациентов к одной из 5 категорий риска (распространенность насильственного поведения в течение 20 недель после выписки из стационара составила для этих групп 1, 8, 26, 56 и 76% соответственно). Исследование показало, что подавляющее большинство изученных пациентов оказалось в группе с самым низким риском насилия (37% против 7% из группы самого высокого риска)<sup>16</sup>.

На основе описанной методики авторы разработали также интерактивную компьютерную программу, названную Классификация риска насилия (The Classification of

---

<sup>15</sup> См. подробнее: Steadman H.J., Silver E., Monahan J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P., Grisso T., Roth L.H., Banks S. Op. cit. – P. 86-95; см. также: Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P., Silver E., Roth L.H., Grisso T. Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol.76. – P.312-319.

<sup>16</sup> Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients. – P.412-413.

Violence Risk – COVR). Программа предназначена для использования в клинической практике при оценке риска насилия в течение нескольких месяцев после выписки пациентов из психиатрических стационаров<sup>17</sup>.

Прогностическая способность COVR проверялась, в частности, в Швеции. В исследовании опрашивались пациенты двух психиатрических стационаров г. Стокгольма (331 чел.), а также их близкие через 10 и 20 недель после выписки (лично и по телефону). Использовались и данные из национальной системы регистрации преступлений. Также сравнивались результаты оценки риска насилия, полученные с использованием этого инструмента, и число реально совершенных актов насилия. Прогностическая сила инструмента была оценена авторами как 0,77, что позволило им сделать вывод о точности прогноза насилия для этого инструмента, сопоставимой с другими методиками. При этом отмечался относительно низкий уровень насилия в Швеции в целом и связанные с этим трудности прогноза для психиатрических пациентов<sup>18</sup>. Изменение исследовательской задачи на проверку точности COVR применительно к прогнозу в зависимости от пола бывших пациентов показало, что возможности инструмента в этом отношении практически одинаковы (0,76 для мужчин и 0,78 для женщин)<sup>19</sup>.

Промежуточное место между клиническими и актуарными инструментами оценки риска занимают методики, относящиеся к группе так называемых “структурирован-

---

<sup>17</sup> Об этапах создания программы и основных вопросах, возникающих при ее применении, см.: Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., Grisso T., Mulvey E.P., Roth L.H., Robbins P.C., Banks S., Silver E. The Classification of Violence Risk // *Behavioral Sciences and the Law*. – 2006. – Vol.24. – P. 721-730.

<sup>18</sup> Sturup J., Kristiansson M., Lindqvist P. Violent Behaviour by General Psychiatric Patients in Sweden – Validation of Classification of Violence Risk (COVR) Software // *Psychiatry Research*. – 2011. – Vol.188. – Iss.1. – P. 161-165.

<sup>19</sup> См.: Sturup J., Monahan J., Kristiansson M. Violent Behavior and Gender of Swedish Psychiatric Patients: A Prospective Clinical Study // *Psychiatric Services*. – 2013. – Vol.64. – No.7. – P. 688-693.

ных профессиональных суждений” (structured professional judgment – SPJ).

Наиболее известным инструментом из этой группы является Шкала оценки риска насилия - 20 (HCR-20 – Violence Risk Assessment Scheme). При создании инструмента применялся математический метод шкалирования, а его название происходит от наименования 3 подшкал, объединяющих исторические (анамнестические) (Historic), клинические (Clinical) и относящиеся к управлению рисками (Risk Management) признаки, а также от общего числа таких признаков.

В инструменте выделены маркеры риска насилия, относящиеся к прошлому, настоящему и будущему. Прошлое отражено в 10 исторических признаках (акты насилия в прошлом, ранний возраст совершения первого акта насилия, нестабильность межличностных отношений и др.). К настоящему относятся 5 клинических признаков (отсутствие критики, негативные установки, активная психопатологическая симптоматика серьезного психического заболевания, импульсивность, отрицательное отношение к лечению). Будущему отведено 5 ситуационных факторов, которые могут либо усугублять риск проявления насилия, либо этому препятствовать (недостаточная осуществимость планов, подверженность дестабилизирующим факторам, недостаток личной поддержки, несоблюдение лечебных рекомендаций, стресс).

Каждый признак оценивается в баллах – 0 (отсутствует), 1 (частично или возможно присутствует), 2 (присутствует), которые потом суммируются специалистом, применяющим инструмент. В результате создается персональный оценочный профиль данного субъекта и выводится общий балл, отражающий риск насилия.

Первая версия инструмента опубликована в 1995 г.<sup>20</sup>,

---

<sup>20</sup> Webster C.D., Eaves D., Douglas K.S., Wintrup A. The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk (Version 1). Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University and Forensic Services Commission of British Columbia, – 1995.

вторая – в 1997, а третья – в 2013 <sup>21</sup>. В третьей версии HCR-20 факторы риска были обновлены с целью усиления практической направленности инструмента на выработку лечебных планов пациентов с индивидуализированными лечебно-реабилитационными мероприятиями по управлению риском насилия.

Некоторые признаки были детализированы и улучшены (например, Н1 – насилие в прошлом, С2 – имеющиеся насильственные идеи и намерения, R1 – будущие проблемы с профессиональной помощью и планами). В частности, в признаке Н1 появились “подпризнаки”, уточняющие возраст, когда проблемы проявились (детский, т.е. 12 лет и младше, подростковый, охватывающий период от 13 до 17 лет, и взрослый, включающий 18 лет и старше). С помощью указания на характер расстройства – психотическое расстройство, большое расстройство настроения, иное большое психическое расстройство – был уточнен и признак Н6.

Также детализированы клинические признаки, например, С1 (проблемы с критикой – в отношении психического расстройства, риска насилия, потребности в лечении) и С4 (имеющиеся проблемы “со стабильностью” психического состояния – аффективные, поведенческие, когнитивные). В подшкале, относящейся к будущему, был уточнен показатель R4 – будущие проблемы с ответом на лечение или надзор (соблюдение режима, ответная реакция). Кроме того, на основе проведенных исследований некоторые показатели фактически полностью обновились (к примеру, Н2 – история проблем с иными видами антисоциального поведения, Н9 – история проблем с насильственными установками, С4 – имеющиеся “проблемы со стабильностью” психического состояния). Эти и другие новации третьей версии HCR-20 подкрепили практическую ориентированность этой методики

---

<sup>21</sup> Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H. HCR-20 V3: Assessing Risk for Violence – User Guide. Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University. – 2013.

на выработку эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение насилия. Прогностическая способность HCR-20 проверялось в многочисленных исследованиях<sup>22</sup>.

Надо отметить, что для проверки возможности прогнозировать проявления насилия в будущем авторы как этого, так и других формализованных инструментов с помощью математических (вероятностных) методик строят прогностическую модель отнесения случайно выбранной личности к категории представляющих риск насилия. При этом они вводят понятие прогностической точности, хотя по смыслу правильнее было бы называть этот показатель прогностической силой. Термин “точность” затушевывает характер оценок, при которых показатель, равный 0,5, означает абсолютно случайный выбор, что делает бессмысленным разговор о точности, равной 0,5. Поскольку точность прогноза, равная 1, практически недостижима, авторы методик (как и использующих эти методики исследователей), главным образом ориентируются на показатели прогностической силы, большие или меньшие, чем 0,75.<sup>23</sup>

Так, точность (сила) прогноза риска проявления насилия в зависимости от психиатрического диагноза стала предметом британского исследования пациентов, выписанных из психиатрических больниц с усиленным режимом безопасности. Выборка составила 996 больных мужского пола со средним сроком пребывания в больнице 436 дней, средний возраст в момент выписки – 37,7 года. По расовой и этнической принадлежности больные распределились следующим образом: 69,2% – белые,

---

<sup>22</sup> Последние по времени публикации с описанием результатов методики см.: Douglas K.S., Shaffer C., Blanchard A.J.E., Guy L.S., Reeves K., & Weir J. HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #1. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University. – 2014.

<sup>23</sup> См., напр.: Douglas K.S., Shaffer C., Blanchard A.J.E., Guy L.S., Reeves K. & Weir J. Op. cit. P.32-33.

21,6% – чернокожие из стран Карибского региона или африканского происхождения, 2,4% – азиатского происхождения, 1,5% – смешанной этнической принадлежности, а в отношении 5,2% этническая принадлежность не установлена. Психиатрические диагнозы были поставлены в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (F00–F99, по ICD-10).

Информация, используемая в исследовании, была получена из медицинских и иных документов, включая данные официальной уголовной статистики. Период наблюдения составлял 2 года после выписки из больницы, и авторам удалось получить необходимые сведения о 890 бывших пациентах, из которых 173 человека (19,4%) были повторно осуждены и 101 человек (11,3% от общего числа) – за насильственные преступления. Диагноз “шизофрения” был поставлен 568 бывшим пациентам (63,8%), из которых 89 были вновь осуждены, включая 49 – за насильственные преступления. Из числа больных с диагнозом “расстройство личности” (160 чел., или 18%) повторно осужденных было 46, в том числе 33 – за деяния, связанные с насилием. Среди имевших диагноз наркологического расстройства (116 чел., или 13%) вновь были осуждены 44, среди которых 21 – за насильственные преступления.

С помощью статистических методов анализа соотношения между правильно и ошибочно предсказанными повторными привлечениями к уголовной ответственности исследователи установили, что такие диагнозы, как расстройство личности или наркологическое расстройство, повышают вероятность риска рецидива, в то время как диагноз шизофрении эту вероятность уменьшает. В исследовании отмечено, что такой прогноз значительно сложнее в отношении расстройств, характеризующихся импульсивным поведением, например, для расстройств личности.

Кроме того, было установлено, что в целом признаки, относящиеся к подшкалам истории (анамнеза) и управ-

ления рисками, являются более точными предикторами повторного правонарушения, чем клинические переменные. Так, очерченные показатели прогностической силы инструмента в целом и трех входящих в него подшкал (исторической, клинической и управления рисками) составили соответственно 0,73; 0,72; 0,55 и 0,70. В отношении риска любого осуждения эти показатели были 0,69; 0,69; 0,51 и 0,68 соответственно. Таким образом, HCR-20 в целом, а также 2 его подшкалы были оценены авторами этого исследования как статистически значимые для прогноза насильственного поведения в отношении всех психических расстройств, чего нельзя было сказать о клинической подшкале<sup>24</sup>.

В другом британском исследовании проверялись прогностические возможности HCR-20 в целом и входящих в него подшкал применительно к проявлявшим насилие больным мужского пола, оказавшимся после выписки из стационара под интенсивным внебольничным наблюдением. В выборку вошли 70 бывших пациентов судебно-психиатрической больницы с усиленным режимом безопасности, средний срок пребывания в которой составлял 24 месяца. Наиболее распространенными диагнозами среди этой группы были шизофрения (73%) и расстройство личности (26%). Кроме того, почти половина наблюдавшихся (44%) злоупотребляла наркотиками.

Оценочные профили по HCR-20 составлялись на основе информации, полученной из документов на момент выписки. За период нахождения бывших пациентов во внебольничных условиях (в среднем 59 месяцев) исследователи собирали информацию о новых осуждениях, повторных помещении в обычные и судебно-психиатрические стационары и сообщениях об актах

---

<sup>24</sup> См.: Gray N.S., Taylor J., Snowden R.J. Predicting Violence Using Structured Professional Judgment in Patients with Different Mental and Behavioral Disorders // *Psychiatry Research*. – 2011. – Vol.187. – Iss.1-2. – P.248-253; см. также: Gray N.S., Taylor J., Snowden R.J. Predicting Violence Reconvictions Using HCR-20 // *British Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol.192. – Iss.5. – P.384-387.

насилия, полученных от самих больных и их близких, а также зафиксированных в документации специалистов, осуществлявших интенсивное внебольничное наблюдение. Среди актов насилия отмечались насилие сексуальное, случаи избиения, удушения и иных подобных действий, включая нападения с оружием, приведшие к причинению физического вреда потерпевшим.

В исследовании была установлена существенная прогностическая сила HCR-20 в целом в отношении повторных помещений в психиатрические стационары (0,85), совершенных актов насилия, информация о которых была получена от пациентов и их близких (0,76), а также рецидива преступлений (0,71). При этом прогностическая способность всех 3 подшкал в отношении новых госпитализаций составила от 0,65 до 0,78 с максимальным показателем, полученным по исторической подшкале<sup>25</sup>.

Представляет интерес изучение 108 судебно-психиатрических пациентов в Нидерландах, из которых 44 совершили насильственные преступления и 64 – сексуальные насильственные правонарушения. В исследовании сравнивались оценки по 2 инструментам – HCR-20 и SAPROF<sup>26</sup> – до и после проведения стационарного лечения. Целью авторов являлось изучение взаимовлияния положительных изменений в факторах риска и защитных

---

<sup>25</sup> См.: Dolan M., Khawaja A. The HCR-20 and Post-discharge Outcome in Male Patients Discharged from Medium Security in the UK // *Aggressive Behavior*. – 2004. – Vol. 30. – Iss.6. – P. 469-483.

<sup>26</sup> Структурированная оценка защитных факторов для риска насилия (the Structured Assessment of Protective Factors for violence risk – SAPROF) – разработанный голландскими судебными психиатрами инструмент, включающий 17 преимущественно динамических признаков, распределенных по 3 шкалам (внутренние, мотивационные и внешние факторы). Инструмент может использоваться в дополнение к методикам оценки риска для повышения точности прогноза риска насилия (см.: de Vogel V., de Vries Robb'e M., de Ruiter C., Bouman Y.H. A Assessing Protective Factors in Forensic Psychiatric Practice: Introducing the SAPROF // *International Journal of Forensic Mental Health*. – 2011. – Vol. 10. – Iss.3. – P. 171-177).

факторах, и успешной реинтеграции бывших пациентов в общество.

Средний срок нахождения больных, включенных в выборку, в психиатрических учреждениях составлял 5,65 года, а средний возраст при выписке – 33,2 года. Большинство больных имели диагноз расстройства личности (66%) и примерно у 15% было диагностировано психотическое расстройство, например, шизофрения. У 68% обследованных имелась история злоупотреблений наркотиками. Минимальный срок наблюдения после выписки составлял 12 месяцев, максимальный – 11 лет. В течение года после выписки за насильственные преступления были осуждены 6 человек, а за максимальный период наблюдения – 33.

В целом исследование подтвердило хорошие прогностические качества обоих использованных инструментов и при краткосрочном, и при долгосрочном наблюдении. Те пациенты, которые обнаружили позитивные изменения за время лечения, продемонстрировали существенно более низкий уровень рецидива насилия после выхода из больницы. Исследование также показало, что изменения в признаках, включенных в HCR-20, улучшают качество долгосрочного прогноза по сравнению с краткосрочным, правда, в незначительной степени. Эти данные расходятся с результатами других исследований, свидетельствующих, напротив, о большей точности краткосрочных прогнозов.

В то же время авторы обратили внимание на определенные ограничения, связанные с дизайном исследования и особенностями включенных в выборку пациентов. Эти ограничения требуют аккуратности в распространении полученных результатов на другие группы психиатрических пациентов. Так, описанное исследование носило ретроспективный характер, и сведения о пациентах были получены из медицинской документации, а не с помощью специальных обследований. Данные о рецидиве насильственных преступлений получали из

полицейской документации, которая может не в полной мере отражать все случаи насильственных проявлений. И, наконец, выборку составила группа лиц с высоким риском насилия и преобладанием пациентов с расстройствами личности, проходивших длительное лечение в судебно-психиатрических стационарах.

Авторы пришли к выводу о необходимости дальнейших исследований динамических факторов риска опасного поведения, а также защитных факторов с участием других категорий лиц с психическими расстройствами <sup>27</sup>. Использование в прогнозах оценок защитных факторов, наряду с факторами риска, может не только улучшить прогностическую способность самих методик, но и будет способствовать повышению эффективности лечебных и реабилитационных программ, направленных в конечном счете на психиатрическую профилактику.

На сегодняшний день HCR-20 является наиболее применяемым зарубежными специалистами инструментом оценки риска насилия. Недавний опрос специалистов в области психического здоровья, проведенный в 44 странах, подтвердил, что HCR-20 – самый используемый инструмент оценки риска из всех так называемых “структурированных профессиональных суждений” и актуарных методик.

В исследовании было опрошено 2135 специалистов в области психического здоровья, средний возраст – 43,9 года и средняя продолжительность практической деятельности – 15,9 года. По специальностям участники исследования распределились следующим образом: 889 человек (41,6%) – психологи, 368 человек (17,2%) – психиатры, 622 человека (29,1%) – медицинские сестры,

---

<sup>27</sup> Подробнее см.: de Vries Robb'e M., de Vogel V., Douglas K.S., Nijman H.L. Changes in Dynamic Risk and Protective Factors for Violence During Inpatient Forensic Psychiatric Treatment: Predictive Reduction in Postdischarge Community Recidivism// Law and Human Behavior. – 2015. – Vol.39. – No.1. – P.53-61.

256 человек (12,0%) – иные специалисты (социальные работники, офицеры службы пробации и др.).

За последние 12 месяцев примерно половину времени все специалисты занимались клинической деятельностью, чаще всего в судебно-психиатрических больницах (17,5%), в процессе частной практики (15,0%) и в исправительных учреждениях (12,7%). Наиболее распространенными дополнительными видами профессиональной занятости опрошенных было выполнение административных обязанностей (22,0%) и преподавание (13,2%), а исследованиями занимались лишь 7,2% из них. По условиям опроса респонденты сообщали об использовании формализованных инструментов для оценки риска насилия, а также управления таким риском и его мониторинга, если данный инструмент применялся более чем в половине проведенных специалистом оценок за последний год.

Из респондентов, сообщивших об использовании рассматриваемых инструментов, большинство применяли их в целях оценки риска (1134 чел. из 1266 опрошенных, указавших цель применения, или 89,6%). 869 респондентов (68,6%) пользовались такими инструментами при разработке планов управления риском, а 499 специалистов (39,4%) – для мониторинга этих планов. Надо заметить, что среди тех, кто пользовался формализованными методиками для оценки риска, получили информацию о точности своих оценок в 36,5% случаев.

В результате исследования было установлено, что число респондентов, применявших HCR-20, составило: для оценки риска – 588, для управления риском – 453 и для мониторинга – 237 человек. Для сравнения, VRAG в тех же целях использовали 151, 97 и 55 специалистов соответственно, а COVR – 37, 33 и 28 опрошенных<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Singh J.P., Desmarais S.L., Hurducas C., Arbach-Lucioni K., Condemarin C., Dean K., Doyle M., Folino J.O., Godoy-Cervera V., Grann M., Mei Yee Ho R., Large M.M., Nielsen L.H., Pham T.H., Rebocho M., Reeves K.A., Rettenberger M., de Ruiter C., Seewald K., Otto R.K. Inter-

Популярность HCR-20 как инструмента, относящегося к структурированным клиническим оценкам, вполне объяснима. Использование в оценке динамических факторов риска позволяет специалисту применить свой профессиональный опыт, который сводят к минимуму актуарные инструменты. Как отмечается в научной литературе, этот метод “является эффективной попыткой преодолеть разрыв между клиническими и актуарными подходами путем объединения обеих методик в структурированное профессиональное руководство для клинической практики”<sup>29</sup>.

Несмотря на распространенность в практике, формализованные инструменты оценки риска насилия, прежде всего актуарные, подвергаются серьезной критике, в частности, в отношении допустимости использования данных, полученных в результате статистических исследований, при прогнозе насилия в индивидуальных случаях. “В центре дискуссии вопрос о том, в какой мере актуарная оценка риска, рассчитанная на уровне группы, применима – морально, логически или математически – к любому конкретному индивиду, относящемуся к этой группе”<sup>30</sup>.

Некоторые авторы с помощью математических методов доказывают непригодность актуарных инструментов для прогноза насильственного поведения в отношении конкретного человека<sup>31</sup> и приходят к выводу, что актуарные инструменты оценки риска не могут распознать

---

national Perspectives of the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries// *International Journal of Forensic Mental Health*. – 2014. – Vol.13. – P.193-206.

<sup>29</sup> Doyle M., Dolan M. Predicting Community Violence from Patients Discharged from Mental Health Services// *British Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 189. – Iss.6. – P.520.

<sup>30</sup> Scurich N., Monahan J., John R.S. Innumeracy and Unpacking: Bringing the Nomothetic/ Idiographic Divide in Violence Risk Assessment // *Law and Human Behavior*. – 2012. – Vol. 36. – No.6. – P.548.

<sup>31</sup> См., напр.: Hart S.D., Michie C., Cooke D.J. Precision of Actuarial Risk Assessment Instruments: Evaluating the ‘Margin of Error’ of Group v. Individual Prediction of Violence // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 190. – Iss. 49. – P.60-65.

вероятность риска насилия на индивидуальном уровне “с какой-либо разумной степенью точности или определенности” <sup>32</sup>.

Так, изучение уровня насилия среди лиц, классифицированных с помощью 9 самых распространенных в практике формализованных инструментов, среди которых были VRAG и HCR-20, как представляющих высокий риск, показало, что рассчитанный уровень насилия среди этих лиц различался и между использованными инструментами, и внутри них. Более высокий уровень насилия в рассматриваемой группе прогнозировался в тех исследованиях, где такой риск оценивался выше и для пациентов, не попавших в группу высокого риска. Также риск насилия увеличивался, когда коэффициент насилия среди населения в целом был выше, что учитывалось в исследовании, а также когда использовались методики, относящиеся к категории структурированных профессиональных суждений, и когда в исследовании была меньшая доля лиц мужского пола. Последний результат совпадает с другими данными, согласно которым мужской пол не является столь значимым фактором риска насилия для лиц с психическими расстройствами, в отличие от населения в целом, и выступает аргументом в пользу высказанной в зарубежной литературе точки зрения о недооценке распространенности насилия среди женщин, имеющих проблемы с психическим здоровьем <sup>33</sup>.

Авторы данного исследования, собравшие информацию о 13045 лицах (57 выборок), наблюдавшихся в 47 независимых исследованиях в 13 странах, пришли к выводу о необходимости соблюдать аккуратность при

---

<sup>32</sup> Hart S.D., Cooke D.J. Another Look at the (Im-)precision of Individual Risk Estimates Made Using Actuarial Risk Assessment Instruments // Behavioral Sciences and the Law. – 2013. – Vol. 31. – No.1. – P.81.

<sup>33</sup> См., напр.: Dean K., Walsh E., Moran P., Tyrer P., Creed F., Byford S., Burns T., Murray R., Fahy T. Violence in women with psychosis in the community: prospective study // British Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 188. – Iss. 3. – P. 264-270.

использовании оценок риска, полученных с помощью формализованных методик, особенно в тех случаях, когда такие оценки могут повлиять на решения, касающиеся индивидуальной свободы и общественной безопасности (к примеру, о госпитализации в обычные или судебно-психиатрические стационары, выписке из таких стационаров или продолжительности внебольничного наблюдения)<sup>34</sup>.

Другие авторы обращают внимание на то, что оценка риска имеет смысл не сама по себе, а лишь тогда, когда приводит к действиям, которые позволят уменьшить будущий вред. Однако исследований, содержащих доказательства такой пригодности оценок риска, крайне мало по сравнению с множеством публикаций о статистических аспектах таких оценок<sup>35</sup>.

В зарубежной литературе также обсуждаются последствия некорректной оценки риска для конкретного лица. С одной стороны, неправильный прогноз относительно высокого риска индивида может привести к ограничению его прав, в частности, к недобровольной госпитализации. Ярлык “представляет высокий риск” также имеет эффект стигматизации со всеми вытекающими из этого последствиями для человека. С другой стороны, неточный прогноз относительно низкого риска насилия в отношении пациента, который после выписки из психиатрического стационара насилие проявляет, может иметь весьма неблагоприятные последствия и для специалиста, и для медицинского учреждения, где он работает<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> См.: Singh J. P., Fazel S., Gueorguieva R., Buchanan A. Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments // *British Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 204. – Iss.3. – P.180-187.

<sup>35</sup> См.: Ward T., Large M. Little Evidence for the Usefulness of Violence Risk Assessment // *British Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol.202. – Iss.6. – P.468.

<sup>36</sup> Подробнее см.: Miller S.L., Brodsky S.L. Risky Business: Addressing the Consequences of Predicting Violence // *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*. – 2011. – Vol.39. – P. 396-401.

И тем не менее критика существующих инструментов оценки риска не приводит к отказу от их использования в клинической практике. При этом в литературе указываются направления новых исследований, которые могли бы способствовать созданию иных, прогностически более точных методик. Одни авторы полагают, что пора сменить направление исследований и перейти от прогнозирования насилия к изучению его причин и предупреждению их проявления<sup>37</sup>. По мнению других авторов, новые исследования следует направить на совершенствование уже имеющихся методик прогноза насилия, особенно в краткосрочной перспективе, а также на прояснение механизмов корреляции факторов риска и насильственного поведения и на повышение клинической полезности актуарных инструментов<sup>38</sup>.

А пока специалистам, работающим с актуарными и иными инструментами прогноза риска насилия, надо иметь в виду, что все они имеют определенную прогностическую ценность, но не сильно отличаются по своей эффективности<sup>39</sup>, поэтому результаты формализованных оценок не должны использоваться в качестве единственного или основного доказательства при принятии клинических и иных, имеющих юридически значимые последствия, решений.

В отечественной судебно-психиатрической литературе, посвященной оценке и прогнозу опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, превалирует клинический прогноз. Однако в последнее время

---

<sup>37</sup> См.: Skeem J.L., Monahan J. Current Directions in Violence Risk Assessment // *Current Directions in Psychological Science*. – 2011. – Vol.20. – No.1. – P.38-42.

<sup>38</sup> См.: Buchanan A. Risk of Violence by Psychiatric Patients: Beyond the “Actuarial Versus Clinical” Assessment Debate // *Psychiatric Services*. – 2008. – Vol.59. – P.184-190.

<sup>39</sup> Подробнее см.: Yang M., Wong S.C.P., Coid J. The Efficacy of Violence Prediction: A Meta-Analytic Comparison of Nine Risk Assessment Tools // *Psychological Bulletin*. – 2010. – Vol.136. – No.5. – P.740-767.

начинают появляться исследования с использованием формализованных зарубежных методик.

По мнению проводивших их исследователей, HCR-20 может служить вспомогательным инструментом в процессе оценки риска насилия психиатрических пациентов. Стандартизованные методики полезны, поскольку позволяют проводить комплексный анализ факторов риска общественно опасного поведения, но все же они выступают как дополнение к клинико-психопатологическому методу оценки состояния пациента и клиническому наблюдению. Применение статистически значимых критериев, четкого алгоритма оценки, которому должен следовать специалист при проведении исследования, можно отнести к факторам, обеспечивающим сопоставимость результатов, повышающим объективность оценки.

Механическое внедрение зарубежных формализованных инструментов оценки риска опасного поведения в практику отечественной психиатрии невозможно не только потому, что эти методики были разработаны в ином социальном, культурном и правовом контексте, но и по причине их нацеленности по преимуществу на прогноз вероятности насилия.

В рамках уголовного права и в законодательстве о психическом здоровье ряда стран опасное поведение психически больных означает такие действия, которые характеризуются применением или угрозой применения насилия, включая причинение телесных повреждений, как правило, другим лицам (Shah S.A., 1978). При этом возможность назначения принудительного лечения больным, совершившим имущественные правонарушения, не предусмотрена.

Российское уголовное законодательство и судебная психиатрия исходят из широкого понимания опасности лица с психическим расстройством, включающее возможное совершение любых общественно опасных деяний, предусмотренных уголовным законом. Принятый в отечественной психиатрии термин “общественная

опасность” включает в себя широкий круг правонарушений, предусмотренных Особенной частью УК РФ, и не ограничивается только насильственными действиями. К примеру, согласно действующему уголовному законодательству, при назначении и продлении принудительных мер медицинского характера необходимо соизмерять связь имеющегося у больного психического расстройства с “возможным причинением им иного существенного вреда либо с опасностью для себя и других лиц” (ч.2 ст.97 УК РФ).

Зарубежные инструменты могут использоваться в такой процедуре, естественно, после проверки их валидности и адаптации к российским социальным реалиям и положениям российского законодательства.

Актуальной и перспективной научно-практической задачей судебно-психиатрической профилактики является разработка уникальных отечественных методик для прогнозирования риска опасного поведения психически больных, основанных на комплексном подходе с применением клинического и статистического прогнозов.

## **2.2. Отечественный опыт определения общественной опасности психически больных**

Оценка риска совершения опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами, и их предупреждение являются актуальными задачами отечественной психиатрической службы. Система предупреждения таких действий складывается из мер первичной и вторичной профилактики. Задачами первичной профилактики являются своевременное выявление из числа лиц с психическими расстройствами пациентов с риском опасного поведения и проведение в их отношении медицинских мероприятий. Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторных общественно опасных действий психически больных и включает в себя исполнение принудительных мер медицинского характера в амбулаторных и стационарных условиях, а также

осуществление активного диспансерного наблюдения участкового за больными с риском опасного поведения.

Определение потенциального риска опасного поведения больного, как уже было сказано, является неотъемлемой частью повседневной деятельности специалистов психиатрической службы.

Отечественные психиатры предлагали различные способы его оценки. При этом указывалось на целесообразность анализа ряда клинических и социально-психологических признаков, характеризующих того или иного пациента. Имелись в виду, в частности, данные анамнеза о направленности социальной (антисоциальной) активности пациента, уровне его социально-трудовой адаптации (дезадаптации), его личностные особенности, а также ряд клинико-динамических характеристик. Самостоятельное значение придавалось характеру совершенного ООД и, особенно, клиническим проявлениям психического расстройства в период принятия решения о потенциальной общественной опасности пациента.

В советский и постсоветский периоды исследователи в данной области предлагали проводить количественную оценку двух показателей: вероятности и тяжести ожидаемого деяния (Шишков С.Н., 1987; Котов В.П., Мальцева М.М., 1995).

Предполагалось, что каждый из них целесообразно оценивать по 5-балльной шкале. При этом для оценки опасности деяния использовалась градация тяжести преступлений, приведенная в УК РФ. В соответствии с этим все ООД могут быть оценены в баллах: 0 – неопасные деяния, 1 – деяния небольшой тяжести, 2 – средней тяжести, 3 – тяжкие, 4 – особо тяжкие.

Была предложена также следующая градация для ранжирования вероятности ООД: 0 – отсутствие вероятности ООД; 1 – малая вероятность, 2 – условная вероятность, 3 – безусловная вероятность (т.е. возникающая только в определенной ситуации), 4 – высокая вероятность ООД.

Суммарный индекс общественной опасности больного с учетом оценки его в баллах по двум рассмотренным параметрам выражался как среднее арифметическое между ними в виде следующей формулы.

$$O = \frac{T + B}{2}, \text{ где}$$

O – степень (индекс) общественной опасности больного,

T – тяжесть прогнозируемого деяния (в баллах),

B – вероятность его совершения (в баллах).

К больным с минимальной общественной опасностью, приближающейся к нулю, не рекомендовалось применять принудительные меры медицинского характера. К таким лицам относились пациенты с индексом общественной опасности, не превышающим единицы (от 0 до 1).

Следующий интервал (от 1 до 1,5) соответствовал применению наиболее мягкой из принудительных мер медицинского характера – амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра.

Более высокие показатели общественной опасности были связаны со стационарным принудительным лечением. Если у пациента, находящегося на стационарном принудительном лечении, индекс общественной опасности достаточно долго держался в интервале от 1 до 1,5, в соответствии с данной методикой он подлежал переводу на АПНЛ. Наоборот, если у диспансерного больного этот индекс превышал 1,5, его следовало либо госпитализировать в недобровольном порядке, либо перевести на один из видов стационарного принудительного лечения, если же индекс стойко держался на уровне ниже 1, больной подлежал выведению из группы АДН и прекращению АПНЛ.

При кажущейся простоте данной методики, она не имела повсеместного применения, возможно, из-за ряда вопросов, возникавших у специалистов относительно

оценки используемых в ней показателей, отсутствия описанных авторами четких критериев и алгоритма вынесения суждений о величинах вероятности совершения ООД и тяжести прогнозируемых опасных деяний, особенно у пациентов, которые ранее их не совершали. На сегодняшний день нам не известны результаты катамнестических исследований относительно точности прогноза общественной опасности больных с использованием приведенной формулы.

Сложившаяся в нашей стране практика оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, основывается на использовании преимущественно клинического подхода в соответствии с дифференциацией потенциально опасных пациентов по клинико-социальным характеристикам.

Факторы, значимые в генезе общественной опасности больных, как правило, подразделяют на нозологические (клинико-психопатологические), личностные и социальные группы. Их характеристика представлена в соответствующих подразделах настоящего пособия.

При этом в процессе вынесения психиатрами решения о потенциальной общественной опасности больного доминирующим является клинический подход. В частности, в соответствии с действующей Инструкцией, утвержденной приказом МЗ России и МВД России от 30 апреля 1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”, в группу лиц, подлежащих активному диспансерному наблюдению по причине их склонности к общественно опасным действиям, рекомендуется включать больных, совершивших в течение жизни ООД, а также пациентов, представляющих потенциальную опасность в силу наличия у них болезненных симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий. В Инструкции отсутствует указание на необходимость анализа и оценки иных факторов риска опасного поведения.

Между тем, как было показано выше, научно обоснованным является взаимодействие болезненных расстройств психики между собой, а также с личностными особенностями больного и ситуационными факторами в генезе ООД психически больных, что определяет необходимость их анализа при оценке риска опасного поведения.

По поводу применения неструктурированной клинической оценки для принятия решения о потенциальной опасности больного существуют противоположные точки зрения – от констатации низкой надежности метода по причине возможного субъективизма специалистов, наличия различий в их подготовке и клиническом опыте; стремления к “перестраховке” и “переоценке” риска опасности; неполного спектра критериев; низкой валидности метода; невозможности воссоздания процесса принятия решения и проверки его точности до признания преимущества метода клинического наблюдения над другими.

Как показывает практика, определение риска опасного поведения с использованием лишь клинико-психопатологического подхода не всегда обеспечивает объективность и точность такого прогноза. Приведем некоторые примеры.

Анализ данных государственной статистической отчетности, доля больных, совершивших повторные опасные деяния, остается на протяжении ряда лет довольно стабильной и составляет в среднем по стране порядка 30% (2006 г. – 31,6%; 2013 г. – 28,6%) от общего числа поступающих на принудительное лечение. Наиболее информативным в аспекте анализа качества проведенного ПЛ и обоснованности его прекращения является показатель годичной повторности, в 2013 г. его значение в среднем по стране составляло 6,4%. При этом доля больных, совершивших новое ООД менее чем через год после отмены ПЛ, была равна, к примеру, в Волгоградской области 15,2%, в Калининградской – 16,7%, а в Ульяновской – 42,1%. Столь высокие показатели рецидивов ООД вскоре после выписки из ПБ позволяют говорить об актуальности

проблемы недооценки потенциального риска опасности больных при принятии решения об отмене принудительного лечения.

Имеют место значительные территориальные различия в сроках исполнения ПММХ, что также свидетельствует об отсутствии единого подхода и понимания оценки потенциальной опасности больных. К примеру, длительность пребывания больных на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра (АПНЛ) в ряде территорий страны в разы отличается от среднероссийского показателя. Так, в среднем по РФ в 2013 г. она составляла 632,7 дня, при этом в Саратовской области – 4899,8 дня, а в 6 территориях число дней нахождения на АПНЛ не превышало 6 месяцев. Продолжительность лечения больных в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН) также имеет значительные различия. Данный показатель в 2013 г. в Смоленской ПБСТИН составлял 1090,7 дня, а в Калининградской ПБСТИН – 4843,6 дня.

Наблюдается тенденция ежегодного сокращения численности больных, находящихся под активным диспансерным наблюдением психиатра, что при сохраняющемся высоком показателе повторности ООД свидетельствует о снижении активности работы участковой службы, направленной на их профилактику. Показатель числа потенциально опасных пациентов, включенных участковыми психиатрами в группу АДН, в 2013 г. был равен 35,1 на 100 тыс. населения. Его значение имело существенные различия в территориях РФ (от 2,3 на 100 тыс. в Республике Ингушетия до 130,4 – в Калужской области). С учетом того, что именно наличие потенциального риска опасного поведения является основанием для определения активного диспансерного наблюдения за больным, столь выраженная диспропорция данного показателя свидетельствует о значительных различиях между регионами в подходах к его определению.

Ежегодно имеет место существенное расхождение между числом рекомендаций судебно-психиатрических экспертных комиссий о назначении принудительного лечения в стационарных условиях и числом поступивших на такое лечение пациентов. В 2013 г. разница в указанных показателях составляла 42,3%. Одновременно на АПНЛ было принято больше больных, по сравнению с рекомендациями СПЭК. В целом за последние 8 лет поступило на АПНЛ на 2424 больных больше, чем было рекомендовано экспертными комиссиями. Это можно объяснить тем, что суды по собственной инициативе чаще выносят решения о назначении этой принудительной меры медицинского характера, нежели им рекомендуют СПЭК, что в ряде случаев может быть обусловлено недостаточным обоснованием в экспертном заключении наличия у больного опасности для себя или других лиц и выбора вида принудительного лечения.

Помимо расхождений в числе рекомендаций СПЭК относительно вида ПММХ и вынесенных судебных решений, серьезной проблемой в практике применения рассматриваемых мер являются территориальные различия в экспертных рекомендациях. Так, в 2013 г. рекомендации СПЭК о применении принудительного лечения в ПБСТИН отсутствовали в 18 субъектах Российской Федерации. Одновременно с этим в Республике Татарстан и Костромской области данный вид ПММХ был рекомендован каждому пятому подэкспертному (21,0% и 24,6% соответственно). Одной из главных причин указанных различий является отсутствие единого алгоритма оценки опасности лиц с психическими расстройствами, в том числе при определении необходимого больному вида принудительного лечения.

При доминировании клинико-психопатологического подхода к оценке риска совершения ООД личность больного, условия ее формирования, иные анамнестические сведения и ситуационные факторы, значимые в генезе общественной опасности, далеко не всегда анализируются специалистами при принятии решения.

Это определяет необходимость использования комплексного подхода к оценке риска опасного поведения с участием, наряду с психиатрами, медицинских психологов в части определения патопсихологических особенностей психической деятельности больного, выявления тенденций к агрессивным, насильственным поступкам, соответствующих эмоционально значимых чувственных переживаний с квалификацией их аномального, асоциального вектора направленности.

Существуют методики патопсихологической диагностики, использование которых при проведении комплексных (психолого-психиатрических) судебных экспертиз и комиссионных освидетельствований в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера может повысить объективность и точность оценки потенциального риска опасного поведения, аргументированность заключений, выносимых в отношении лечения, профилактики и реабилитации психически больных.

К таковым относятся: шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник ВСК (волевой уровень самоконтроля), цветовой тест Люшера, классификация ценностей по Леонтьеву, методика Томаса–Килманна по конфликтному образу действий, опросник уровня агрессивности Басса–Перри и проч. Заслуживает внимания также использование проективных методик (таких как тест руки Вагнера), при выполнении которых испытуемые отвечают на неоднозначные и неструктурированные стимулы, что позволяет выявлять их потребности, особенности эмоционального реагирования, конфликтность.

То же касается выявления в процессе сексологического исследования расстройств сексуального предпочтения, парафильного синдрома, рецидивности поступков и актуальных идеаторных переживаний, фантазий, что в совокупности с соответствующими клиническими, патопсихологическими характеристиками предопределяет

заключение о потенциальной опасности больного как при производстве СПЭ, так и в ситуации продления или изменения ПММХ.

В целом анализ научно-исследовательских работ о факторах риска и возможности прогнозирования совершения общественно опасных действий лицами с тяжелыми психическими расстройствами свидетельствует о том, что существует два основных подхода к оценке риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами: клинический прогноз – представляет собой субъективную оценку специалистов, прежде всего, психиатров и психологов; статистический прогноз – строится на установлении факторов риска, выделенных в эмпирических исследованиях и обладающих статистической значимостью. Формализованные инструменты, разработанные с использованием статистического метода, строят прогнозную модель отнесения личности к категории представляющих риск насилия.

Для улучшения точности такого прогноза зарубежными специалистами были предложены методики, названные “структурированными профессиональными суждениями”. Этот метод является попыткой объединения обоих подходов для клинической практики определения риска насилия.

В нашей стране научная разработка и использование математико-статистического анализа в данной области до сих пор еще не получила широкого распространения.

Результаты исследований потенциальной общественной опасности больных с применением формализованных зарубежных инструментов свидетельствуют о том, что механическое их внедрение в практику отечественной психиатрии невозможно, потому что эти методики были разработаны в ином социальном, культурном и правовом контексте, а также по причине их нацеленности преимущественно на прогноз вероятности насилия. Российское уголовное законодательство и судебная психиатрия исходят из широкого понимания опасности лица

с психическим расстройством, включающего возможное совершение им любых общественно опасных действий, предусмотренных уголовным законом. Актуальной и перспективной научно-практической задачей судебно-психиатрической профилактики является разработка уникальных отечественных методик для прогнозирования риска опасного поведения психически больных, основанных на комплексном подходе.

В настоящее время у специалистов отечественной и зарубежной практик отсутствует единая методология проведения оценки риска потенциальной опасности, позволяющая гарантировать точность прогноза.

Абсолютная его точность пока представляется недостижимой в силу сложнообусловленного и порой непредсказуемого опасного поведения этой категории больных, а также необходимости формирования долгосрочного прогноза. К примеру, врач вряд ли может предвидеть совершение опасных действий на фоне помрачения сознания или под влиянием императивных галлюцинаций, но, тем не менее, существует большое разнообразие иных клинических ситуаций, когда такого рода прогноз может быть дан с достаточной определенностью.

Современная модель оценки риска предполагает не абстрактный прогноз будущего ООД психически больного, а связь прогнозирования с целым рядом сопутствующих обстоятельств, при наличии или отсутствии которых общественная опасность конкретного пациента определяется с высокой степенью вероятности. Необходимо использование комплексной структурированной процедуры оценки потенциального риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Такая процедура должна включать применение:

- единого регламента оценки опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами;
- структурированного клинического прогноза;
- стандартизированной батареи патопсихологических тестов;

- методики оценки риска, основанной на использовании факторов риска, обладающих статистической значимостью.

Процедура оценки может иметь определенные особенности в зависимости от поставленных задач и ситуации. К примеру, при определении потенциальной опасности больного для себя или других лиц с целью решения вопроса о продлении либо отмене принудительного лечения необходимым является анализ динамических показателей, свидетельствующих об изменении клинико-психопатологической, патопсихологической и социальной характеристик пациента, в то время как в иных ситуациях проведение такого анализа менее значимо.

Использование структурированного подхода, многокомпонентной процедуры скрининга потенциального риска опасного поведения больных, основанного на единых критериях и применении регламента оценки риска, будет способствовать повышению эффективности прогноза, его объективизации и доказательности.

### **Контрольные вопросы:**

1. Дайте характеристику проблемы оценки риска общественной опасности психически больных.
2. Какие методы оценки риска опасных действий психически больных Вам известны?
3. Опишите зарубежный опыт определения риска насилия.
4. Назовите основные подходы к оценке риска опасного поведения психически больных.
5. Охарактеризуйте актуарный подход к определению риска насилия.
6. Дайте характеристику клинического подхода к оценке риска опасного поведения психически больных.
7. Какие оценочные инструменты риска насилия Вам известны?

8. Перечислите способы определения потенциального риска опасного поведения больных, используемые в отечественной психиатрии.
9. Каким нормативным документом определено формирование группы активного диспансерного наблюдения? Какие параметры оценки потенциальной общественной опасности больного в нем используются?
10. Как реализуется комплексный подход к оценке риска опасного поведения психически больных?

### **Глава 3**

#### **СТРУКТУРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РИСКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Методика “Структурированная оценка риска опасного поведения” (СОРОП)* подготовлена сотрудниками ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского” Минздрава России: руководителем Отдела судебно-психиатрической профилактики, доктором медицинских наук О.А. Макушкиной, старшим научным сотрудником, кандидатом физико-математических наук Л.А. Муганцевой (Макушкина О.А., Муганцева Л.А., 2015–2016).

Для определения надежности методики использовался коэффициент альфа Кронбаха. Он показывает внутреннюю согласованность характеристик, описывающих один объект. Стандартизированный коэффициент альфа Кронбаха вычисляется по формуле:

$$\text{Альфа} = N \cdot R_{\text{ср}} / (1 + (N - 1) \cdot R_{\text{ср}}), \text{ где}$$

$N$  – число объектов,

$R_{\text{ср}}$  – средний коэффициент корреляции между компонентами.

Надежность СОРОП проверялась для 22 факторов и 365 больных. Вычисленное значение коэффициента альфа Кронбаха оказалось равным 0,98, что свидетельствует об очень хорошей надежности в отношении оценки риска совершения ООД лицами, страдающими психическими расстройствами.

Методика основана на комплексном применении клинико-психопатологического и математико-статистического методов и предназначена для определения риска совершения ООД лицами, страдающими психическими рас-

стройствами. При разработке методики использованы результаты сравнительного исследования 507 больных. Положенные в основу СОРОП параметры описаны отечественными и зарубежными исследователями в области психиатрии как факторы риска опасного поведения психически больных.

В СОРОП используются 22 параметра (признака). Это высокоинформативные, статистически значимые факторы для определения общественной опасности. Проводящий оценку специалист должен провести анализ их наличия либо отсутствия у больного и заполнить протокол обследования. Методика позволяет рассчитать степень риска опасного поведения – определяется высокий, повышенный, средний либо пониженный уровень общественной опасности. К заключению прилагается протокол обследования с ранжированием оценочных параметров по трем блокам: блок клинических признаков; блок признаков, связанных с историей жизни больного и блок признаков, характеризующих его социальную адаптацию.

Методика рекомендуется к использованию психиатрами *в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами* в различных клинических ситуациях: при решении вопросов об установке за больным активного диспансерного наблюдения либо его отмене; рекомендации назначения, продления, отмены принудительного лечения и оценке его эффективности. Последнее определяется возможностью с помощью методики СОРОП не только оценить степень риска общественной опасности больного, но и получить информацию о факторах риска его опасного поведения, протективных факторах и их динамических изменениях. Результаты оценки потенциальной общественной опасности, имеющие цифровое выражение, могут быть предоставлены судам в качестве дополнительного обоснования при назначении и отмене принудительных мер медицинского характера.

В методике СОРОП используются следующие принципы определения риска. *Первый принцип* – однотипность

(единообразие) в понимании понятия “риск опасного поведения” проводящими оценку специалистами. При этом под риском опасного поведения лица, страдающего тяжелым психическим расстройством, понимают высокую степень вероятности совершения больным правонарушения, предусмотренного Особенной частью УК РФ, а также суицидальных действий.

*Второй принцип* – многофакторность, комплексность оценки. Реализация принципа заключается в рассмотрении совокупности оценочных параметров как иерархической системы с различными показателями информативности. Применение методики предполагает их анализ ответственным за обследование больного специалистом на основании имеющихся в его распоряжении данных, в том числе полученных путем клинического обследования и наблюдения, а также содержащихся в медицинской и иной документации, характеризующем материале.

*Третий принцип* – объективность и корректность. Его смысл в том, чтобы обеспечить реальное отражение ситуации, оценивая потенциальную возможность опасного поведения психически больного. Реализация принципа обеспечивается наличием четких критериев оценки и структурированной процедуры их анализа, что обеспечивает воспроизводимость полученных результатов различными специалистами.

*Четвертый принцип* – динамичность оценки. Основой данного принципа является изменчивость потенциальной общественной опасности психически больных, обусловленная динамикой клинико-психопатологических, психологических и ситуационных факторов риска и протективных факторов. Методика СОРОП предоставляет возможность определения риска опасного поведения через различные периоды времени.

К важным достоинствам СОРОП можно отнести:

1. Структурирование клинического суждения специалиста, проводящего оценку;

2. Использование оценочных критериев с высокими показателями информативности и прогностической силы;
3. Унификацию, стандартизацию процедуры оценки, снижающую ее субъективизм;
4. Обеспечение возможности контролировать обоснованность принятого решения другими специалистами.

При этом, безусловно, данный инструмент не может учесть всю полноту факторов риска и их возможные сочетания в генезе опасного поведения конкретного больного. Решение этого вопроса зачастую находится в плоскости ситуационного анализа. Сказанное определяет неоспоримый приоритет специалиста в области общей или судебной психиатрии, занимающегося курацией пациента, при вынесении окончательного решения.

*Методику СОРОП целесообразно использовать как дополнение к клинической оценке состояния больного и клинико-динамическому наблюдению для скрининга потенциальной общественной опасности, выделения категории лиц группы риска по совершению ООД, требующих особого внимания специалистов, как в плане прогнозирования, так и профилактики их опасного поведения. При этом применение процедуры скрининга, использование единых критериев и регламента оценки риска будут способствовать повышению точности прогноза, его объективизации и доказательности.*

### **Описание методики и инструкция по ее применению**

Процедура оценки риска общественно опасного поведения подразделяется на 4 этапа. На первых двух этапах проводится скрининг потенциальной общественной опасности с применением методики СОРОП.

*На первом этапе* оценивается наличие или отсутствие у больного *каждого из 22 признаков*, входящих в СОРОП, заполняется Протокол обследования (Приложение 1).

*На втором этапе* анализируются результаты оценки. Проводится подсчет суммы величин прогностических коэффициентов имеющих у больного признаков. Используются параметры оценки, представленные в Приложении 2. Процедура скрининга завершается вынесением предварительного решения о потенциальном риске общественной опасности с его фиксацией в Протоколе обследования больного (Приложение 1).

*Третий этап* предполагает использование индивидуального подхода и ситуационного анализа с оценкой иных факторов риска, не вошедших в СОРОП, но значимых для генеза опасного поведения данного больного.

*На заключительном (четвертом) этапе* выносятся общая оценка риска уровня опасного поведения больного. На ее основе определяется обоснованность применения специальных мер профилактики общественной опасности (установление за больным активного диспансерного наблюдения, рекомендация о назначении принудительных мер медицинского характера).

Ниже приведена характеристика этапов оценки риска.

**Первый этап** – скрининг потенциальной общественной опасности с применением методики СОРОП. Специалист, отвечающий за исследование, оценивает наличие у больного факторов, значимых в генезе опасного поведения. Процедура оценки структурирована и должна проводиться в соответствии с Протоколом обследования (Приложение 1) с обязательным его заполнением в отношении каждого обследуемого. Специалист оценивает наличие/отсутствие всех признаков, представленных в Протоколе. После завершения анализа производится подсчет суммы баллов с учетом указанных в Приложении 2 величин оценки наличия либо отсутствия каждого признака.

Протокол обследования больного (Приложение 1) содержит специальные графы – “комментарии”, в которых должны быть кратко изложены заключения исследовате-

ля и источник информации, использованной в процессе оценки.

К примеру, у больного, при наличии криминального опыта, к настоящему времени имеется устойчивая семейная адаптация, члены семьи проявляют заботу о нем, у пациента есть реальные планы по сохранению семьи, усиленному трудоустройству. Указанные факторы должны вноситься в раздел “комментарии” и учитываться специалистом, отвечающим за формирование окончательной оценки о потенциальном риске общественной опасности больного.

Используемые в методике признаки ранжированы по трем блокам: *блок клинических признаков; блок признаков, связанных с историей жизни больного, и блок признаков, характеризующих его социальную адаптацию.* Эти блоки признаков представлены в протоколе обследования больного (Приложение 1). Каждый блок содержит по несколько показателей. Принцип деления факторов риска и протективных факторов на блоки представляется целесообразным с позиций определения приоритетных направлений лечебной и реабилитационной работы, направленной на предупреждение опасного поведения психически больных, а также оценки ее эффективности.

В Приложении 2 величины оценки каждого из 22 используемых в методике СОРОП признаков приведены в порядке их убывающей информативности. Это связано с особенностями подсчета результатов скрининга, речь о котором пойдет ниже.

Из трех блоков параметров, используемых для определения риска опасного поведения, только один статичен (*блок признаков, связанных с историей жизни больного*), два других подвержены динамическим изменениям.

**Блок клинических признаков** включает 7 параметров, направленных на определение наличия у больного клинических предпосылок к формированию опасного поведения, в том числе с позиций коморбидности с болез-

нями зависимости. Отдельный пункт посвящен оценке комплайентности пациента как важного фактора профилактики совершения опасных действий. Ниже представлена их краткая характеристика.

*Выраженные нарушения поведения.* Этот пункт должен получить положительную оценку при наличии в клинической картине психического расстройства значительных нарушений поведения с агрессивностью, конфликтностью, антисоциальными тенденциями, оппозиционно-негативистическим отношением к общепринятым нормам поведения. При наличии аутоагрессивного поведения пункт также оценивается положительно.

*Выраженные эмоциональные нарушения.* Пункт оценивается положительно, если у больного имеется выраженная патология эмоциональной сферы в сочетании с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости. К важным для оценки эмоциональным нарушениям относятся: эксплозивность; частые и безмотивные смены настроения; депрессия; парадоксальность и грубость аффективных разрядов, ригидность аффекта; дисфории; эмоциональная неадекватность, холодность с безразличием к жизни и благополучию других людей, отсутствием чувства вины, эмпатии, сопереживания, жестокостью, парадоксальностью эмоционального реагирования.

*Выраженная прогредиентность психического расстройства.* Ответственный за исследование специалист дает положительную оценку этого признака в случае сочетания выраженной прогредиентности заболевания со значительными нарушениями критики, интеллекта, личностным огрублением с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением (вплоть до утраты) волевого и/или интеллектуального контроля над поведением.

*Продуктивная психотическая симптоматика.* Положительную оценку данного пункта следует дать при наличии у больного психотической симптоматики,

характер которой может определять его опасность для окружающих и/или себя. К таковой относятся императивные галлюцинации; депрессивные и маниакальные состояния психотического уровня; бред преследования, воздействия, отравления; ипохондрический, депрессивный, паранойяльный бред, бред ревности; импульсивные, не имеющие мотива поступки; наплывы галлюцинаторно-бредовых переживаний на фоне страха и растерянности. В процессе оценки необходимо учитывать характер течения заболевания, фактор терапевтической динамики, насыщенность и стойкость бредовых переживаний любого содержания, направленность на определенных лиц.

*Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ.* Проводящий обследование специалист ставит отметку в колонке “Да” во всех случаях, когда есть данные о наличии у больного синдрома зависимости от ПАВ. Аналогичная оценка должна быть сделана также при систематическом употреблении алкоголя, наркотиков или иных психоактивных веществ, которые усиливают изменения волевой регуляции, аффективной сферы и поведения при отсутствии признаков синдрома зависимости.

С учетом того, что в большей части случаев у больных нарушена критика относительно злоупотребления ПАВ либо они намеренно скрывают эту негативно характеризующую их информацию, необходимо проанализировать все доступные сведения по данному вопросу, в том числе с привлечением родных и близких пациента для их получения.

*Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы.* Положительная оценка дается в соответствии параметрами, приведенными в предыдущем пункте, в случае их сочетания с наличием в анамнезе у больного травм головы. Суждение о травматизации может быть основано на данных медицинской документации либо на заявлении больного о перенесенных черепно-

мозговых травмах с описанием соответствующих симптомов. Наиболее распространенные из них – тошнота, рвота, бледность кожных покровов, головная боль, потеря сознания, амнезия, когнитивные нарушения.

*Приверженность лечению.* Специалист ставит отметку в колонке “Да” при наличии совокупности следующих признаков: высказывания больного о необходимости лечения имеющегося у него психического расстройства; регулярное посещение им участкового психиатра в соответствии с установленными датами приема; выполнение врачебных рекомендаций как относительно приема психофармакотерапии, так и участия в психокоррекционной работе, в тренингах и иных мероприятиях по психосоциальной терапии и реабилитации.

При нахождении пациента в психиатрическом стационаре необходимо провести анализ анамнестических сведений относительно курации во внебольничных условиях, а также в динамике оценить его поведение, высказывания относительно проводимого лечения, участие в реабилитационных мероприятиях, взаимодействие с медицинским и иным персоналом за период стационарного лечения.

***Блок признаков, связанных с историей жизни больного,*** включает семь параметров.

*Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом.* Оценивая данный пункт, специалисту необходимо изучить всю доступную информацию по этому вопросу из характеризующего материала, медицинской документации, материалов уголовного дела (если таковые имеются), а также расспросить больного о фактах привлечения к уголовной ответственности в прошлом, нахождении в местах лишения свободы или на принудительном лечении. В случае их наличия оценка должна быть положительной.

*Неоднократное физическое или сексуальное насилие в детском (подростковом) возрасте.* Положительная

оценка дается при наличии сведений о физическом или сексуальном насилии в отношении больного в детстве, повторявшемся неоднократно (более 1 раза). Во всех случаях для получения данной информации проводящий оценку специалист должен стремиться к установлению доверительных взаимоотношений с пациентом, помнить о возможности вытеснения либо осознанного сокрытия данной неприятной для него информации.

*Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте.* Этот пункт следует оценивать положительно при наличии сведений о стойком диссоциальном, агрессивном или вызывающем поведении в указанный возрастной период. Его проявлением могут быть чрезмерная драчливость или хулиганство; жестокость к людям или животным; разрушение собственности; поджоги, воровство, употребление психоактивных веществ, многочисленные прогулы в школе и уходы из дома, частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее провокационное поведение; постоянное непослушание. Такое поведение в своей наиболее крайней степени доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм. Специалист, отвечающий за исследование, выявляет и учитывает все факты девиантного и делинквентного поведения в детско-подростковом возрасте.

*Враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве.* Оценка данного пункта требует прицельного расспроса пациента о характере его взаимоотношений с каждым из родителей, с обсуждением конкретных примеров для определения объективности оценочного суждения. Последнее необходимо в связи с распространенным у больных тяжелыми психическими расстройствами нарушением критических способностей, отсутствием, в ряде случаев, у них представлений об эмоциональной теплоте либо безразличном отношении близких.

При наличии сведений о враждебных, конфликтных, эмоционально холодных, безразличных взаимоотношени-

ях больного в детстве с обоими родителями специалист положительно оценивает данный пункт. Во всех остальных случаях дается отрицательная оценка.

*Антисоциальная структура личности в преморбиде.* Пункт оценивается положительно если есть сведения о наличии у больного до дебюта психического расстройства эмоционально неустойчивой, возбудимой, диссоциальной личностных структур с такими качествами, как чрезмерная агрессивность, раздражительность, низкий самоконтроль, ригидность, враждебность, мстительность, импульсивность, равнодушие к чувствам и интересам других людей, отсутствие чувства сострадания, стыда, ответственности, угрызений совести и раскаяния, бессердечие, склонность к асоциальным действиям.

Такие пациенты в преморбиде могут отличаться отсутствием всяких духовных интересов, эгоистичностью, капризностью, вспыльчивостью, раздражительностью, злопамятностью, импульсивностью и конфликтностью. Им могут быть свойственны периоды мрачного настроения с дисфориями. Как правило, у них имеет место недоразвитие высших нравственных чувств. В детстве они могут быть упрямыми, жестоки, у них рано формируется оппозиция к родителям, им свойственна псевдология и в части случаев – открытая враждебность к окружающим. Их общение со взрослыми может сопровождаться вспыльчивостью, приступами ярости и гнева. В школе они нарушают дисциплину – конфликтуют с учителями и одноклассниками, претендуют на лидерство, не усваивают программу, сквернословят, затевают драки, пропускают занятия.

В детско-подростковом возрасте совершают кражи, убегают из дома, бродяжничают, употребляют психоактивные вещества в группах и в одиночку. По мере взросления проявляются отсутствие чувства привязанности и любви к близким, неспособность к стабильной трудовой деятельности. Еще до дебюта тяжелого психического расстройства эти лица могут быть социально дезадаптирова-

ны, часто меняют место работы, игнорируют социальные, моральные и правовые нормы, обнаруживают склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками.

Импульсивность, тенденция действовать без учета последствий и отсутствие самоконтроля, являясь преморбидными особенностями личности, зачастую сочетаются с неустойчивостью настроения и аффективными вспышками. При наличии такой личностной структуры еще в детско-подростковом возрасте любые ограничения, запреты и наказания вызывают у них бурные реакции протеста со злобностью и агрессией. Все это в совокупности определяет нарушение социальной адаптации.

Преобладание возбуждимого личностного радикала проявляется приступами гнева, ярости, иногда с двигательным возбуждением, неспособностью сдерживать влечения, нетерпимостью к ограничениям, склонностью к бурным аффективным реакциям. В дальнейшем это в большинстве случаев неспособные к длительной целенаправленной деятельности люди. Возможно наличие расторможенности влечений, склонности к перверсиям и промискуитету.

Степень выраженности и сочетание перечисленных характеристик могут быть различными. Исследователь дает положительную оценку пункта (делает отметку в графе “да”) при наличии сведений, позволяющих сделать вывод о наличии любой из вышеуказанных личностных структур.

*Низкий образовательный уровень.* Этот пункт не нуждается в дополнительных пояснениях по его оценке и предполагает отметку “да” в протоколе исследования при обучении больного во вспомогательной школе, а также в случае наличия у него начального, незаконченного среднего или среднего образования.

*Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе.* Оценка данного пункта должна базироваться не только на соответствующих сведениях из медицинской документации, но и при активном

расспросе больного. Его указания на неоднократные черепно-мозговые травмы, перенесенные нейроинфекции и тяжелые интоксикации алкоголем и его суррогатами, а также иными психоактивными веществами с описанием симптомов, соответствующих различным их клиническим формам, свидетельствуют о необходимости констатации наличия экзогенно-органических вредностей с положительной оценкой данного пункта в протоколе исследования.

Перенесенные больным травмы головы следует учитывать однократно – в данном пункте либо (в случае их сочетания с зависимостью или злоупотреблением психоактивными веществами) в соответствующем пункте из блока “клинические признаки”.

***В блоке признаков, характеризующих социальную адаптацию больного,*** оцениваются 6 факторов.

*Материальная и жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей.* Оценка этого пункта проводится после расспроса больного об условиях проживания, наличии и размере пенсии, заработной платы, финансовой помощи родных и близких с анализом имеющейся в медицинской документации информации по данному вопросу. Она не может базироваться на субъективной интерпретации обследуемым условий его жизнедеятельности. В случае наличия хотя бы одной составляющей (больной материально не обеспечен, испытывает значительные материальные затруднения и связанную с ними невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей, имеет место жилищная неустроенность) данный пункт оценивается положительно с соответствующей пометкой в графе “да”.

*Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение.* Необходимо определить характер взаимоотношений больного с родными и близ-

кими на основе информации, полученной как от него самого, так и из медицинской документации, заключений судебно-психиатрических экспертов, характеризующего материала, со слов членов его семьи.

Плохие взаимоотношения между больным и близкими ему людьми (враждебные, отчужденные и пр.), равно как и отсутствие каких-либо контактов, безразличие родственников и членов семьи к его судьбе, проживание в антисоциальном микросоциуме являются основанием для положительного ответа специалиста на данный вопрос.

Пункт *“Наличие помощи и поддержки родных, близких”* оценивается положительно лишь в тех случаях, когда есть забота близких людей о больном, их заинтересованность его судьбой, содействие и контроль с их стороны за своевременностью посещений врача и соблюдением врачебных рекомендаций, а также иные виды помощи и поддержки. Если такого рода взаимоотношений нет, а также в случае отсутствия у больного родных и близких оценка должна быть отрицательной с отметкой в графе “нет” напротив данного признака.

Заполнение пунктов относительно *занятости больного (асоциальность: отсутствует трудовой стаж, не работает, не учится); стабильная трудовая занятость на протяжении всей жизни; трудовая занятость связана с выполнением квалифицированного труда)* не нуждается в дополнительном пояснении в силу конкретности сформулированных утверждений, предлагаемых к оценке. При этом квалификация труда определяется в соответствии с характером трудовой деятельности пациента в настоящее время (в случае, если он имеет место работы) либо с учетом анамнестических сведений о последнем трудоустройстве.

**На втором этапе** оценки риска опасного поведения после оценки наличия либо отсутствия у больного признаков, представленных в Протоколе обследования (Приложение 1), ответственный специалист заполняет

данный Протокол в соответствии с приведенными выше рекомендациями.

Затем, используя параметры оценки каждого признака, величины которых представлены в Приложении 2, указывает их значение напротив всех параметров в Протоколе (Приложение 1) в соответствии с результатами обследования данного пациента. Дополнительно просчитывается суммарный балл по каждому из трех блоков признаков.

Наконец, оценивается степень риска опасного поведения больного. Для этого производится подсчет суммы прогностических коэффициентов в баллах. Необходимо помнить, что *Суммирование величин прогностических коэффициентов признаков производится в том порядке, в котором они приведены в Приложении 2.* Данный порядок учитывает величину информативности параметров оценки и обеспечивает ее надежность.

Используемый в СОРОП порог оценки (–) 20 и (+) 20 в методе Кульбака соответствует принятию решения с вероятностью ошибки в 1%. *Как только алгебраическая сумма баллов достигает выбранного прогностического порога (+) 20 или (–) 20, процедура подсчета должна быть завершена.* При достижении порога (+) 20 специалист дает заключение о “высоком риске совершения опасных действий по результатам скрининга”, при достижении порога (–) 20 – о “низком риске совершения опасных действий по результатам скрининга”. Если порог не достигнут, в зависимости от значения полученной суммы прогностических коэффициентов формируется заключение о повышенном (от (+) 6 до (+) 19 баллов, среднем (от (–) 6 до (+) 6 баллов) или пониженном (от (–) 6 до (–) 19 баллов) риске общественной опасности больного. Указанная оценка вносится в соответствующую графу Протокола обследования больного (Приложение 1). Этим завершается процедура скрининга.

**На третьем этапе** оценки общественной опасности ответственный за нее специалист анализирует иные

факторы, которые отсутствуют в СОРОП, но могут способствовать либо препятствовать совершению ООД данным больным и должны быть учтены при вынесении окончательного суждения об его общественной опасности. Соответствующая информация вносится в графу “комментарии” Протокола обследования. Ее учет необходим при итоговой оценке риска опасного поведения.

**На заключительном (четвертом) этапе** курирующим больного психиатром совместно со специалистом, применившим методику СОРОП, выносится обобщенное суждение о потенциальной общественной опасности. В ряде случаев этот вопрос может решаться на заседании врачебных комиссий с участием заведующих отделениями, заместителей главного врача медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь.

Наиболее полно с методикой можно ознакомиться при прохождении образовательных циклов повышения квалификации “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера” в ФМИЦПН имени В.П. Сербского Минздрава России. Для удобства ее применения разработана программа для ЭВМ “Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных”<sup>40</sup>.

Представленная методика является дополнительным инструментом определения потенциальной общественной опасности лиц с тяжелыми психическими расстройствами. В качестве параметров оценки в ней используются высокоинформативные, статистически значимые факторы риска опасного поведения психически больных и протективные факторы.

---

<sup>40</sup> Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016619260 от 16 августа 2016 г. Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных / Макушкина О.А., Муганцева Л.А., Юрко В.К. – М.: ФМИЦПН им. В.П. Сербского, 2016.

СОРОП не заменяет клинико-психопатологическое и патопсихологическое исследование и диагностику. Все многообразие клинических проявлений психических расстройств, личностных особенностей и ситуационных факторов, значимых в формировании опасного поведения конкретного больного, нуждается в комплексной оценке специалистов, которая не может быть основана на изолированном применении формализованного инструмента.

Методику СОРОП целесообразно использовать на этапе скрининга потенциальной общественной опасности, определяя категорию пациентов группы риска по совершению ООД, требующих особого внимания специалистов как в плане прогнозирования, так и профилактики их опасного поведения. При этом процедура скрининга, основанного на единых критериях и использовании регламента оценки риска, будет способствовать повышению точности прогноза, его объективизации и доказательности.

Авторами будет проводиться дальнейшая работа по определению эффективности представленной методики путем систематизации и анализа опыта ее применения при взаимодействии со специалистами региональных психиатрических служб.

### **Контрольные вопросы:**

1. Какие этапы определения риска опасного поведения психически больных выделяются?
2. Что такое скрининг общественной опасности психически больного? Какова цель его проведения?
3. В чем преимущество применения структурированной процедуры оценки потенциальной общественной опасности?
4. Какие статистически значимые высокоинформативные факторы риска совершения ООД Вам известны?

5. Факторы риска и протективные факторы – какова их роль в генезе общественной опасности? Почему знание о них так важно для специалистов психиатрического профиля?
6. Назовите принципы оценки риска опасного поведения, используемые в методике СОРОП.
7. Каковы цель и возможности применения методики СОРОП?
8. Дайте характеристику блока клинических признаков, используемых в методике СОРОП.
9. Опишите блоки признаков в методике СОРОП, связанные с историей жизни больного и характеризующие его социальную адаптацию.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Прогнозирование риска совершения опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами, является важной частью работы специалистов психиатрической службы.

Такого рода оценка имеет принципиальное значение с позиций не только соблюдения интересов и прав пациентов, но и защиты общества от последствий их опасных действий. Эффективность прогноза невозможна без глубокого знания особенностей формирования опасного поведения; факторов, способствующих и препятствующих его проявлению.

Необходимость определения потенциальной общественной опасности психически больных диктуется действующим уголовным законодательством, законодательством в области психиатрии, иными нормативными и правовыми актами. Результаты оценки риска опасного поведения определяют целесообразность применения специальных профилактических мероприятий – недобровольного освидетельствования психиатром; госпитализации в недобровольном порядке в психиатрический стационар; установления за больным активного диспансерного наблюдения; назначения принудительных мер медицинского характера.

Психиатры и медицинские психологи должны быть хорошо информированы об эффективных методах и инструментах, обеспечивающих точность и объективность такого прогноза, иметь навыки их применения в повседневной клинической деятельности.

Авторы выражают надежду на то, что представленные в Учебном пособии материалы по различным аспектам общественно опасного поведения психически больных, условиям его формирования и способам оценки позволят совершенствовать процесс подготовки специалистов по вопросам судебно-психиатрической профилактики, будут способствовать повышению качества этой работы в подразделениях психиатрической службы страны.

## **СПРАВОЧНО-БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АППАРАТ**

### **Список сокращений и условных обозначений**

<b>АДН</b>	– активное диспансерное наблюдение
<b>АПНЛ</b>	– принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
<b>МСЭК</b>	– медико-социальные экспертные комис- сии
<b>ООД</b>	– общественно опасные действия
<b>ОПР</b>	– органическое психическое расстройство
<b>ПАВ</b>	– психоактивные вещества
<b>ПК</b>	– прогностический коэффициент
<b>ПЛ</b>	– принудительное лечение
<b>ПММХ</b>	– принудительные меры медицинского ха- рактера
<b>ПНД</b>	– психоневрологический диспансер
<b>СПП</b>	– судебно-психиатрическая профилактика
<b>СПЭ</b>	– судебно-психиатрическая экспертиза
<b>СПЭК</b>	– судебно-психиатрическая экспертная ко- миссия
<b>УК</b>	– Уголовный кодекс

## Литература

Агафонов С.Н. Роль проблем качества жизни больных шизофренией в совершении ими агрессивных общественно опасных действий // Рос. психиатр. журн. – 2001. – №3. – С. 34-38.

Агрессия и психические расстройства / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. – 374 с.

Бартол Курт. Психология криминального поведения. – М.–СПб., 2004. – 352 с.

Белоусова М.Л. Преступность и опасные действия больных шизофренией в период 1988–1998 гг. (социально-демографические и криминологические характеристики // Рос. психиатр. журн. – 2002. – №5 – С. 33-37.

Букреева Н.Д., Азаева Г.Д., Сорокина В.А. Организационные аспекты формирования приверженности к лечению больных шизофренией // Рос. психиатр. журн. – 2012. – №1. – С. 13-20.

Булыгина В.Г. Оценка риска агрессии психически больных в стационарах, осуществляющих принудительное лечение: Методические рекомендации – М., 2010. – 26 с.

Булыгина В.Г., Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Кабанова Т.Н., Макурина А.П., Белякова М.Ю., Макурин А.А. Субъективные оценки и реабилитационный потенциал как факторы снижения риска насилия: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2014. – 27 с.

Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю. Нарушения социальной аперцепции как фактор риска совершения повторных общественно опасных деяний у лиц, страдающих психическими расстройствами. (Часть 1) // Рос. психиатр. журн. – 2014. – № 4. – С. 4-10.

Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб.: Питер, 1999. – 352 с.

Васяткина Н.Н., Белоусова М.Л., Ващишин М.Л., Мосолов В.В., Прокудин И.М. Влияние экономической ситуации на преступное поведение лиц с психическими расстройствами // Рос. психиатр. журн. – 2010. – №5 – дополнительный выпуск №1. – С. 13-14.

Верходанова Т. В. Клинические и социальные факторы формирования агрессивного поведения больных шизофренией: Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2007. – 216 с.

Винникова И.Н. Вопросы предикции общественно опасных действий больных шизофренией на современном этапе // Рос. психиатр. журн. – 2008. – №3. – С.4-9/.

Винникова И.Н. Меры медицинской профилактики общественно опасных действий больных шизофренией (терапевтические, реабилитационные и фармакоэкономические аспекты принудительного лечения): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 398 с.

Григорьев С.И., Снедков Е.В. Перспективы использования стандартизированных шкал для оценки риска насильственных действий психически больных // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С.33-35.

Гущина С.А. Факторы риска общественно опасного поведения больных шизофренией с паранойальным бредом ревности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 25 с.

Джафарова Н.А. Инициальный период параноидной шизофрении у больных, совершивших агрессивные правонарушения (клинические проявления и судебно-психиатрическая оценка): Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 244 с.

Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Психопатология и агрессивное поведение // Материалы XIII съезда психиатров России 10–13 октября. – М., 2000. – С.204-205.

Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами: Монография. – Изд. 2-е, перераб., доп. – М.: Медицина, 2003. – 248 с.

Дмитриев А.С. Принципы терапии больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в амбулаторных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т.4. – №4. – С.82-86.

Дукорский В.В. Оптимизация сроков принудительного лечения через оценку риска совершения повторных общественно опасных деяний. – Электронный ресурс – <http://www.bsmu.by/files/mj/4-2011>.

Дукорский В.В., Скугаревская Е.И. Оценка риска насилия как часть психиатрической практики. – Электронный ресурс – <http://www.bsmu.by/files/mj/4-2013>.

Еремина Л.Е. Роль социальных факторов в формировании общественно опасного поведения больных шизофренией (сравнительное многофакторное эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 23 с.

Жариков Н.М. Оценка общественной опасности больных шизофренией по данным эпидемиологических исследований // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т.95. – №2. – С.71-75.

Захаров Н.Б. К вопросу о социальной адаптации больных с расстройствами шизофренического спектра // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 32-35.

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Котов В.П. и др. Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации: Аналитический обзор. – М., 2012. – 356 с.

Казарян М.А. Анализ насильственных преступлений, совершаемых лицами, имеющими психические аномалии // Вестник Воронежского института МВД России. – 2011. – № 1. – С. 83-86.

Кальченко И.А., Семин И.Р., Елисеев А.В. Клинические и социальные аспекты общественно опасных действий психически больных. – Томск: СибГМУ, 2012. – 167 с.

Клембовская Е.В. Негативные личностные расстройства и агрессивное поведение больных шизофренией // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2004. – С. 65.

Кондратьев Ф.В. Роль личности в опасном поведении психически больных // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии. – М., 1984. – С.83-93.

Кондратьев Ф.В. Общественно опасные действия психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причин их реализации) // Материалы Первого съезда психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С.351-357.

Кондратьев Ф.В., Осколкова С.Н. Агрессивное криминальное поведение больных шизофренией в отношении родственников: (клинико-психопатол., личност. и соц.-ситуацион. анализ): Пособие для врачей – М: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005. – 46 с.

Кондратьев Ф.В. Аспекты проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами //Рос. психиатр. журн. – 2006. – №3. – С. 64-69.

Кондратьев Ф.В. Особенности самосознания больных шизофренией (к проблеме мотивации агрессивного поведения психически больных) // Агрессия и психические расстройства. – М., 2006. – Т.1. – С.80-104.

Котов В.П., Мальцева М.М. Диагностика потенциальной общественной опасности // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. – М., 2001. –Гл. 8. – С. 148-166.

Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 255-269.

Котов В.П., Мальцева М.М. Опасные действия лиц с психическими расстройствами и их профилактика. Руководство по судебной психиатрии. –М., 2012. – С. 671-809.

Котов В.П., Мальцева М.М., Макушкина О.А., Голланд В.Б. Опасные действия психически больных в сопоставлении с данными криминальной статистики// Материалы Пятого национального конгресса по социальной и клинической психиатрии. “Психическое здоровье – фактор социальной стабильности и гармоничного развития общества” / Под ред. З.И. Кекелидзе. – М., 2013. – С. 81.

Кудрявцев И.А. Применение проективных методов для психологического исследования аномалий влечения // Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. – М., 1991. – С. 17-24.

Литвинцева М.С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 16 с.

Лунц Д.Р. О психопатологических механизмах опасных действий больных шизофренией и условиях, способствующих их реализации // Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными. – М., 1972. – С. 5-9.

Лунц Д.Р. О клиническом и социально-психиатрическом аспектах изучения общественно опасных действий больных шизофренией // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1974. – С. 10-17.

Макушкина О.А., Анисимова Т.Г., Макушкин Е.В. Проблема оценки риска опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – №11. – С.111-115.

Макушкина О.А., Симбирцев А.А. Тенденции социальных и клинко-психопатологических характеристик психически больных с общественно опасным поведением // Рос. психиатр. журн. – 2014. – № 3. – С. 10-18.

Макушкина О.А., Симбирцев А.А. Характеристики и предикторы повторного опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2014. – №11 (102). – С. 26-32.

Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Повторные общественно опасные действия лиц, страдающих психическими расстройствами: проблемы профилактики // Рос. психиатр. журн. – 2014. – № 2. – С. 4-11.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006–2013 гг. (динамика показателей и анализ эффективности): Аналитический обзор. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России. – 2015. – 192 с.

Макушкина О.А., Жарова Е.Н., Буравцев К.А. Дискуссионные вопросы прогнозирования риска общественной опасности с использованием HCR-20 (Оценка риска насилия; Версия 2) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – №1 (90). – С. 47-53.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Профилактика опасных действий психически больных в амбулаторных условиях. Монография. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2016. – 279 с.

Макушкина О.А., Муганцева Л.А., Яхимович Л.А., Румянцев В.А. Клинко-психопатологическое и математико-статистическое обоснование методики оценки риска опасных действий психически больных // Рос. психиатр. журн. – 2016. – № 2. – С. 20-30.

Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Комплексный (клинко-психопатологический и математико-статистический) подход к оценке риска общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – №2 (91). – С.79-84.

Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2016. – №10 (125). – С. 18-26.

Мальцева М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1987. – 38 с.

Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М., 1995. – 226 с.

Мальцева М.М. Психопатологические механизмы ООД больных с психическими расстройствами. Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – Ч. V, Гл. 36. – С. 433-443.

Медицинская и судебная психология. Учебное пособие / Под ред Т.В. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2004. – С. 99-123.

Морозов Г. В., Шостакович Б. В. Теоретические и методологические вопросы профилактики общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С. 3-24.

Недопил Н. Опасны ли психически больные? (Мифы и факты) // Рос. психиатр. журн. – 2001. – №3. – С. 4-11.

Оценка риска насилия HCR-20; Версия 2 / Кристофер Д. Вебстер, Кевин С. Даллас, Дерек Ивз, Стивен Д. Харт; Пер. с англ.: М.В. Леонтьева, В.В. Ручкин, ред. О.А. Пономарев. – Вильнюс: Издательство ЗАО “Котет”, 2009. – 94 с.

Подольский Г.Н. Клинико-социальная характеристика психически больных со стойким опасным поведением и принципы дифференцированной профилактической работы с ним: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 21 с.

Полубинская С.В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике // Независимый психиатрический журнал. – 2008. – №1. – С. 19-23.

Полубинская С.В. Основания применения принудительных мер медицинского характера // Уголовное право и современность. Сборник статей. – М., 2011. – Вып. 3. – С. 113-125.

Приказ МЗ РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами” // Медицинская газета, 19 сентября 1997 г. № 73.

Русина В.В. Качаева М.А. Клинические и социальные факторы риска криминальной агрессии женщин с органическими непсихотическими психическими расстройствами // Рос. психиатр. журн. – 2009. – №2. – С. 8-12.

Сазонова Н. И. Факторы риска социальной опасности лиц с психическими аномалиями // Административное право и процесс. – 2010. – №4.

Снежневский А.В. Нозос и патос шизофрении // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: 1972. – С. 5-15.

Уголовный кодекс Российской Федерации. Общая часть. Постатейный научно-практический комментарий / Под ред. А.В. Наумова, А.Г. Кибальника. – М.: Библиотечка РГ, 2012. – С. 365-366.

Усов Г.М., Иванова А.А. Оценка факторов риска совершения общественно опасных деяний у больных шизофренией // Рос. психиатр. журн. – 2007. – №5. – С. 15-20.

Усов Г.М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационных аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2008. – 47 с.

Усюкина М.В., Корнилова С.В. Оценка общественной опасности больных эпилепсией // Проблемы профилактики общественно опасных действий психически больных. – М.:Троицкое, 2007. – С. 156-159.

Фрейеров О.Е. Об источниках общественно опасных деяний больных психозами в дефектных состояниях и некоторые особенности судебно-психиатрической экспертизы таких больных // Материалы Четвертого съезда невропатологов и психиатров. – Киев, 1967. – Т.3. – С. 101-103.

Хамитов Р.Р. Клинические, социальные и личностные предикторы особо опасного поведения психически больных: Дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2004. – 260 с.

Шишков С.Н. Правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С.10-12.

Шишков С.Н. Проблемы совершенствования российского законодательства в области судебной психиатрии // Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. – Вып. 1. – С. 208.

Шишков С.Н. Комментарий к главе 15 Уголовного кодекса Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию // Практическое пособие. – М., 2010. – 63с.

Шостакович Б.В. Криминогенность при психических расстройствах и проблемы предупреждения опасных действий // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 15-18.

Шумаков В.М., Соколова Е.Д., Свириновский Я.Е. Клинические критерии общественной опасности больных психозами: Методические рекомендации. – М., 1979. – 23 с.

Шумаков В.М. Проблема первичной профилактики общественно опасных действий психически больных // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – М., 1985. – Т. 1. – С. 433-436.

Шумаков В.М., Соколова Е.Д., Жуковский Г.С., Свириновский Я.Е., Винокуров А.В. Определение риска общественно опасных действий психически больных с учетом комплекса факторов // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М., 1986. – С.46-52.

Юрьева Л.Н. О некоторых личностных особенностях больных психозами, совершивших общественно опасные действия // Арх. психиатрии. – 1995. – №9. – С. 90.

Яхимович Л.А., Макушкина О.А. Проблемы прогнозирования риска опасного поведения больных психозами (информационно-статистический подход) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – №4 (89). – С. 51-58.

Appelbaum P. S. *Almost A Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1994. 233.

Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study // *Am J Psychiatry*. – 2000;157:566-572.

Binder R. & Mc Neil D. Effects of diagnosis and context of dangerousness. *American Journal of Psychiatry*, –1988. –145, –P. 728-732.

Bonta J., Hanson K., Law M. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychol. Bull.* – 1997. –Vol. 123. – P. 123-142.

Byrne P. Fall and rise of the movie 'psycho-killer' // *Psychiatr Bull.* – 1998;22:174–6.

Cascardi M, Mueser KT, DeGiralomo J et al. Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners // *Psychiatr Serv.* – 1996; 47:531–33.

Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H. *HCR–20 V3: Assessing Risk for Violence – User Guide*. Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University. 2013.

Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H., Guy L.S., Wilson C. Historic–Clinical–Risk Management – 20 (HCR–20 V 3): Development and Overview// *International Journal of Forensic Mental Health*. 2014. Vol.13. Iss.2. P. 93-108. DOI: 10.1080/14999013.2014.906519.

Douglas K.S. Introduction to the Special Issue of the HCR–20 Version 3// *International Journal of Forensic Mental Health*. 2014. Vol.13. Iss.2. P.91-92. DOI:10.1080/14999013.2014.913746.

Doyle M., Dolan M. Predicting Community Violence from Patients Discharged from Mental Health Services// *British Journal of Psychiatry*. 2006. – Vol. 189. – Iss.6. – P.520.

Fabian J.M. A Literature Review of the Utility of Selected Violence and Sexual Violence Risk Assessment Instruments// *The Journal of Psychiatry and Law*. 2006. Vol.34. P. 307-350.

Gable K.R. Prediction of Dangerousness and Implication for Treatment// In: William J.Curran, A.Louis McGarry, Saleem A. Shah (Eds) *Forensic Psychiatry and Psychology*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1986. P. 129-144.

Haim R, Rabinowitz J, Lereya J, Fennig S. Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients // *Psychiatr Serv.* – 2002;53:622–4.

Hare RD. A research scale for the assessment of psychopathy in criminal population.// *Peers Indiv Differ.* – 1980;1:111–9.

Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L. *Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders: the Development of a Statistical Prediction Instrument*// *Criminal Justice and Behavior*. 1993. Vol. 20. No.4. P. 315-335.

Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. Prospective Replication of the Violence Risk Appraisal Guide in Predicting Violent Recidivism Among Forensic Patients// *Law and Human Behavior*. 2002. Vol. 26. No. 4. P.377-394.

Harris G.T., Rice M.E., Camilleri J.A. Applying a Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Nonforensic Patients// *Journal of Interpersonal Violence*. 2004. Vol.19. No. 9. P.1063-1074.

Harris G.T., Rice M.E. Characterizing the Value of Actuarial Risk Assessments// *Criminal Justice and Behavior*. 2007. Vol.34. No. 12. P.1638–1658.

Harris G.T., Rice M.E. Characterizing the Value of Actuarial Risk Assessments// *Criminal Justice and Behavior*. – 2007. – Vol.34. – No.12. – P.1638.

Hart S.D., Michie C., Cooke D.J. Precision of Actuarial Risk Assessment Instruments: Evaluating the ‘Margin of Error’ of Group v. Individual Prediction of Violence// *British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 190. Iss.49. P. 60-65.

Hart S.D., Cooke D.J. Another Look at the (Im-)precision of Individual Risk Estimates Made Using Actuarial Risk Assessment Instruments// *Behavioral Sciences and the Law*. 2013. Vol. 31. No. 1. P.81–102. DOI: 10.1002/bsl.2049.

Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW et al. Male female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. // *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*.– 1998; 33(suppl):S68-S74.

Lidz C.W., Mulvey E.P., Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others// *JAMA*. –1993. –Vol. –269. –No.8.–P. 1007-1011.

Link B, Stueve A. Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior. *Epidemiol Rev*. – 1995;17: 172–81.

Monahan J. The prediction of violent behaviour. Toward a second generation of theory and policy// *American Journal of Psychiatry*. –1984. – Vol.141. –P.10-15.

Monahan J. Risk Assessment of Violence among the Mentally Disordered: Generating Useful Knowledge // *International Journal of Law and Psychiatry*. 1988. Vol. 11. P.249-257.

Monahan J., Shah S.A. Dangerousness and Commitment of the Mentally Disordered in the United States // *Schizophrenia Bull*. 1989. Vol. 15. No. 4. P.545.

Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., et al. Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk// *British Journal of Psychiatry*. 2000. Vol.76. P.312-319.

Monahan J., Steadman H.J. Violence Risk Assessment: A Quarter Century of Research// In: Lynda E.Frost, Richard J. Bonnie (Eds) *The Evolution of Mental Health Law*.– Washington, DC: American Psychological Association, 2001. –P. 200-201.

Monahan J. The MacArthur studies of violence risk. Criminal behavior and mental health. 2002;12:S67-72.

Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., et al. The Classification of Violence Risk// Behavioral Sciences and the Law. 2006. Vol.24. P. 721-730.

Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients// Virginia Law Review. –2006. –Vol.92.–No.3. – P. 391–435, P. 405-406.

Mullen P.E. A reassessment of the link between mental disorder and violent behavior, and its implications for clinical practice. // Aust N zeal J Psychiatry. – 1997; 31:3–11.

Mulvey E.P. Assessing the Likelihood of Future Violence in Individuals with Mental Illness: Current Knowledge and Future Issues// Journal of Law and Policy. –2005. –Vol.13. –Iss.2. –P.633-634.

Nedopil N., Ottermann B. Treatment of mentally ill offenders in Germany// Int. J. Law Psychiatry. –1993. –Vol. 16.–P.247-255.

Nedopil N., Banzer K. Out-patient treatment of forensic patient in Germany: current structure and development // Int. J. law & Psychiatry. –1996. – Issue 1. –P. 75-79.

Nedopil N. Prognosen in der forensischen Psychiatrie //Ein Hand buch fuz die Praxis. – Zenderich, 2005.

Noffsinger SG, Resnick PJ. Violence and mental illness. Curr Opin Psychiatry 1999;12:683–7.

Norko M A, Baranoski MV. The state of contemporary risk assessment research. //Can J Psychiatry. – 2005;50:18–26.

Pescosolido BA, Monahan J, Link BG. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. //Am J Public Health. – 1999;89:1339–45.

Quinsey. V.L., Rice, M.E., Harris, G.T. (1995). Actuarial Prediction of Sexual Recidivism // Journal of Interpersonal Violence. 1995. Vol. 10. No.1. P. 85-105.

Rice M.E., Harris G.T. Cross-Validation and Extension of the Violence Risk Appraisal Guide for Child Molesters and Rapists// Law and Human Behavior. 1997. Vol. 21. No. 2. P.231-241.

Rice M.E., Harris G.T., Lang C. Validation of and Revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R)// Psychological Assessment. 2013. Vol.25. No.3. P. 951–965. DOI: 10.1037/a0032878.

Rossegger A., Endrass J., Gerth J., Singh J.P. Replicating the Violence Risk Appraisal Guide: A Total Forensic Cohort Study// PLOS One. 2014. Vol. 9. Iss.3:e91849. doi:10.1371/journal.pone.0091845// URL: <http://www.plosone.org>.

Shah S.A. Dangerousness. A Paradigm for Exploring Some Issues in Law and Psychology// American Psychologist. 1978. Vol.33. No.3. P. 224.

Silver E. Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. // *Criminol.* – 2002;40:191–212.

Singh J.P. Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments / J.P. Singh [et al.] // *Schizophrenia Bulletin.* –2011. –Vol. 37. –№ 5. –P.899-912.

Singh J. P. The history, development, and testing of forensic risk assessment tools // *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry* / ed. Grigorenko E. New York: Springer Science. – 2012 – P. 215-225.

Singh J.P., Fazel S. Forensic Risk Assessment: A Metareview // *Criminal Justice and Behavior.* 2010. Vol.37. P. 965. doi:10.1177/0093854810374274.

Singh J.P., Desmarais S.L., Hurducas C., et al. International Perspectives of the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries// *International Journal of Forensic Mental Health.* 2014. Vol.13. P. 193-206. doi: 10.1080/14999013.2014.922141.

Snowden R.J., Gray N.S., Taylor J., MacCulloch M.J. Actuarial Prediction of Violent Recidivism in Mentally Disordered Offenders//*Psychological Medicine.* 2007. Vol. 37 P.1539-1549.

Steadmen H.J., Mulvey E.P., Monahan J., et al. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods// *Archives of General Psychiatry.* 1998. Vol.55. P.393-401.

Steadman H.J., Silver E., Monahan J., et al. A Classification Tree Approach to the Development of Actuarial Violence Risk Assessment Tools// *Law and Human Behavior.* 2000. Vol.24. No.1. P. 83-100.

Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC et al. The social–environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health* 2002; 92:1523–31.

Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn R, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry.* – 2006;63:490-499.

Tanvir Singh. Mental Illness – Does It Make You More Violent? – <http://www.priory.com/psych/violence.htm>.

Taylor P. Schizophrenia and violence. In *Abnormal Offenders, Delinquency, and the Criminal Justice System* (eds. J. Gunn & D.P. Farrington). New York: Wiley. –1982. – P. 269-284.

Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness // *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:911–921.

World Psychiatry—official journal of the world psychiatric association (wpa). – 2013. – V12. – №3. – pp:187,268.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**Протокол обследования больного**

Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_

Возраст больного \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Место обследования \_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

		Оценка наличия признака (да/нет), количество баллов	Ком- мента- рии
<b><i>Блок клинических признаков</i></b>			
1.	Выраженные нарушения поведения		
2.	Выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости		
3.	Выраженная прогрессивность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением		
4.	Продуктивная психотическая симптоматика, характер которой может определять опасность больного для окружающих и/или себя		
5.	Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ		
6.	Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы		
7.	Приверженность лечению		
<b><i>Количество баллов по блоку клинических признаков</i></b>			

<b>Блок признаков, связанных с историей жизни больного</b>			
1.	Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом		
2.	Неоднократное физическое или сексуальное насилие в детском (подростковом) возрасте		
3.	Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте		
4.	Враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве		
5.	Возраст 20–39 лет		
6.	Возраст 60 лет и старше		
7.	Антисоциальная структура личности в преморбиде		
8.	Низкий образовательный уровень		
9.	Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе		
<i>Количество баллов по блоку признаков, связанных с историей жизни больного</i>			
<b>Блок признаков, характеризующих социальную адаптацию больного</b>			
1.	Материальная, жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей		
2.	Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение		
3.	Наличие помощи и поддержки родных, близких		
4.	Асоциальность (отсутствует трудовой стаж, не работает, не учится)		
5.	Стабильная трудовая занятость на протяжении всей жизни		
6.	Трудовая занятость связана с выполнением квалифицированного труда		
<i>Количество баллов по блоку признаков, характеризующих социальную адаптацию больного</i>			
<b>Общее количество баллов по методике СОРОП</b>			
<b>Оценка риска совершения опасных действий по методике СОРОП</b>			

- (+)20 баллов и более – высокий риск совершения опасных действий;
- от (+)6 до (+)20 баллов – повышенный риск совершения опасных действий;
- от (-)6 до (+)6 баллов – средний риск совершения опасных действий;
- от (-) 20 до (-)6 баллов – пониженный риск совершения опасных действий;
- (-) 20 баллов и меньше – низкий риск совершения опасных действий.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2****Параметры оценки наличия/отсутствия признаков  
в баллах (ключ методики СОРОП)**

№ п/п	Признаки	Да (признак присутствует), ПК	Нет (при- знак отсут- ствует), ПК
1.	Выраженные нарушения поведения	+12	–5
2.	Выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости	+8	–4
3.	Выраженная прогредиентность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением	+10	–2
4.	Продуктивная психотическая симптоматика	+4	–1
5.	Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом	+12	–3
6.	Материальная, жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей	+11	–2
7.	Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ	+7	–4
8.	Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы	+2	0
9.	Приверженность лечению	–6	+3
10.	Антисоциальная структура личности в преморбиде	+6	–3
11.	Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте	+5	–3
12.	Неоднократное физическое или сексуальное насилие в детском (подростковом) возрасте	+6	–1

13.	Враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве	+3	–1
14.	Возраст 20–39 лет	+6	0
15.	Возраст 60 лет и старше	–6	0
16.	Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение	+ 6	0
17.	Наличие помощи и поддержки родных, близких	–3	0
18.	Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе	+4	–1
19.	Трудовая занятость связана с выполнением квалифицированного труда	–2	+2
20.	Низкий образовательный уровень	+1	–1
21.	Стабильная трудовая занятость на протяжении всей жизни	–2	0
22.	Асоциальность (отсутствует трудовой стаж, не работает, не учится)	+4	0

ПК – прогностический коэффициент. Его значение в виде целого числа со знаком “минус” – благоприятный прогноз, со знаком “плюс” – неблагоприятный прогноз в отношении риска опасного поведения.

**Проблема общественной опасности лиц,  
страдающих психическими расстройствами:  
клинико-социальная оценка риска опасного  
поведения**

***Учебное пособие***

*Заведующая редакцией*

*Н.Б. Гончарова*

*Редактор*

*М.М. Игнатенко*

*Компьютерная верстка*

*М.М. Абрамовой*

Подписано в печать 6.02.17 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 10,75.

Тираж 50 (февраль).

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
“Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.