

## Перспективы использования стандартизованных шкал для оценки риска насильственных действий психических больных

С.И. Григорьев<sup>1</sup>, Е.В. Снедков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

**Резюме.** Оценивалась возможность использования шкал HCR-20, PCL-R, PCL-SV при рекомендации врачами комиссиями вида принудительного лечения, а также его продления и изменения. Была отмечена взаимосвязь рекомендации комиссий и важных факторов риска насильственных действий, оценка которых в настоящее время не обязательна. Использование шкал оценки риска насилия улучшит учет личностных и социальных факторов риска совершения насильственных действий.

**Ключевые слова:** общественная опасность, оценка риска насилия, HCR-20, PCL-R, PCL-SV.

### Perspectives of using the standardized scales for assessing violence risk among mental patients

I.S. Grigoryev,<sup>1</sup> E.V. Snedkov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Saint-Petersburg State Mental Hospital of St. Nicholas the Wonderworker

<sup>2</sup> North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

**Summary.** The possibility of using of scales HCR-20, PCL-R, PCL-SV in forensic psychiatric assessment was evaluated. It was found correlation of opinion of commissions and risk factors of violence, which the accounting is not currently required. Using scales for risk assessment of violence will improve the recording of personal and social risk factors of violent acts.

**Key words:** social danger, violence risk assessment, HCR-20, PCL-R, PCL-SV.

**Введение.** Одна из основных задач принудительного лечения — предотвращение совершения душевнобольными новых общественно опасных деяний (ООД) [1].

Рекомендуя для применения вид принудительного лечения, экспертные комиссии используют клинический метод оценки и руководствуются при этом «Временной инструкцией о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния» [4] (далее — Инструкция). Инструкцией предусмотрено, что принудительная мера должна соответствовать общественной опасности больного, определяемой по его психическому состоянию и характеру содеянного. Выраженность общественной опасности должна оцениваться по признакам, перечисленным в Инструкции [4].

J. Monahan сделал вывод, что только в трети случаев психиатры и психологи способны предсказать риск повторного совершения насильственных действий [13]. Для повышения надежности прогноза риска насилия с середины 50-х годов XX века судебными психиатрами ряда западных стран стали предприниматься попытки создания стандартизованных методов оценки. Использование стандартизованных подходов способствует более точной регистрации рассматриваемых факторов риска и последующему логическому обоснованию принятых решений [9].

К настоящему времени наиболее широкое практическое применение получили шкалы HCR-20 («Оценка риска насилия»), а также контрольный перечень вопросов для оценки психопатии PCL-R и его скрининговая версия PCL-SV [7, 14].

Шкалы PCL-R и PCL-SV содержат пункты, отражающие симптомы и характеристики, свойственные психопатии. Оценка каждого признака производится по трехбалльной шкале: «0» — признак отсутствует, «1» — вероятно, признак присутствует, или присутствует лишь в ограниченной степени, «2» — признак определено присутствует. Шкала PCL-SV требует менее детальной информации для оценки. Суммарная оценка 30 и более баллов по шкале PCL-R или 18 и более по шкале PCL-SV свидетельствует о наличии выраженных психопатических черт [8, 9, 10, 11].

HCR-20 (Webster C.D. et al., 1997) включает в себя оценку 10 анамнестических признаков, 5 клинических признаков, а также 5 факторов управления риском, характеризующих возможность испытуемого адаптироваться к будущим обстоятельствам. Принцип оценки пунктов аналогичен таковому в шкалах PCL-R и PCL-SV [3].

Число публикаций, посвященных применению этих шкал в отечественной практике, весьма ограничено [1, 2, 5, 12].

ООД, совершаемые психически больными, чаще обусловлены не продуктивной психопатологической симптоматикой, а иными факторами [6]. Но в российской психиатрии не внедрен важней-

ший принцип МКБ-10 — многоосевая диагностика [7], поэтому целый ряд потенциально значимых факторов, отражающих адаптацию и социализацию конкретного пациента, остается неучтенным.

Дальнейшее повышение надежности оценки общественной опасности при выработке экспертных рекомендаций касательно принудительных мер медицинского характера остается актуальной научно-практической проблемой.

**Цель исследования.** Оценить возможность использования стандартизованных шкал оценки риска насилия в отечественной психиатрической практике.

**Задачи:**

1. Сопоставить факторы, содержащиеся в шкалах оценки риска насилия, и признаки общественной опасности, представленные в Инструкции.

2. Выявить среди представленных в Инструкции признаков общественной опасности те, которые оказали наибольшее влияние на рекомендации врачей.

3. Выявить иные факторы риска насилия, которые коррелировали с рекомендациями комиссий, однако не были представлены в Инструкции.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 85 пациентов мужского пола двух отделений специализированного типа Санкт-Петербургской психиатрической больницы Св. Николая Чудотворца в возрасте от 19 до 78 лет. Из них пациенты с органическим поражением головного мозга составили 30 человек, с заболеваниями шизофренического спектра — 54, с прочими психическими заболеваниями — 1 человек (смешанное расстройство личности F 61.0).

По характеру совершенного правонарушения было выделено 4 группы пациентов, получившие соответствующую кодировку при учете тяжести правонарушения:

- преступления ненасильственного характера совершили 11 человек,
- правонарушения, связанные с применением насилия, не повлекшего серьезных последствий, — 21 человек,
- преступления против половой неприкосновенности, в том числе с применением насилия, — 8 человек,
- убийства, попытки убийства или нанесение тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевшего, — 45 человек,

В среднем каждый пациент совершил  $2,56 \pm 1,67$  правонарушений (от 1 до 8).

Средний срок принудительного лечения на момент обследования составил  $42,74 \pm 39,95$  мес. (от 2 до 195 мес.).

В ходе исследования сравнивались пункты шкал HCR-20, PCL-R, PCL-SV и признаки общественной опасности, перечисленные в Инструкции, при работе с пациентами оценивался их психический статус, изучалась имеющаяся документация, производилась оценка с использованием шкал HCR-20, PCL-R, PCL-SV на момент исследования, а также ретроспективная оценка по подшкалам C и R шкалы HCR-20 на момент проведе-

ния судебно-психиатрических экспертиз (использовались акты СПЭ). Кроме того, в ходе проведения очередных врачебных комиссий их членам было предложено оценить вероятность совершения пациентами насильственных действий (любых актов насилия, направленных против другого человека) с использованием пятибалльной шкалы.

В дальнейшем проводилась статистическая обработка результатов с использованием программы SPSS Inc.

**Результаты и обсуждение.** Выявлено, что стандартизованные шкалы оценки риска насилия содержат большее количество факторов риска опасного поведения, нежели отечественная Инструкция. Тем не менее в шкалах отсутствует синдромологическая квалификация патологической симптоматики. Были выявлены следующие соответствия клинико-психопатологических признаков, перечисленных в Инструкции, и пунктов шкал HCR-20, PCL-SV, PCL-R:

- психопатоподобный синдром с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений — пункты «Психопатия» и «Расстройство личности»,

- бредовые идеи, сопровождающиеся аффективной напряженностью; депрессивные состояния с бредом самообвинения; маниакальные и гипоманиакальные состояния — «Выраженное психическое расстройство», «Активная психопатологическая симптоматика психического расстройства».

Из социально-психологических признаков:

- отсутствие работы и трудовой занятости — «Проблемы с трудоустройством»,
- отсутствие семьи или семейное неблагополучие — «Нестабильность взаимоотношений», «Недостаток личной поддержки»,
- подверженность асоциальному влиянию — «Подверженность дестабилизирующим факторам»,
- склонность к систематическому употреблению алкоголя, наркотиков и других токсических средств — «Проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ»,
- наличие криминального поведения до болезни, повторность совершения общественно опасных действий — пункты PCL-SV «Антиобщественное поведение в подростковом возрасте», «Антиобщественное поведение во взрослом возрасте»; пункты PCL-R «Делинквентное поведение в несовершеннолетнем возрасте», «Криминальная разносторонность».

Рекомендации врачей-психиатров ПБ Св. Николая Чудотворца, как и рекомендации врачей-экспертов СПЭ, обнаруживали достоверные корреляции ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) с клинико-психопатологическими факторами, представленными в Инструкции, а также с фактором «Отсутствие семьи или семейное неблагополучие». Были выявлены значимые корреляции врачебных рекомендаций ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) с некоторыми из пунктов стандартизованных шкал оценки риска насилия, не представленными в отечественной Ин-

струкции: «Насилие в прошлом», «Молодой возраст первого эпизода насилия», «Претенциозность (завышенная самооценка)», «Отсутствие сочувствия/сопереживания», «Отсутствие целей/планов на будущее».

Но лишь в условиях эксперимента, в ходе оценки врачами вероятности совершения насильственных действий, была выявлена достоверная связь их оценок с тяжестью совершенных правонарушений ( $r=0,486$ ;  $p<0,01$ ), также, помимо перечисленных ранее корреляций, выявлялись корреляции с факторами: «Импульсивность» ( $r=0,351$ ;  $p<0,01$ ), «Отсутствие угрызений совести или чувства вины» ( $r=0,244$ ;  $p<0,01$ ), «Поверхностные эмоциональные реакции», ( $r=0,325$ ;  $p<0,01$ ), «Слабый контроль над своим поведением» ( $r=0,355$ ;  $p<0,01$ ), «Неспособность взять на себя ответственность» ( $r=0,254$ ;  $p<0,01$ ).

Заключения экспертных комиссий опираются в основном на клинико-психопатологические признаки, многие важные факторы общественной опасности остаются на периферии внимания, не применяется принцип многоосевой диагностики. Такой односторонний подход снижает достоверность прогноза насильственных действий и может вести к неверному выбору рекомендуемого вида принудительного лечения или режима содержания, что увеличивает риск проявления насилия или иных агрессивных действий.

Стандартизованные шкалы оценки риска насилия в сочетании с квалификацией психопатологической симптоматики могут служить важным инструментом многоосевой диагностики, так как содержат исчерпывающий перечень факторов риска, характеризующих клиническую, социальную и личностную сферы.

Оптимизация учета признаков общественной опасности приведет к более аргументированному подходу при выработке комиссиями рекомендаций касательно вида принудительного лечения.

Аналогичный метод может оказаться полезным в общепсихиатрической практике, так как оценка вероятности агрессивных, в том числе насильственных, проявлений — важнейший аспект повседневной деятельности любого врача-психиатра.

В ходе данного исследования обследована лишь небольшая популяция пациентов, катamnестические данные не оценивались. Для уточнения прогностической значимости стандартизованных шкал необходимо проведение дополнительных исследований направленных прежде всего на сбор и анализ катamnестической информации об агрессивных, в том числе насильственных, проявлениях.

### Выводы

1. Оценивая общественную опасность, врачи-психиатры прежде всего ориентируются на выраженность и характер психопатологической симптоматики, при этом в тени остается целый пласт не менее важных факторов (социальных, личностных и др.).

2. Отсутствие многоосевого подхода в диагностике общественной опасности может вести к неверной ее оценке и, соответственно, неверному выбору медицинской меры принудительного характера или режима содержания.

3. Стандартизованные шкалы оценки риска насилия могут использоваться как инструмент многоосевой диагностики; они позволяют проводить всесторонний учет факторов, обуславливающих социальную опасность.

4. Применение шкал стандартизованной оценки риска насилия повысит транспарентность экспертных рекомендаций, что даст более веские аргументы при констатации в суде социальной опасности пациента и ее динамики.

5. Прогностическое значение шкал стандартизованной оценки риска насилия нуждается в дополнительных исследованиях.

### Литература

1. Альфарнес С.А., Булыгина В.Г. Структурно-динамические процедуры оценки риска насилия с помощью HSR-20 и V-RISK-10 // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 6. — С. 12–18.
2. Булыгина В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии // [Электронный ресурс]: Психологическая наука и образование. — 2011. — № 1. — URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2011/n1/39935.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39935.shtml) (дата обращения: 15.05.2012).
3. Вебстер К., Даглас К., Харт С. HCR-20. Оценка риска насилия. Версия 2. — Архангельск: Правда Севера. — 2008. — 95 с.
4. Временная инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния // [Электронный ресурс]: Приказ Минздрава СССР № 225 от 21 марта 1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» (с изменениями от 11 января 1993 г., 12 августа 1994 г., 13 февраля 1995 г.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
5. Пономарев О.А., Парняков А.В., Войцеховский В.В. К оценке риска проявления насилия у больных психиатрического стационара // [Электронный ресурс]: Сайт архангельской областной психиатрической больницы. 2003–2012 URL: [http://www.talagi.ru/library/text\\_nasilie.htm](http://www.talagi.ru/library/text_nasilie.htm) (дата обращения: 01.06.2012)
6. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре // Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова — М., ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». — 2001. — С. 3.
7. Точиллов В.А. Классификация психических расстройств // Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тига-

- нова. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 291–305.
8. Cooke D.J., Hart D, Hare R.D. *Evaluating the Screening Version of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL:SV): An Item Response Theory Analysis // Psychological Assessment.*—1999.— Vol. 11. № 1. — С. 3–13.
  9. Dolan M., Doyle M. *Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist // British Journal of Psychiatry.* — 2000. — № 177. — P. 303–311.
  10. Hare R.D. Hart S.D., Cox D.N. *Manual for the Psychopathy Checklist Screening version.*— 2003.— Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
  11. Hare, R. D. *Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.)* Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems, 2003.
  12. Klimukiene V. *Risk Assessment in Post-Soviet Countries// Mental Health Reforms.*— 2009.— № 2.— P. 12–13.
  13. Monahan, J. *The clinical prediction of violent behavior.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.— 1981.— 183 p.
  14. Ruchkin V.V. *The Forensic Psychiatric System of Russia// International Journal of Law and Psychiatry.*— 2000.— Vol. 23.— №. 5–6.— P. 555–565.

**Сведения об авторах**

**Григорьев Иван Станиславович** — врач-психиатр СПбГКУЗ, «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца». E-mail: gis15@yandex.ru

**Снедков Евгений Владимирович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: esnedkov@mail.ru