

# ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8:316.624

Для цитирования: Яхимович Л.А., Макушкина О.А. Клинические аспекты общественной опасности больных шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 2 (99): 70–76. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-70-76](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-70-76)

## Клинические аспекты общественной опасности больных шизофренией

Яхимович Л.А., Макушкина О.А.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского  
Россия, 119991, Москва, Кропоткинский пер., 23

### РЕЗЮМЕ

В работе представлены результаты клинического анализа общественной опасности больных шизофренией. Выделены наиболее «криминогенные» варианты и характеристики данного вида патологии. Проанализированы психопатологические механизмы совершаемых больными опасных действий, особенности их формирования. Показаны актуальность и особенности анализа клинических факторов риска, в том числе с применением валидных оценочных инструментов. Полученные данные положены в основу дифференцированного подхода к профилактике опасного поведения больных шизофренией, разработки специфических лечебно-реабилитационных мероприятий и оценки их эффективности.

**Ключевые слова:** больные шизофренией, опасные действия, оценка риска, клинические факторы риска, предупреждение общественно опасного поведения, система комплексной профилактики.

### ВВЕДЕНИЕ

Определение риска совершения общественно опасных действий (ООД) лицами с психическими расстройствами имеет большое социальное значение и относится к актуальным проблемам психиатрии как в части поиска путей повышения точности прогноза, так и дальнейшей дифференциации превентивных мероприятий.

Шизофрения традиционно занимает ведущее место в нозологической структуре психических расстройств у лиц, совершивших ООД в состоянии невменяемости. Проводившееся различными исследователями изучение большого количества таких больных говорит о том, что степень, характер и генез общественной опасности при различных формах, типах течения этого расстройства неоднородны. Поэтому наибольшее внимание в аспекте профилактики общественно опасного поведения следует уделять тем разновидностям заболевания, при которых наиболее велика вероятность его формирования, а сам характер профилактических мероприятий должен быть дифференцирован в зависимости от особенностей той или иной группы пациентов.

Исследования последних лет позволили получить важные данные о роли клинических и социально-психологических факторов в сложном генезе опасного поведения психически больных. Среди современных научных концепций следует выделить концепцию триады факторов – «синдром – личность – ситуация» [1] и концепцию психопатологических механизмов общественно опасных действий [5]. В их основе лежит признание значения в генезе общественной опасности психопатологических и ситуационных факторов, а также личностных особенностей пациента в их взаимодействии.

Обсуждая вопросы прогнозирования общественной опасности психически больных, судебные психи-

атры рассматривают значение не только нозологического диагноза, но и структуры ведущего психопатологического синдрома. Клинический 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.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных этой проблеме, эффективность превентивных мероприятий остается еще недостаточной, в связи с чем изучение клинико-социальных характеристик лиц с психическими расстройствами, анализ причин их противоправного поведения представляется обоснованным и актуальным.

**Целью** исследования являлась разработка дифференцированного подхода к профилактике ООД больных с наиболее «криминогенными» вариантами шизофрении и осуществлению специфических лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом их психопатологических механизмов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования – больные шизофренией, совершившие ООД и находившиеся на принудительном лечении (ПЛ) в психиатрической больнице № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы, а также находившиеся под наблюдением в психоневрологических диспансерах (ПНД) г. Москвы. Всего обследовано 203 человека. Применены методы клинико-психопатологический и клинико-статистический. Изучение на протяжении ряда лет указанной группы пациентов позволяет сформулировать некоторые принципиальные подходы и положения, касающиеся их дифференциации в интересующем нас аспекте, и направлений лечебно-реабилитационной работы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные позволяют утверждать, что наибольшее количество ООД совершается больными шизофренией либо под влиянием продуктивной психопатологической симптоматики, нередко связанной с преходящим обострением шизофренического процесса, либо в относительно стационарных состояниях при наличии характерных изменений личности или психического дефекта, носящих стойкий, малообратимый характер. Это не исключает возможности опасного поведения при любой форме и на любой стадии заболевания, на что указывалось различными исследователями, но дает основание для более глубокого анализа именно этих состояний, тем более что психопатологические механизмы ООД при них существенно различаются.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что из всего многообразия наблюдающихся при шизофрении психопатологических состояний наибольшей криминогенностью отличаются психопатоподобные расстройства. Они имели место у 60,6% обследованных больных. На втором месте находятся психотические нарушения в виде бредовых идей и расстройств восприятия. В ряде случаев можно говорить о промежуточных состояниях, когда изменения личности по психопатоподобному типу сочетаются с более или менее выраженной продуктивной симптоматикой.

Установлены различия в криминологической характеристике общественной опасности. Так, у больных с повторным противоправным поведением имело место преобладание психопатоподобных нарушений. Такие пациенты совершали в ряде случаев три и более ООД. Деликты лиц с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой преимущественно были первичными, однако отличались большей социальной опасностью и тяжкими последствиями.

Полученные данные свидетельствуют о том, что для больных с психопатоподобной симптоматикой, совершивших ООД по негативно-личностным психопатологическим механизмам, более характерны имущественные деликты, хулиганские действия, изнасилования, бродяжничество, что можно поставить в связь с особенностями их социального статуса (отсутствие постоянного места жительства, семьи, поддержки родственников, наблюдения в ПНД). Результаты наблюдения позволяют утверждать, что пациенты этой группы представляют наибольшую потенциальную опасность, когда сохраняются сформировавшиеся в преморбидном периоде антисоциальные личностные установки, контакты с криминальными элементами, имеют место злоупотребление или зависимость от алкоголя, наркотических средств. Сам тип социальной адаптации имеет здесь не только сниженный, но и извращенный характер, связанный с отрицанием социально-приемлемых форм поведения и нередко активной антисоциальной деятельностью. Частота совершенных ООД, достигнув наибольших значений в молодом и среднем возрастах, в дальнейшем

снижается.

Из полученных данных о трудовой занятости больных с психопатоподобной симптоматикой следует, что более половины нигде не работали. Существенным фактором, имеющим отношение к социальной адаптации, является их семейное положение: в наших наблюдениях лишь около 1/4 имели свою семью.

Начало психического заболевания чаще приходилось на юношеский и молодой возрасты. В связи с трудностями выявления пациентов с психопатоподобной симптоматикой многие из них впервые попадали в поле зрения психиатров лишь после совершения противоправных действий. Клинический анализ позволил установить, что к наиболее существенным структурным характеристикам при этом варианте заболевания можно отнести психопатологическую сложность, фасадность собственно психопатоподобных расстройств, за которыми определяется достаточно отчетливая дефицитарная симптоматика в виде эмоционального огрубления, холодности с безразличием к жизни и благополучию других людей, отсутствия чувства вины, сопереживания, жестокости, парадоксальности эмоционального реагирования. Обращает внимание отчетливость наступившего личностного сдвига, трансформация ряда основных «ядерных» личностных черт, негативные изменения в виде определенного регресса поведения на фоне эмоциональных нарушений.

Установлено, что частота и характер опасных действий во многом зависят от типа психопатоподобного синдрома. Наиболее неблагоприятны полиморфный (30,8%) и эксплозивный (31,3%) варианты. В случаях с истероподобным и психастеническим типами психопатоподобного синдрома повторная общественная опасность отмечалась значительно реже (3,1%).

В структуре полиморфного варианта, наряду с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью и конфликтностью, могут быть выражены ипохондрические расстройства, сверхценные образования, отдельные чувствительные идеи отношения, явления навязчивости. Для начального этапа заболевания и первых ремиссий характерны нарушения общественного порядка, кражи, мошенничество. В дальнейшем по мере развития симптоматики с усилением аффективной неустойчивости, нарастанием изменений личности повышается частота агрессивных действий, включая аутоагрессию. Драки в общественных местах, телесные повреждения, наносимые лицам из ближайшего окружения, обычно связаны с эксплозивностью, чувствительными идеями отношения и с нарушением межличностных отношений.

Как следует из полученных данных, больные с эксплозивным вариантом психопатоподобного синдрома на самые незначительные события дают реакции, сопровождающиеся аффектом злобы, ярости, гнева. Они становятся неуправляемыми, агрессивными, конфликтными, что обуславливает соци-

альную дезадаптацию с тенденцией к ее неуклонному нарастанию.

При этом степень социальной дезадаптированности является одним из важных параметров, позволяющих судить о степени общественной опасности.

Большая часть больных с психопатоподобной симптоматикой (40,5%) после отмены принудительного лечения в психиатрическом стационаре совершили повторные ООД. У большинства из них длительность пребывания на ПЛ в связи с предыдущим ООД была небольшой (от 1 до 2 лет). Продолжительность периода между прекращением ПЛ и новым ООД (интервал рецидива) часто оказывалась короткой: 38,8% пациентов совершили повторные ООД в течение первого года, 58,2% – в течение первых двух лет. Поскольку традиционно считается, что рецидив ООД до 1 года после выписки из психиатрического стационара связан с недостаточной эффективностью проведенного ПЛ, следует предполагать, что оно было неэффективным в отношении 38,8% обследованных. В отношении остальных пациентов, совершивших повторные ООД, приходится говорить о недостаточной эффективности оказания помощи во внебольничных условиях, нарушенной преемственностью между стационарным и амбулаторным подразделениями службы.

Анализ характера наблюдения этих больных в ПНД показал, что 20,9% перед совершением ООД более 6 месяцев не посещали участкового психиатра, 43,3% были на приеме не чаще 1 раза в месяц. При этом только 1/10 часть всего контингента в период, предшествующий деликту, регулярно получала медикаментозное лечение.

Среди обследованных пациентов, в клинической картине которых доминировала психотическая симптоматика, совершивших ООД по продуктивно-психотическим психопатологическим механизмам, преобладали лица с непрерывно-прогредиентным и приступообразно-прогредиентным течением процесса. Доминировали приступы параноидной, паранойдальной и реже аффективно-параноидной структуры. Параноидная шизофрения занимает в судебно-психиатрической практике одно из ведущих мест, поскольку наиболее тяжкие опасные действия совершаются зачастую под влиянием бредовых переживаний (бредовая мотивация поведения).

Результаты нашего исследования свидетельствуют, что социальная опасность больных с параноидным синдромом во многом определяется особенностями формирования и длительностью существования бредовой системы. Наиболее опасными для окружающих являются больные с бредовыми идеями, направленными на конкретных лиц (персонифицированность бреда). При этом фабула бреда играет особую роль в механизмах социально опасного поведения этих больных. Чаще наиболее тяжкие противоправные деяния совершаются под влиянием бредовых идей преследования. Первичные бредовые фабулы разного содержания (отношения, ревности, ипохондрические и др.) постепенно могут расширяться

и преобразовываться с присоединением к ним идей преследования.

Вместе с тем в новом содержании образовавшейся бредовой системы наиболее актуальными и значимыми для больного становятся те бредовые построения, персекуторный характер которых острее прочих. Содержание наиболее острого и актуального бреда определяет характер опасного поведения больных. Таким образом, основными параметрами, позволяющими оценить потенциальную опасность пациентов, являются выраженность персекуторного характера бреда, его моно- или политематичность, систематизированность, концентрированность бредовых идей.

Указанные характеристики обычно известны психиатрам, но практические выводы, связанные с применением специальных мер профилактики – к примеру, с постановкой таких больных на активное диспансерное наблюдение (АДН), делаются ими далеко не всегда. Количество больных в группе АДН, которые не совершили ООД, а включены в эту группу по инициативе участковых психиатров на основе оценки присущих им клинко-социальных особенностей, не превышает в ряде регионов страны 5–10%, что является недостаточным и свидетельствует об отсутствии должной профилактической работы.

Поскольку хронические психотические состояния в условиях современной психофармакотерапии протекают в большинстве случаев дискретно, в форме преходящих обострений, возникает необходимость особое внимание уделять своевременному выявлению участковым психиатром начинающегося у больного рецидива, интенсификации терапии и своевременной госпитализации. Анализ характера ООД, совершенных обследованными больными, показывает, что их большая часть приходилась на преступления против личности (71,4%). Хулиганские действия в форме посягательства на общественный порядок составили 15,7%. Доля имущественных и прочих правонарушений была незначительна (7,1% и 5,8%). Эти данные представляют интерес, особенно в сравнении с анализом характера ООД, совершенных больными с психопатоподобными состояниями, у которых на первом месте были имущественные правонарушения, а преступления против личности наблюдались значительно реже.

Сравнительный анализ обследованных больных с однократными и повторными ООД показал, что риск повторных ООД высок при формировании механизма бредовой защиты и бредовой мести в рамках хронических психотических состояний. Результаты исследования свидетельствуют о том, что к прогностически благоприятным признакам можно отнести состояние качественной ремиссии, риск совершения повторных ООД уменьшается также при формировании апатоабулического дефекта.

В половине наблюдений пациенты находились на принудительном лечении более 3 лет (48,7%), от 1 года до 3 лет лечились 36,8%, менее 1 года –

14,5% больных, показатель повторности был равен 23,7%.

Интервал рецидива ООД в большинстве случаев составил более 3 лет – 42,1%, от 1 года и до 3 лет – 38,2% и до 1 года – 19,7%. При сравнении с обследованными больными с негативно-личностными механизмами ООД, которые совершали повторные деяния в течение первого года после отмены принудительного лечения в 38,8% случаев, подтверждается мнение о лучшей курабельности и большей эффективности мер профилактики ООД в отношении больных с продуктивно-психотическими механизмами ООД.

Средняя длительность пребывания пациентов этой группы на принудительном лечении составила 6,3 года. Следует подчеркнуть, что у больных с негативно-личностными механизмами ООД эта цифра значительно меньше – около 4,5 года. На наш взгляд, это объясняется тем, что врачи стационаров, считая агрессивные действия против личности (которые более характерны для больных с продуктивно-психотическими механизмами ООД) наиболее опасными, с осторожностью подходят к прекращению принудительного лечения этих лиц, в то время как пациенты с негативно-личностными механизмами ООД, которым более свойственны имущественные правонарушения, выписываются быстрее.

Вместе с тем, если принять во внимание относительную курабельность обследованных с психотической симптоматикой по сравнению с плохо поддающимся лечению дефицитарными расстройствами у больных с негативно-личностными механизмами ООД, отмеченное соотношение сроков принудительного лечения следует оценить как своего рода парадокс, связанный с недостаточным знанием психиатрами особенностей этих групп пациентов, а также с отсутствием применения объективных методов оценки потенциальной общественной опасности больных и эффективности их терапии.

По виду принудительной меры медицинского характера обследованные больные распределялись следующим образом: принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа – 35,5%, принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа – 64,5%. Причем 43,5% больных были переведены в указанные стационары из психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением в порядке изменения меры медицинского характера на менее строгую. Тот факт, что около четверти пациентов с продуктивно-психотическими механизмами помещались на ПЛ в больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением, свидетельствует о том, что их психическое состояние в период совершения противоправного деяния расценивалось психиатрами-экспертами и судами как представляющее особую опасность для общества.

Необходимо иметь в виду, что при выборе мер медицинского характера в отношении таких больных необходимо учитывать, наряду с общими кли-

ническими особенностями заболевания, тип психопатологического механизма ООД.

Так, например, наличие в клинической картине у больного стойкого параноидного синдрома с бредовыми механизмами защиты или мести в отношении конкретных лиц может являться показанием для его направления на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением как представляющего особую опасность для общества.

При совершении ООД неагрессивного характера под влиянием случайных обстоятельств на фоне частых обострений заболевания, приводящих к неадекватному поведению, допускается возможность проведения принудительного лечения в психиатрической больнице специализированного типа, где пациенты могут постоянно находиться под наблюдением персонала при проведении большого объема реабилитационных мероприятий.

В тех случаях, когда больные обнаруживают распад бредовой системы с дезактуализацией бредовых идей, относительную стабильность процесса и отсутствие тенденций к нарушению режима, рекомендуется их направление на ПЛ в стационар общего типа, где режим содержания соответствует режиму, применяемому в отношении пациентов, поступающих на лечение на общих основаниях.

Помимо дифференцированного подхода к выбору принудительной меры медицинского характера, существенное значение имеет применение во время ПЛ лечебно-реабилитационных программ, учитывающих свойственные конкретному пациенту психопатологические механизмы совершения ООД и направленных на их основные звенья. В данном случае задача достижения чисто клинического эффекта сочетается со стремлением к снижению или ликвидации опасности больного. В связи с тем, что к факторам, увеличивающим риск повторных агрессивных деликтов, относится механизм ООД по типу бредовой «защиты» или «мести», своевременное выявление направленности бредовых переживаний позволяет принять, наряду с психофармакотерапией, такие первоочередные меры, как изоляция больного от объектов его возможной агрессии и соответствующий инструктаж персонала. Создание окружения, способного обеспечить необходимое наблюдение за пациентом, проведение соответствующей психолого-психотерапевтической коррекции, помимо медикаментозного лечения, будут способствовать предупреждению повторных ООД.

К причинам, снижающим эффективность проводимых мероприятий по профилактике общественной опасности больных шизофренией, относятся такие факторы, как преждевременная отмена принудительных мер медицинского характера вследствие наличия нераспознанной диссимуляции или иных психопатологических состояний, а также отсутствие надлежащей преемственности в лечении и наблюдении за больными между стационаром и диспансером.

В ряде случаев, когда нет уверенности, что достигнутая ремиссия сохранится после выписки больного из стационара, целесообразно прибегать к назначению принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях, позволяющего повысить качество преемственности между стационарным и диспансерным звеньями психиатрической службы, упорядочить организацию внебольничной помощи больным с общественно опасным поведением.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом вышеизложенное может быть обобщено в виде следующих основных положений.

Агрессивное поведение больных шизофренией, их антиобщественные действия являются следствием неблагоприятного сочетания психопатологических, личностных и ситуационных факторов, иерархия значимости которых неоднозначна при разных синдромах.

Наибольшую опасность совершения ООД представляют больные с психопатоподобными и бредовыми (галлюцинаторно-бредовыми) синдромами, если психопатоподобные состояния характеризуются эксплозивными или истероэмоциональными расстройствами, а бредовые – персекуторными идеями с направленностью против конкретных лиц и особенно если они сочетаются с императивными галлюцинациями и аффектом страха за свою жизнь.

У больных с психопатоподобными состояниями при неглубокой степени изменения психики первостепенную роль в детерминантах ООД нередко играет преморбидно сложившийся стиль поведения, злоупотребление или зависимость от ПАВ, неблагоприятные ситуационные обстоятельства. Вне этих факторов криминогенность психопатоподобных расстройств может значительно снижаться.

При бредовых синдромах персекуторный бред с фабулой непосредственной угрозы жизни больных является основной причиной их агрессивных действий. Конкретные же ситуационные обстоятельства занимают значительно меньшее место в иерархии детерминант агрессивного поведения этих пациентов.

В условиях лечения наилучший прогноз отмечается при психопатологической симптоматике, поддающейся активной психофармакотерапии. Труднее всего коррекции поддается преморбидно сложившийся агрессивный стиль поведения, требующий социально-психологического воздействия.

Алгоритм выбора принудительной меры медицинского характера строится на оценке степени общественной опасности больного с учетом характера психопатологического механизма ООД, криминологического анамнеза, прогноза заболевания и обратимости имеющихся психических расстройств.

Выбор принудительного лечения в психиатрической больнице общего типа возможен при определенной неустойчивости психопатологического механизма ООД (обратимости потенциально опасных психических расстройств), неотягощенности крими-

нального анамнеза и отсутствии у больного антисоциальных тенденций.

Принудительное лечение в психиатрической больнице специализированного типа рекомендуется больным с психическими нарушениями в основном обратимого характера, однако отягощенным криминальным анамнезом, повторными ООД и нарушением больничного режима, что требует специально организованного постоянного наблюдения.

Принудительное лечение в больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением показано больным с малокурабельными психическими расстройствами в сочетании с асоциальным типом личностных установок при отягощенном криминальном анамнезе и склонности к совершению повторных тяжких ООД, в силу чего они представляют особую общественную опасность.

Принудительное наблюдение и лечение у психиатра в амбулаторных условиях рекомендуется к назначению в тех случаях, когда психотическое обострение купировано, его повторение маловероятно, больной комплаентен, способен поддерживать необходимый контакт с участковым психиатром, если у него отсутствуют антисоциальные тенденции и он не нуждается в стационарном лечении.

Заключение с рекомендацией о прекращении принудительной меры медицинского характера дает комиссия врачей-психиатров в случае выздоровления лица или такого изменения его психического состояния, при котором отпадает необходимость лечения в принудительном порядке, в связи с тем, что больной перестал представлять опасность для себя и других лиц, восстановилась его способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Мы далеки от мысли о возможности установления каких-то оптимальных сроков принудительного лечения в отношении больных с разными клиническими формами шизофрении. Речь может идти лишь о критериях снижения потенциальной общественной опасности, позволяющих прекращать применение принудительных мер медицинского характера. Эти критерии в отношении больных шизофренией с преобладанием психотических расстройств и с преимущественно дефицитарными нарушениями и изменениями личности принципиально различны.

Если у первых общественная опасность связана с продуктивной психопатологической симптоматикой, которая относительно легко выявляется и в значительном числе случаев поддается психофармакотерапии, то у вторых риск опасного поведения связан со стойкими проявлениями дефекта и изменениями личности определенной структуры, которые не всегда очевидны и обладают резистентностью в отношении современных методов медикаментозного лечения. Исходя из сказанного, устойчивая редукция бредовых переживаний определенной структуры и содержания при наличии уверенности в стойкости достигнутого эффекта и отработанной методики предупреждения обострений является основанием для пре-

кращения принудительного лечения больных с продуктивно-психотическими механизмами ООД.

В отношении пациентов с негативно-личностными механизмами критерии не столь определены. Они связаны обычно с изменением структуры личностных нарушений и, соответственно, жизненной позиции больного, чего удается достичь обычно только в результате достаточно длительных и систематических социотерапевтических и социореабилитационных мероприятий, суждение об эффективности которых требует длительного наблюдения и объективизации с помощью оценочных инструментов и результатов экспериментально-психологического исследования.

Для повышения эффективности прогноза риска, его объективизации и доказательности, следуя подходу «Структурированного профессионального суждения» (SPJ), в отделе судебно-психиатрической профилактики НМИЦ ПН им. В.П. Сербского была разработана оригинальная методика Структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) [3]. Методика включает 22 параметра оценки, распределенных между тремя блоками признаков (клинических; связанных с историей жизни больного; характеризующих его социальную адаптацию). Проводилось несколько этапов апробации и ретестов надежности, а также изучение прогностической ценности СОРОП, что определяет ее доказательный характер. В частности по результатам обследования 506 больных продемонстрированы надежность ( $\alpha$ -Кронбаха 0,8) и валидность (коэффициенты конкордации Кендала до 0,85) методики. С помощью ROC-анализа доказана высокая предсказательная способность СОРОП (AUC превышает 0,75). Показатели чувствительности и специфичности составили 93,8% и 77,0% [4]. Для удобства применения методики разработана программа для ЭВМ «Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных»<sup>1</sup>.

В заключении необходимо подчеркнуть, что изложенные положения не отражают всех возможных вариантов дифференцированной профилактической тактики в отношении пациентов с социально опасным поведением, однако очерчивают основные направления осуществления деятельности по предупреждению ООД у больных шизофренией и помогут существенно повысить эффективность работы специалистов психиатрической службы.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета Московского НИИ психиатрии – филиал НМИЦПН им. В.П. Сербского № 80 от 22 июня 2015 г.).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратьев Ф.В. Особенности самосознания больных шизофренией (к проблеме мотивации агрессивного поведения психически больных). Агрессия и психические расстройства. М., 2006; 1: 80–104.
2. Котов В.П., Мальцева М.М. Диагностика потенциальной общественной опасности. Функциональный диагноз в судебной психиатрии. М., 2001; глава 8: 148–166.
3. Котов В.П., Мальцева М.М. Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией. Руководство по судебной психиатрии. М., 2004; часть 5: 428–507.
4. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами. *Психическое здоровье*. 2016; 10 (125): 18–26.
5. Макушкина О.А., Березкин А.С., Дурнева М.Ю., Авдонина С.М. Апробация и внедрение методики структурированной оценки риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017; 27 (4): 18–24.
6. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М., 1995: 256.
7. Пенициентарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. – Москва, Томск, Кемерово, 2007. – Т. 1. – 576 с.

Поступила в редакцию 12.02.2018

Утверждена к печати 2.04.2018

Яхимович Л.А., к.м.н., старший научный сотрудник отдела судебно-психиатрической профилактики.

Макушкина Оксана Анатольевна, д.м.н., руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики.



Макушкина Оксана Анатольевна, makushkina@serbsky.ru

<sup>1</sup> Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016619260 от 16.08.2016. Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных / Макушкина О.А., Муганцева Л.А., Юрко В.К.; ФМИЦПН имени В.П. Сербского. 2016 <http://serbsky.ru/index.php/scientificunit/justice-psychiatry-prevention.html>

УДК 616.895.8:316.624

For citation: Yakhimovich L.A., Makushkina O.A. Clinical aspects of social danger of schizophrenia patients. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 2 (99): 70–76. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-70-76](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-70-76)

## Clinical aspects of social danger of schizophrenia patients

Yakhimovich L.A., Makushkina O.A.

National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky  
Kropotkinsky lane 23, 119991, Moscow, Russian Federation

### ABSTRACT

The results of clinical analysis of social danger of schizophrenia patients are presented. The most "criminogenic" variants and characteristics of this type of pathology are identified. Psychopathological mechanisms of threatening actions of patients, peculiarities of their formation are analyzed. The article shows the relevance and features of the analysis of clinical risk factors, including the use of valid assessment tools. The obtained data form the basis of a differentiated approach to the prevention of dangerous behavior of schizophrenia patients, the development of specific therapeutic and rehabilitation measures and assess their effectiveness.

**Keywords:** schizophrenia patients, dangerous actions, risk assessment, clinical risk factors, prevention of socially dangerous behaviour, system of complex prevention.

### REFERENCES

1. Kondratiev F.V. Osobennosti samosoznaniya bol'nyh shizofreniej (k probleme motivacii agressivnogo povedeniya psichicheski bol'nyh) [Features of self-consciousness of patients with schizophrenia (to the problem of motivation of aggressive behavior of mentally ill)]. *Agressiya i psichicheskie rasstrojstva* [Aggression and mental disorders]. Moscow, 2006, tom 1: 80–104 (in Russian).
2. Kotov V.P., Maltseva M.M. Diagnostika potencial'noj obshchestvennoj opasnosti. Funkcional'nyj diagnost v sudebnoj psichiatrii [Diagnosis of potential public danger]. In: *Funkcional'nyj diagnost v sudebnoj psichiatrii* [Functional diagnosis in forensic psychiatry]. Moscow, 2001: 148–166. (in Russian).
3. Kotov V.P., Maltseva M.M. Preduprezhdenie opasnykh deystviy lits s psichicheskoy patologiej. Rukovodstvo po sudebnoj psichiatrii [Prevention of dangerous acts of persons with mental pathology. Handbook of Forensic Psychiatry]. M., 2004; part 5: 428–507 (in Russian).
4. Makushkina O.A., Mugantseva L.A. Metodika strukturirovannoj ocenki riska opasnogo povedeniya lic, stradayushchih psichicheskimi rasstrojstvami [Methods of structured assessment of risk of dangerous behavior of persons with mental disorders]. *Psihicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2016 (10): 18–26. (in Russian).
5. Makushkina O.A., Berezkin A.S., Durneva M.Yu., Avdonina S.M. Aprobatsiya i vnedrenie metodiki strukturirovannoi otsenki riska opasnogo povedeniya u lits s psichicheskimi rasstrojstvami [Validation and verification of the methods of structured risk assessment of dangerous behavior in persons with mental disorders]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2017; 27 (4): 18–24. (in Russian)
6. Maltseva M.M., Kotov V.P. Opasnye deystviya psichicheskimi bol'nyh [Dangerous acts of mentally ill persons]. Moscow, 1995: 256 (in Russian).
7. Penitentiary psychology and psychopathology: manual in two volumes / edited by T.B. Dmitriyeva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets. – Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007. – V. 1. – 576 p.

Received February 12.2018

Accepted April 2.2018

Yakhimovich L.A., PhD, senior researcher of the Department of Forensic Psychiatric Prevention, National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russian Federation.  
Makushkina Oksana A., MD, Head of the Department of Forensic Psychiatric Prevention, National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russian Federation.



Makushkina Oksana A., [makushkina@serbsky.ru](mailto:makushkina@serbsky.ru)