

## Использование шкал PCL-R и PCL-SV в целях прогнозирования внутрибольничной агрессии со стороны больных, находящихся на принудительном лечении

И.С. Григорьев<sup>1</sup>, М.Ф. Денисов<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.** В статье обсуждается влияние симптоматики личностного регистра на формирование агрессивного поведения среди пациентов, проходящих принудительное лечение, и возможность применения шкал PCL-R и PCL-SV для выявления потенциально агрессивных пациентов.

**Ключевые слова:** психопатоподобный синдром, агрессивное поведение, PCL-R, PCL-SV, оценка риска насилия.

### Using of PCL-R and PCL-SV in prediction of violence in forensic inpatient settings

I.S. Grigoryev<sup>1</sup>, M.F. Denisov<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 article discusses the impact of symptoms of the psychopathy on aggressive behavior of the patients in forensic inpatient settings. The possibility of using scales PCL-R and PCL-SV to identify potentially violent patients is investigated.

**Key words:** psychopathy, violent behavior, PCL-R, PCL-SV, violence risk assessment.

**Введение.** Проблема оценки вероятности агрессивного поведения пациентов, проходящих принудительное лечение, тесно связана с прогнозированием совершения общественно опасных действий (ООД) после их выписки из больниц [2]. У большинства психически больных, совершающих повторные ООД после принудительного лечения, прослеживаются те или иные проявления агрессии в период госпитализации; при этом в клинической картине преобладают психопатоподобные расстройства [1].

В формировании агрессивного поведения душевнобольных крайне важна роль не только определенных психопатологических симптомов [4, 9, 19], но и целого ряда личностных и ситуационно-средовых факторов. Ф.В. Кондратьев [5], развивая концепцию «вектора общественной опасности», обращает внимание на тесную взаимосвязь и взаимовлияние определяющей его триады факторов «синдром-личность-ситуация». Роль личностного компонента в формировании общественно опасного поведения психически больных подтверждается исследованием М.М. Мальцевой и В.П. Котова (1995), показавшим, что большую часть невменяемых, направляемых на принудительное лечение, составляют больные с психопатоподобными расстройствами, которые по негативно-личностным механизмам совершили ситуационно спровоцированные или инициативные ООД. Пациенты, совершавшие ситуационно спровоцированные действия, отличаются эмоциональной бесконтрольностью, интеллектуальной

несостоятельностью, повышенной внушаемостью и подчиняемостью. Инициативные ООД обычно совершают больные с извращенностью и расторможенностью влечений, псевдосоциальной гиперактивностью, дефицитом высших эмоций [8]. Агрессия в условиях стационарного принудительного лечения может быть проявлением как стойких особенностей поведения, так и кратковременных аффективных реакций [2].

Вероятность ООД усиливается при наличии таких патологических паттернов, как импульсивность, эксплозивность, черствость, эгоизм, безразличие к интересам окружающих, моральная и эмоциональная тупость, стремление к утверждению собственной значимости, псевдология, безволие, подчиняемость, расстройства влечений [3]. А.Е. Личко (1989) отмечал, что и в дебюте шизофренического процесса, и в постпроцессуальном периоде наиболее опасных насильственных проявлений стоит ожидать от пациентов с эпиптоидным синдромом и с синдромом неустойчивого поведения. Вероятность совершения ООД многократно возрастает при сочетании психопатоподобных изменений со злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ) [6, 7].

Между тем в повседневной психиатрической практике личностная феноменология, как правило, не определяется в качестве одной из важнейших целей диагностического процесса. Хотя в психиатрии со времен Э. Кречмера и предпринимались многочисленные попытки внедрения функциональной многомерной диагностики, про-

должает использоваться лишь узкий симптомотологический, нозоцентрический подход, подменяющий развернутый индивидуальный «диагноз больного» формально-абстрактным «диагнозом болезни» [10, 11]. Он не только не позволяет составить мнение о пациенте как о целостной личности, но и не способствует решению основных задач принудительного лечения — задач прогноза и профилактики совершения повторных ООД, в частности связанных с физической агрессией.

Инструментами, позволяющими оценить выраженность и стойкость личностной патологии в рамках разных нозологических форм, являются разработанные R. Nage «Пересмотренный контрольный перечень вопросов для оценки психопатии» (PCL-R) и его скрининговая версия (PCL-SV). Шкалы PCL-R и PCL-SV содержат пункты, отражающие патологические изменения эмоциональной и волевой сферы, асоциальные тенденции и поведенческие нарушения, а также степень их постоянства. Оценка каждого признака производится по трехбалльной шкале: «0» — признак отсутствует, «1» — признак присутствует вероятно или в ограниченной степени, «2» — признак определенно присутствует. Шкала PCL-SV требует менее детальной информации для оценки. Суммарная оценка более 25 по шкале PCL-R считается высокой [17], а 30 и более баллов по шкале PCL-R или 18 и более по шкале PCL-SV свидетельствует о наличии выраженных психопатических черт [12, 13, 14, 15]. В литературе нет сведений о применении этих шкал в отечественной психиатрической практике, в то время как за рубежом они широко используются в целях прогноза агрессивного поведения психически больных [16].

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования шкалы PCL-R и ее скрининговой версии PCL-SV для прогнозирования внутрибольничных агрессивных действий среди пациентов, проходящих принудительное лечение.

Для достижения цели ставились задачи выявления взаимосвязей проявлений физической агрессии в стационаре, а также перевода пациентов на более строгий режим содержания с признаками, представленными в этих шкалах.

**Материал и методы исследования.** Обследованы пациенты мужского пола в возрасте от 18 до 78 лет, проходящие принудительное лечение в Санкт-Петербургской психиатрической больнице Св. Николая Чудотворца (99 — в специализированных, 25 — в общих отделениях) и Санкт-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (22 в лечебном отделении, 35 — в отделении с усиленным режимом содержания). Всего обследован 181 пациент. Из них пациенты с органическим поражением головного мозга составили 65 человек, с заболеваниями шизофренического спектра — 112, с прочими психическими заболеваниями — 4 человека (аффективные расстройства и расстройства личности), учитывался диагноз, выставленный судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ). 93 (51,4%) обследованных совершали

акты физической агрессии в стационаре, при этом у 88 (94,6%) из этой группы отмечались прочие нарушения режима (хранение запрещенных предметов, вербальная агрессия, порча предметов, побег, гомосексуальные контакты), 88 (48,6%) пациентов не совершали актов физической агрессии, однако у 26 из них (29,5%) регистрировались нарушения больничного режима. 100 (55,2%) пациентов из общей выборки переводились на более строгие условия принудительного лечения.

При работе с пациентами оценивался их психический статус, изучалась имеющаяся документация (истории болезни, акты СПЭ, акты освидетельствования врачебными комиссиями, постановления судов), производилась оценка с использованием PCL-R, PCL-SV.

В ходе статистической обработки данных использовались корреляционный метод и анализ ROC кривых. Кривая ROC (Receiver Operating Characteristic) для диагностического теста отображает зависимость доли правильно классифицированных положительных исходов от доли неправильно классифицированных отрицательных. Площадь под ROC кривой (AUC—area under curve) позволяет оценить прогностическую силу (валидность) теста.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования у 105 пациентов был диагностирован психопатоподобный синдром, у 22 — бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы (параноидный, парафренный, аффективно-параноидный, паранойяльный), у 17 — апато-абулический, у 37 — психоорганический. Были выявлены корреляции проявлений физической агрессии с суммарной оценкой по PCL-SV ( $r=0,368$ ,  $p=0,01$ ), а также со следующими ее пунктами: «завышенная самооценка» ( $r=0,271$ ,  $p<0,01$ ), «лживость» ( $r=0,337$ ,  $p<0,01$ ), «отсутствие угрызений совести или раскаяния» ( $r=0,145$ ,  $p<0,01$ ), «отсутствие сочувствия/сопереживания» ( $r=0,167$ ,  $p<0,05$ ), «импульсивность» ( $r=0,334$ ,  $p<0,01$ ), «слабый контроль над своим поведением» ( $r=0,319$ ,  $p<0,01$ ), «безответственность» ( $r=0,199$ ,  $p<0,01$ ). Акты физической агрессии в стационаре также коррелировали с суммарным баллом по шкале PCL-R ( $r=0,421$ ,  $p<0,01$ ) и такими ее пунктами, как «чрезмерно выраженное чувство собственной значимости», «потребность в стимуляции/подверженность скуке», «мошеничество/манипулирование», «отсутствие угрызений совести/чувства вины», «поверхностные эмоциональные реакции», «бессердечие/отсутствие сочувствия», «паразитический образ жизни», «слабый контроль над своим поведением», «нарушения поведения в детстве», «импульсивность», «безответственность», «неспособность взять на себя ответственность», «отмена условного освобождения». Изменение вида принудительного лечения и режима содержания на более строгий обнаруживало корреляции с суммарным баллом по шкалам PCL-SV ( $r=0,467$ ,  $p<0,01$ ) и PCL-R ( $r=0,488$ ,  $p<0,01$ ) и имело сильную взаимосвязь с проявлениями физической агрессии ( $r=0,729$ ,  $p<0,01$ ).

Была выявлена хорошая прогностическая значимость шкал PCL-SV и PCL-R как в отношении проявлений физической агрессии (AUC = 0,708,  $p < 0,05$  и AUC=0,746,  $p < 0,05$  соответственно), так и в отношении перевода на более строгий этап принудительного лечения (AUC = 0,742,  $p < 0,05$  и AUC=0,765  $p < 0,05$  соответственно). Обе шкалы в точках диагностически значимой оценки показали высокую чувствительность (доля истинно положительных результатов) в отношении проявлений физической агрессии, однако специфичность составила 34,1% у обеих шкал.

Высокий уровень ложноположительных результатов, вероятнее всего, был связан с тем, что обследованы пациенты, находящиеся на принудительном лечении в стационарах с разным режимом содержания. Пациенты с большей выраженностью психопатических черт могли проявлять физическую агрессию в условиях стационара с менее строгим наблюдением, но, будучи помещены изначально в стационар с более строгим режимом, не совершали актов физической агрессии. Хорошая прогностическая значимость исследуемых шкал в отношении перевода пациентов на более строгие формы принудительного лечения обусловлена тем, что изменение вида принудительной меры медицинского характера отражает не только тяжесть, но и неоднократность агрессивных проявлений и прочих нарушений больничного режима. Поэтому с большей долей вероятности можно предположить, что у пациентов с

высоким баллом по исследуемым шкалам принудительное лечение не будет эффективным в менее строгих условиях (например, в отделении общего типа).

**Выводы.** Установлена взаимосвязь проявлений агрессии со стороны пациентов, проходящих принудительное лечение, с факторами риска, представленными в шкалах PCL-SV и PCL-R. Лечение пациентов, имеющих высокий суммарный балл по данным шкалам, неэффективно в менее строгих условиях принудительного лечения. Таким образом, шкалы могут быть использованы как вспомогательные инструменты как для оценки вероятности внутрибольничных агрессивных действий среди пациентов, находящихся на принудительном лечении, так и при рекомендации вида стационарного принудительного лечения на этапе судебно-психиатрической экспертизы.

Обе шкалы показали примерно одинаковый уровень прогностической значимости, поэтому в условиях недостатка времени и информации (например, при поступлении пациента в стационар) возможно использование краткой скрининговой версии PCL-SV. Для более полной оценки, особенно в ходе судебно-психиатрической экспертизы или при рекомендации изменения вида стационарного принудительного лечения, следует использовать PCL-R. Несомненно, будет полезным использование данных шкал и в общепсихиатрической практике.

### Литература

1. Болдуева М.Е. Отдаленный катамнез больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 2. — С. 19–22.
2. Булыгина В.Г. Оценка риска агрессии психически больных в стационарах, осуществляющих принудительное лечение (клинико-психологический аспект): Методические рекомендации. — М., ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». — 2010. — 26 с.
3. Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. Второе издание. М.: Биомедгиз. — 1935. — 750 с.
4. Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. — 1999. — №4. — С. 4–9.
5. Кондратьев Ф.В. Аспекты проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 64–68.
6. Котов В.П., Мальцева М.М. Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 2. — С. 10–14.
7. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. — Л., Медицина. — 1989. — 216 с.
8. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. — М., Медицина. — 1995. — 256 с.
9. Петрюк А.П. Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учетом качества жизни пациентов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3. — С. 99–102.
10. Точилов В.А. Классификация психических расстройств. // Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М., ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 291–305.
11. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях. Пособие для врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников/ Коцюбинский А.П. [и др.]. — СПб: СПб НИПНИ им. Бехтерева. — 2011. — 37 с.
12. 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. — P. 3–13.

13. Dolan M., Doyl M. *Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist*// *British Journal of Psychiatry*. — 2000. — № 177. — P. 303–311.
14. Hare R.D., Hart S.D., Cox D.N. *Manual for the Psychopathy Checklist Screening version*. — Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems. — 2003. — 70 p.
15. Hare R.D. *Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.)* Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems. — 2003. — 101 p.
16. Hogan N., Ennis L. *Assessing Risk for forensic psychiatric inpatient violence: a meta-analysis*// *Open Access Journal of Forensic psychology*. — 2010. — № 2. — P. 137–147.
17. Morissey K., Hogue T., Mooney P. *Predictive validity of the PCL-R in offenders with intellectual disability in a high secure hospital settings: institutional aggression*// *The Journal of forensic psychiatry and psychology*. — 2007. — № 18. — P. 1–15.

**Сведения об авторах**

**Денисов Михаил Федорович** — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца». E-mail: drdenisov@mail.ru

**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