

# ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-056.34:343.148.3:316.624:004.413.4:159.9.072

Для цитирования: Макушкина О.А., Панченко Е.А. Применение формализованного инструмента оценки риска опасного поведения для определения стратегии психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 4 (101): 46–55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4\(101\)-46-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4(101)-46-55)

## Применение формализованного инструмента оценки риска опасного поведения для определения стратегии психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами

Макушкина О.А., Панченко Е.А.

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

### РЕЗЮМЕ

В статье приведены результаты применения формализованного инструмента – методики структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) для определения направления профилактических вмешательств, мишеней лечебно-реабилитационного воздействия в период исполнения принудительных мер медицинского характера и после их отмены. По результатам обследования 160 больных с применением СОРОП выделены значимые факторы риска и протективные факторы, влияющие на формирование общественной опасности, проведена оценка их динамики за период принудительного лечения. Описаны подходы и специфика реабилитационных мероприятий, осуществляемых как на стационарном, так и на амбулаторном этапах оказания помощи для предотвращения рецидива общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами.

**Ключевые слова:** методика структурированной оценки риска опасного поведения, общественно опасное действие, психические расстройства, клинические, личностно-психологические и социальные факторы, психосоциальная реабилитация.

### ВВЕДЕНИЕ

Профилактика общественно опасных действий (ООД) является одним из социально значимых и трудоемких аспектов оказания специализированной помощи лицам с психическими расстройствами [5, 9]. При этом особую актуальность имеют вопросы оценки потенциальной общественной опасности, а также разработка эффективных мер её предупреждения. Для повышения качества и объективности прогноза, маршрутизации реабилитационных мероприятий специалистами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России была разработана оригинальная методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) [6].

В её основу положены результаты обследования более 500 лиц с психическими расстройствами. В ходе разработки инструмента было проанализировано 53 фактора, каждый из которых имел несколько градаций. Определялась их информативность с точки зрения повышения и снижения риска общественной опасности с расчётом прогностических коэффициентов (ПК). По результатам первичного эмпирического исследования при сравнении двух выборок больных (совершивших опасные действия и с правомерным поведением) были выделены наиболее информативные признаки. СОРОП была апробирована на материале нескольких исследований на различных выборках пациентов: проверены валидность и надёжность методики.

Математическим путем с применением ROC-анализа доказано, что инструмент обладает высокими прогностическими способностями и может использоваться в качестве эффективного метода оценки риска общественной опасности, дополняя клинический анализ [7].

В СОРОП с целью принятия решения о потенциальной общественной опасности используются 22 статичных и динамичных параметра, каждый из которых оценивается путем применения величин их прогностических коэффициентов (ПК) (табл. 1).

Параметры оценки были распределены между тремя блоками признаков (клинических, связанных с историей жизни больного, характеризующих его социальную адаптацию).

*Блок клинических признаков* включает 7 параметров оценки, направленных на определение наличия клинических предпосылок к формированию опасного поведения, в том числе с позиций коморбидности с болезнями зависимости, комплаентности пациента. Каждый оценочный параметр данного блока является динамическим и может меняться в процессе лечения и психокоррекционной работы.

*Блок признаков, связанных с историей жизни больного*, включает 7 факторов, таких как наличие криминального опыта, расстройств поведения в детском (подростковом) возрасте, антисоциальной структуры личности в преморбиде и пр. Данные характеристики остаются неизменными, статичными.

В блоке признаков, характеризующих социальную адаптацию, оцениваются 6 факторов, 4 из которых являются динамическими. Все признаки обладают разной прогностической способностью и заложены в систему оценки в порядке убывающей информативности. Суммируя их ПК, заложенные в систему оценки в порядке убывающей информативности признаков, обследующий больной специалист выдает заключение о степени

риска. При достижении порога (+)20 баллов специалист дает заключение о «высоком риске совершения опасных действий по результатам скрининга», при достижении порога (-)20 баллов – «о низком риске по результатам скрининга». Если указанный порог не достигнут, в зависимости от значения полученной суммы ПК определяется повышенный, средний либо пониженный риск общественной опасности больного [6].

Т а б л и ц а 1

Параметры оценки наличия/отсутствия признаков в баллах

Параметр оценки	ПК при наличии признака у больного	ПК при отсутствии признака у больного
Выраженные нарушения поведения	+12	-5
Выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости	+8	-4
Выраженная прогрессивность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением	+10	-2
Продуктивная психотическая симптоматика	+4	-1
Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом	+12	-3
Материальная, жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей	+11	-2
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ	+7	-4
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы	+2	0
Приверженность лечению	-6	+3
Антисоциальная структура личности в преморбиде	+6	-3
Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте	+5	-3
Неоднократное физическое или сексуальное насилие в детском (подростковом) возрасте	+6	-1
Враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве	+3	-1
Возраст 20–39 лет	+6	0
Возраст 60 лет и старше	-6	0
Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение	+6	0
Наличие помощи и поддержки родных, близких	-3	0
Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе	+4	-1
Трудовая занятость связана с выполнением квалифицированного труда	-2	+2
Низкий образовательный уровень	+1	-1
Стабильная трудовая занятость на протяжении всей жизни	-2	0
Асоциальность (отсутствует трудовой стаж, не работает, не учится)	+4	0

П р и м е ч а н и е. ПК – прогностический коэффициент. Его значение в виде целого числа со знаком «минус» – благоприятный прогноз, со знаком «плюс» – неблагоприятный прогноз в отношении риска опасного поведения.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение с применением формализованного оценочного инструмента (методики СОРОП) основных «мишеней» биологической терапии и психосоциальной реабилитации, направления реабилитационного воздействия для превенции повторного общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

*Тип исследования: наблюдательное описательное.*

С использованием методики СОРОП было обследовано 160 больных (140 мужчин и 20 женщин), экскульпированных судами по фактам совершения ООД и находившихся на принудительном лечении (ПЛ) в психиатрическом стационаре специализированного типа ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5» Департамента здравоохранения

г. Москвы. В нозологической структуре у них преобладали расстройства шизофренического спектра (63,12%), доли органических психических расстройств и умственной отсталости составляли 21,25% и 11,87% соответственно. Иные виды патологии (расстройство личности, синдром зависимости от психоактивных веществ) имели место у 3,76% пациентов.

Все обследованные были условно разделены на две группы. *Первую группу* (n=114) составили больные, в отношении которых было принято решение об отмене (n=32) либо изменении вида ПЛ в направлении снижения строгости наблюдения (n=82). *Во вторую группу* (n=46) вошли пациенты с продлением ПЛ в психиатрическом стационаре специализированного типа. Средняя продолжительность исполнения принудительных мер медицинского характера у больных первой группы со-

ставляла 5,5 года, второй группы – 6,0 года. Во всех случаях решения об отмене или изменении/продлении ПЛ принимались судами со стажем работы более 15 лет и высшей квалификационной категорией по специальности «психиатрия».

Оценка потенциальной общественной опасности с использованием СОРОП в настоящем исследовании проводилась дважды: на период совершения ООД и на период решения вопроса о продлении/изменении вида/отмене назначенного судом принудительного лечения. Верификация результатов осуществлялась с помощью обработки данных в электронно-статистическом пакете «SPSS» Statistics 19.0 с использованием с использованием однофакторного дисперсионного анализа ANOVA и t-критерия Стьюдента.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что в период совершения ООД у обследованных больных имелись клинические предпосылки общественной опасности. Отмечались выраженные нарушения поведения с наличием агрессивности, конфликтности; имела место патология эмоциональной сферы в виде эксплозивности, ригидности аффекта, дисфорий, эмоциональной неадекватности, холодности с безразличием к жизни и благополучию других людей, отсутствием чувства вины и сопереживания, жесткостью, парадоксальностью эмоционального реа-

гирования в сочетании с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости. Распространенными были значительные нарушения критических функций, морально-этическое огрубление, сочетавшиеся с антисоциальными тенденциями и выраженным снижением волевого и/или интеллектуального контроля над поведением. В части случаев отмечались бредовые психозы с персекуторным, депрессивным, паранойальным бредом, бредом ревности, расстройства восприятия. Актуальными были зависимость или злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами, иными ПАВ, которые усиливали имевшиеся вследствие хронического психического расстройства изменения волевой регуляции, аффективной сферы и поведения. У большинства обследованных отсутствовала приверженность лечению – они не посещали участкового психиатра, отказывались от приема препаратов. Взаимоотношения с родственниками у большей части из них были конфликтными.

С использованием однофакторного дисперсионного анализа показано, что общие баллы по СОРОП в группах пациентов с отменой, изменением вида и продлением ПЛ статистически значительно различаются ( $F=45,14$  при  $p<0,01$ ). Наиболее выраженная динамика оценочных параметров определена у пациентов с отменой ПЛ (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Результаты динамической оценки параметров СОРОП у больных с отменой ПЛ (N=32).

Параметр оценки	Период совершения ООД		Период отмены ПЛ		t-критерий Стьюдента
	M	Sd	M	Sd	
Выраженные нарушения поведения	4,03	8,62	-5,00	0,00	-4,12**
Выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости	6,13	4,43	-4,00	0,00	5,20**
Выраженная прогрессивность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением	5,88	5,79	-2,00	0,00	-4,58**
Продуктивная психотическая симптоматика, характер которой может определять опасность больного для окружающих и/или себя	1,81	2,52	-1,00	0,00	-4,24**
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ	2,53	5,49	-4,00	0,00	-2,24*
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы	0,31	0,74	0,00	0,00	-2,24*
Приверженность лечению	2,40	2,2	-5,16	2,7	-12,72**
Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение	3,87	2,86	0,00	0,00	-4,41**

П р и м е ч а н и е. M – среднее, Sd – среднеквадратичное отклонение, t-критерий Стьюдента. Достоверность различий: \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ .

Установлено, что у всех обследованных данной группы, имевших в период совершения ООД высокие значения ПК по признакам клинического блока методики, при отмене ПЛ таковые отсутствовали. У большинства пациентов (84,37%) появился настрой на прием поддерживающей терапии, выполнение врачебных рекомендаций. Кроме того, у всех пациентов улучшились и перестали быть конфликтными взаимоотношения с родственниками. В целом зафиксировано значительное снижение степени риска опасного поведения.

Следует отметить, что для группы больных, в отношении которых было принято решение о продлении ПЛ в психиатрическом стационаре, установлено уменьшение представленности клинических и социальных факторов риска за период исполнения принудительных мер медицинского характера. Вместе с тем выраженность изменений всё же оказалась недостаточной для констатации значимого уменьшения вероятности совершения опасных действий (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

## Результаты динамической оценки параметров СОРОП у больных с продлением ПЛ (N=46)

Параметр оценки	Период совершения ООД		Период продления ПЛ		t-критерий Стьюдента
	М	Sd	М	Sd	
Выраженные нарушения поведения	8,30	7,09	-3,15	5,35	9,64**
Выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости	7,48	2,47	4,61	5,46	3,76**
Выраженная прогрессивность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением	8,17	4,36	-1,22	3,00	12,73**
Продуктивная психотическая симптоматика, характер которой может определять опасность больного для окружающих и/или себя	1,72	2,52	0,52	2,33	3,76**
Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение	3,13	3,03	0,26	1,24	6,42**
Наличие помощи и поддержки родных, близких	-1,50	1,52	1,89	1,46	2,6*

Примечание. М – среднее, Sd – среднеквадратичное отклонение, t-критерий Стьюдента. Достоверность различий: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

Наиболее выраженной оказалась динамика распространенности нарушений поведения, в период совершения ООД они присутствовали у большинства (36 – 78,26%) больных данной группы, при продлении ПММХ сохранились лишь у 5 пациентов (10,86%). Устойчивая редукция психотической симптоматики в результате ПЛ была достигнута менее чем у половины пациентов (11 из 25), имевших её в период совершения ООД. Эмоциональные нарушения сохраняли свою актуальность у 33 (71,73%) обследованных. Значимые различия имели параметры СОРОП, характеризующие взаимоотношения с близкими, в сторону снижения их конфликтности.

Однако у большей части больных на период продления ПЛ отсутствовали протективные факторы – не были сформированы приверженность лечению, установка на отказ от употребления алкоголя и наркотических средств, они не имели помощи и поддержки родных, близких. Кроме того, несмотря на некоторые положительные изменения в клинко-психопатологических характеристиках психического состояния, у них сохранялись выраженные аффективные нарушения, такие как раздражительность, вспыльчивость, эксплозивность с неспособностью контролировать свои эмоциональные проявления в ситуациях межличностного конфликта. В итоге, большинство пациентов, согласно СОРОП, продолжали представлять высокую степень общественной опасности.

Анализ результатов применения методики СОРОП у обследованных больных показал, что значительным протективным потенциалом в отношении общественной опасности лиц с психическими расстройствами обладают клинические характеристики: приверженность лечению, отсутствие выраженных нарушений поведения, зависимости или злоупотребления психоактивными веществами, эмоциональных нарушений, сочетающихся с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости. Значимы данные о правоуполномоченном поведении в прошлом, отсутствии анти-

социальной структуры личности в преморбиде, расстройств поведения в детском (подростковом) возрасте. Сдерживающими факторами являются материальная и жилищная обеспеченность, наличие помощи и поддержки родных, близких и трудовой занятости, а также возраст больного старше 60 лет.

Полученные данные свидетельствуют о том, что методика учитывает влияние факторов риска и протективных факторов на вероятность противоправного поведения лиц с психическими расстройствами и позволяет отслеживать их динамические изменения. Установлено, что наиболее прогностически значимыми параметрами, снижающими потенциальную общественную опасность, являются характеристики, относящиеся к противоположному полюсу клинических факторов риска методики СОРОП. К таковым относятся приверженность лечению, навыки дифференциации и регуляции эмоций, высокий уровень контроля над поведением, конструктивные навыки совладания в противопоставлении деструктивным (употребление ПАВ). Для эффективного и устойчивого снижения риска необходимо комплексное включение и взаимодействие перечисленных протективных факторов.

Таким образом, использование методики СОРОП предоставляет возможность планировать и осуществлять реабилитационные мероприятия, базирующиеся на объективной доказательной базе и учитывающие клинические, индивидуальные личностно-психологические и социальные особенности пациентов. Во всех случаях эта работа должна быть максимально индивидуализирована с выбором в качестве «мишеней» профилактического воздействия факторов риска и протективных факторов, определяющих риск общественной опасности конкретного больного.

Целями реабилитации являются социализирующая и превентивная (предупреждение совершения повторных ООД). К числу основных относятся задачи, описанные далее в 5 блоках.

1. Формирование приверженности к выполнению врачебных рекомендаций, приему поддерживающей терапии, участию в работе с психотерапевтом, психологом.

2. Социально-бытовая реабилитация: развитие социально-бытовой, социально-правовой и социально-средовой компетентности, закрепление социально-бытовых навыков, способствующих успешной интеграции в общество.

3. Формирование устойчивой установки на отказ от употребления психоактивных веществ через осознание их пагубного влияния на состояние психического здоровья, поведение и социальную адаптацию.

4. Повышение общеобразовательного уровня: получение общеобразовательных знаний и знаний в интересующих больного областях.

5. Коррекция индивидуально-психологических особенностей личности, которая включает: *нравственно-этический раздел*, направленный на развитие системы нравственно-духовных принципов; *антикризисный раздел*, целью которого является формирование психологической готовности противостоять возможному негативному влиянию социального окружения; *информационный раздел* с тематикой, способствующей расширению кругозора, получению информации о современной жизни; *юридический (социально-правовой) раздел*, направленный на формирование основ правовой культуры и правосознания, понимания необходимости соблюдения законов, неотвратимости наказания за их нарушение.

В целом целесообразно говорить о принципе *дифференцированного подхода* при осуществлении реабилитационных мероприятий (медицинских, психолого-педагогических, социально-средовых, профессионально-трудовых). Определяются же эти мероприятия спецификой клинического, личностно-психологического и социального статусов пациентов. Ниже представлен анализ указанных характеристик и детерминируемые ими возможности реабилитации с учетом параметров, влияющих на формирование общественно опасного поведения у обследованных пациентов.

*Особенности реабилитационных мероприятий, определяемые клиническими предпосылками*

Результаты исследования показали преобладание в нозологической структуре психической патологии больных, в отношении которых исполняются принудительные меры медицинского характера, шизофрении, органических психических расстройств и умственной отсталости. Распространенным было их сочетание со злоупотреблением либо зависимостью от ПАВ.

У обследованных с шизофренией определены нарушения поведения на фоне сниженных социальных потребностей, социальной дезадаптации, неадекватности эмоционального реагирования. Вследствие этого предпочтение в лечебно-реабилитационной работе с ними целесообразно

отдавать *когнитивно-поведенческой* психотерапии. При её проведении используются законы логического мышления, с помощью которых проводится критический разбор ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины его неправильного поведения, демонстрируется зависимость ухудшения состояния от отсутствия приверженности терапии, злоупотребления ПАВ.

Действенными формами работы являются логическая аргументация, разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекция личности, дидактические и риторические приемы. Психотерапия проводится с планомерным убеждением больного в ошибочной трактовке актуальных вопросов, связанных с его представлениями. Следует указать, что лечебный эффект при проведении этой терапии наступает относительно медленно, что определяет необходимость длительной коррекционной работы.

При органических психических расстройствах ООД зачастую совершались вследствие потребности снятия эмоционального напряжения при невозможности отреагировать его социально приемлемыми способами. Такие пациенты характеризовались ригидностью мышления, наличием эмоциональных нарушений со склонностью к накоплению аффекта с его последующей разрядкой, дисфориями, высоким уровнем агрессивности. В этих случаях собственные агрессивные реакции индивидом трактуются как защитные вынужденные действия в ответ на враждебность и недоброжелательность окружающих. При осуществлении психотерапевтических мероприятий рекомендуются не директивные суггестивные методы психотерапии, а обучение методам самовнушения и релаксации. Одним из способов воздействия является метод *эриксоновской терапии*, предложенный М. Эриксоном (1995) [16].

Важным его преимуществом является возможность активного участия пациента в процессе релаксации, что, помимо основного лечебного эффекта, позволяет получить информацию для дальнейшей аналитической работы. Активизируются потенциальные возможности и способности личности, расширяются резервы её адаптации, отсутствуют осложнения гипнотизации. Значимо и то, что этот метод не провоцирует уязвимые черты личности пациента, что выгодно отличает его, например, от классического (директивного) гипноза, использование которого нельзя признать целесообразным для коррекции поведения у больных с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия.

Пациенты с коморбидной основному заболеванию зависимостью от ПАВ обнаруживали склонность к импульсивному поведению, риску, низкую способность к анализу собственных действий, нетерпеливость, завышенные неоправданные притязания, опосредованные сиюминутными побуждениями и внешними влияниями.

Соответственно психотерапевтические мероприятия целесообразно направить на решение задач научения самостоятельному распознаванию спонтанных эмоциональных импульсов (прежде всего выражающихся в компульсивном влечении к ПАВ) и их управлению. В таких случаях эффективно обучение методикам саморегуляции, которые могут быть использованы больными самостоятельно в дальнейшей жизни. Отдельная работа направлена на формирование стойкой мотивации на «трезвый» образ жизни, что является чрезвычайно значимым для снижения риска общественной опасности.

*Особенности реабилитационных мероприятий, определяемые личностно-психологическими предпосылками*

Специфика личностно-психологического портрета обследованных пациентов во многом определялась неустойчивым, возбудимым, диссоциальным личностными радикалами. Их отличительными личностными характеристиками были низкая способность к эмпатии, нарушения распознавания эмоций других людей, трудности с осознанием и вербализацией собственных эмоций. Известно, что способность понимать эмоциональные состояния другого человека (в частности точно идентифицировать эмоции по лицевой экспрессии) имеет важнейшее значение для социализации [20]. Неспособность правильно идентифицировать эмоциональную экспрессию осложняет обучение социально приемлемому поведению, затрудняет возникновение адекватного отклика в ответ на эмоциональные состояния других людей. Нарушение «обратной связи» в момент деликта приводит к трудностям распознавания эмоций, в частности страха и горя [17, 18]. Их непонимание у жертвы, равно как и неспособность к осознанию и вербализации собственных эмоций (алекситимия) облегчают совершение преступления, что неоднократно подчеркивалось исследователями в области криминологии с указанием на высокую распространенность у правонарушителей [4, 22].

Другой психологической характеристикой пациентов, совершивших общественно опасные действия, является слабая выраженность так называемых *абстрактных эмоций*, а именно нравственного, интеллектуального, эстетического чувства, религиозности [11]. У большинства из них практически отсутствуют высшие потребности – познавательные, эстетические, потребности в самодетерминации и развитии собственной личности [8], в то время как именно их наличие может оказывать мощное протективное воздействие при актуализации антисоциального поведения.

Частично эти проблемы решаются в процессе психотерапевтической работы. Эффективным методом представляется использование элементов арттерапии. Главной задачей такой терапии является развитие «языка самовыражения». Арттерапия применяет метод визуальной, пластической,

аудиальной экспрессии и незаменима в тех ситуациях, когда вербализация затруднена. Такой подход стимулирует развитие вербализации эмоционального состояния. Кроме того, в арттерапии диада «терапевт – пациент» расширяется на триаду «терапевт – произведение искусства – пациент», что позволяет не преодолевать сопротивление пациента, а напрямую использовать его, наглядно демонстрируя возможность изменений. Это помогает пациенту лучше осознавать различные эмоциональные переживания, а значит, адекватно реагировать на собственные, в том числе деструктивные импульсы. На следующем этапе необходима выработка у больного *копинг-стратегий*. Для этого используются техники формирования стратегий социально приемлемого отреагирования прежде всего агрессивных тенденций, сублимация, особый акцент делается на развитии навыков эмпатии и творческого самовыражения. Рекомендуются ролевые тренинги и терапия творческим самовыражением [2].

В ряде случаев в рамках реабилитационных мероприятий, особенно в отношении лиц с неадаптивными личностными характеристиками и установками, осуществляется не столько психокоррекция, сколько более приемлема десоциальная терапия (терапия средой) и процесс *воспитания*. В этом контексте воспитание – это планомерное и направленное воздействие на поведение человека с целью формирования определенных установок, понятий, принципов, ценностных ориентаций, обеспечивающих необходимые условия для его развития и социальной адаптации [10].

Целью является формирование нравственных и этических представлений и вкусов, системы взглядов на мир, способности следовать социальным нормам поведения. Подходы разнообразны и включают трудовое, социальное, нравственное, интеллектуальное, эстетическое, духовное, культурное воздействие. Крайне значимо *воспитательное пространство (среда)*, т.е. социальное окружение пациента, обладающее комплексом влияний и условий, обеспечивающих возможности для удовлетворения его потребностей, проявления способностей и их развития. Воспитательная среда должна включать достижения духовной и материальной культуры (литература, театр, кинематограф и пр.), различные виды деятельности. Для реализации описанных задач необходима разработка адаптированных психокоррекционных программ, внедрение которых будет способствовать созданию условий для развития личности пациентов.

*Особенности реабилитационных мероприятий, определяемые социальными предпосылками*

Отдельной проблемой является реабилитация на этапе амбулаторного наблюдения. После выписки из стационара пациент сталкивается с принципиально новыми задачами: поддержание клинической ремиссии, осуществление нового жизненного сценария, отличного от того, который привел

к преступлению, умение приспособиться к изменившимся условиям общества. Важным является максимально возможное включение пациента в микросоциальный коллектив (прежде всего в семью). Критериями успешности достижения указанных целей могут служить объективные сведения о наличии клинической ремиссии и отсутствии противоправного поведения, соблюдение медицинских требований, отказ от употребления ПАВ, трудовая занятость, бесконфликтные семейные взаимоотношения. Субъективными являются степень понимания личностью необходимости социально-приемлемого поведения, удовлетворенность новой социальной ролью, желание добиться осуществления намеченных планов, позитивное отношение к семье и трудовой деятельности.

Необходимо выделить также факторы, влияющие на процесс социальной адаптации пациентов, находящихся на данном этапе реабилитации. Важнейший из них – социальная среда, в которую попадает пациент после выписки из стационара. При этом следует отметить значительное снижение социального функционирования больных, обусловленное длительной госпитализацией. Их повседневная деятельность, социальные контакты и уровень общения ограничены состоянием здоровья; с годами снижаются общая жизненная активность и эмоциональное функционирование, ухудшаются микросоциальные контакты.

В свете изложенного на данном этапе особую роль играют мероприятия социально-средовой реабилитации. Прежде всего в её задачи входит улучшение навыков межличностного взаимодействия, что может быть достигнуто тренингами социального функционирования. Выполняются они в форме групповых, достаточно интенсивных, краткосрочных обучающих занятий, направленных на формирование, развитие или восстановление нарушенных навыков, психических функций. Их применение необходимо для развития у пациентов навыков общения, а также приобретения ими знаний, социальных установок и опыта в области межличностного взаимодействия [1, 14]. В процессе работы используются приемы и техники социального научения (наставничество, подсказывание, подкрепление, обратная связь, разыгрывание ролей), а также используются разного рода мотивирующие стимулы (поощрение, похвала, оценка промежуточных и конечных результатов деятельности и прочее).

Особое внимание уделяется работе с семьей больного. Психокоррекция должна быть направлена на выработку у родных и близких адекватного отношения к пациенту и к совершенному деликту; привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива психического расстройства, а также на освоение стратегий собственного поведения, способных своевременно нейтрализовать проявления

общественной опасности. Поддержка родственников, которые могут помочь адаптироваться к жизни вне больницы после выписки, является важнейшей предпосылкой успешной ресоциализации в обществе. В методологическом отношении используются индивидуальная и семейная психотерапия. Высокую эффективность продемонстрировали тематические психообразовательные программы. Большинство из этих мероприятий необходимо осуществлять с участием психологов.

Важной частью реабилитационной работы является помощь больным в овладении трудовыми навыками и возможном посильном для пациента трудоустройстве. Профессионально-трудовая реабилитация – комплекс мер, направленных на восстановление профессиональной трудоспособности в доступных и показанных по состоянию здоровья видах и условиях труда. За основу берутся идеи социотерапии, согласно которой включение психически больного в коллективную трудовую деятельность является мощным фактором стимуляции его социальной активности. На первый план выходит взаимодействие с социальными работниками, профессиональным сообществом, работодателями. Получает признание понятие защищенного трудоустройства психически больных и инвалидов, организация лечебно-трудовых мастерских. Роль специалистов, занимающихся профессиональной реабилитацией, заключается в посредничестве и защите трудовых прав больных людей, приспособлении рабочего места к их функциональным возможностям, организации специальных цехов и предприятий для инвалидов, где условия труда и рабочий день могут быть облегчены.

Однако на этом этапе социализации пациенты сталкиваются со специфической проблемой, которую мы обозначили как «двойная стигматизация». Традиционно дискриминация, проистекающая из публичной стигмы, приводит к потере социальных возможностей [19]. Больные, совершившие ООД, с одной стороны, подвергаются стигматизации, будучи людьми, страдающими психическим расстройством. Негативные реакции общества значительно снижают самооценку и качество жизни пациентов, провоцируют ухудшение психического состояния, потенцируют общественную опасность. С другой стороны, стигматизация обуславливается и криминальным деянием пациента. Разрешение этой проблемы лежит в плоскости психологического просвещения общества, осуществляемого в разных социальных группах с целью повышения толерантности. При этом важным является активное влияние на общественное мнение средств массовой информации [3, 15, 21]. Ведь именно СМИ способны сформировать определенное отношение общества к лицам, совершившим криминальные действия, и от этого отношения будет зависеть их социальная реабилитация.

Например, Д.С. Татаренковой (2014) была проанализирована роль СМИ в социальной реабилитации лиц с противоправным поведением: проведен контент-анализ СМИ для осужденных и для широкой аудитории, проанализирован образ осужденного, сформированного СМИ [13]. В результате автор выделяет три основных образа правонарушителя, которые создают СМИ: «мученик, подвергающийся пыткам», «убийца или маньяк», «человек, у которого все хорошо». Все эти стереотипы являются необъективными, что в свою очередь мешает лицам, совершившим криминальные действия, успешно адаптироваться в социуме

В отношении лиц с психическими расстройствами стигматизирующая роль СМИ более выражена в части формирования ложных социальных стереотипов. При этом СМИ могут активно включиться в процесс социальной реабилитации и способствовать становлению социально приемлемого образа этих лиц. Вероятно, целесообразна более активная разъяснительная работа сотрудников психиатрической службы со СМИ в части дестигматизации процесса оказания специализированной помощи и психически больных. Необходимо предоставлять справочную информацию, приводить примеры того, как эти лица сумели успешно адаптироваться в социуме (нашли работу, создали семью). Следует на доступном уровне освещать деятельность каждого из субъектов социальной реабилитации и её результаты.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Анализ полученных исследовательских данных и многолетний опыт работы в области судебно-психиатрической профилактики позволяет сформулировать некоторые общие принципы функционирования системы реабилитации психически больных с риском общественно опасного поведения, к которым могут быть отнесены:

*Комплексность* – согласованное взаимодействие на межведомственном и профессиональном уровнях, сочетание в профилактической работе различных направлений (медицинский, психологический, социальный, образовательный аспекты).

*Дифференцированность*, предусматривающая решение задач психосоциальной реабилитации с учетом возраста, клинического диагноза, индивидуально-личностных характеристик, социального и профессионального статуса пациентов.

*Гуманистичность*, т.е. ценностная ориентация профилактической работы, ориентированная на формирование общечеловеческих духовно-нравственных ценностей, выработку представлений о физическом и психическом здоровье, приверженности к просоциальному поведению и здоровому образу жизни.

*Компетентность* – научное обоснование и ведомственная экспертиза эффективности применяемых форм и методов психопрофилактической работы.

*Преимственность* – поэтапная реализация целей и задач профилактических программ сотрудниками психиатрических стационаров, осуществляющих принудительное лечение, входящих в их структуру отделений психосоциальной реабилитации и участковой психиатрической службой, обеспечивающей амбулаторную помощь пациентам после выписки из стационара.

Применение формализованного инструмента определения потенциальной общественной опасности (методики СОРОП) дает возможность определять факторы, влияющие на формирование опасного поведения конкретного больного, оценивать их динамические изменения. Это позволяет планировать и осуществлять реабилитационные мероприятия, базирующиеся на объективной доказательной базе и учитывающие индивидуальные клинические, личностно-психологические и социальные особенности пациента, а также оценивать их эффективность.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

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

#### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. 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., 2014: 27.
2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением: Учебное пособие. Москва, Екатеринбург, 1999: 364.
3. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / пер. Е. Ройне. М.: Смысл, 2005: 114, 276–279.
4. Демидова Л.Ю. Роль понимания эмоциональных состояний в регуляции криминальных действий сексуального характера, направленных против детей: Дис. ... канд психол. наук. М., 2017: 176.
5. Макушкина О.А. Прогнозирование риска общественной опасности у лиц с психическими расстройствами: проблемы, отраслевые задачи. *Российский психиатрический журнал*. 2015; 4: 56–65.
6. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами. *Психическое здоровье*. 2016; 10: 18–26.
7. Макушкина О.А., Березкин А.С., Дурнева М.Ю., Авдоница 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.
8. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2008: 352.
9. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва, Томск, Кемерово, 2007; 2: 524.
10. Петровский А.В. Личность. Деятельность. Коллектив. М., 1982: 255.
11. Рибо Т.А. Болезни личности. Опыт исследования. М.: АСТ, 2001: 400.
12. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / под ред. проф. Б.В. Шостаковича. М.: Зерцало, 1997: 384.
13. Татаренкова Д.С. Образ осужденного в российских СМИ. *Журналистика и массовые коммуникации*. 2014: 36–45.
14. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации:



- Методические рекомендации / В.С. Ястребов (ред.) и др. М.: МАКС Пресс, 2012: 44.
15. Харрис Р. Психология массовых коммуникаций. СПб., 2002.
  16. Эриксон М. Мой голос останется с вами. СПб., 1995: 255.
  17. Blair R.J. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Development and Psychopathology*. 2005; 17 (3): 865–891.
  18. Damasio A.R. Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*. 1998; 26 (2–3): 83–86.
  19. Corrigan P.W., Larson J.E., Ruesch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009; 8: 75–81.
  20. Dolan M., Fullam R. Face affect recognition deficits imper-sonality-disordered offenders: association with psychopathy. *Psychological Medicine*. 2006; 36 (11): 1563–1569.
  21. Gould M.S. Teenage suicide clusters. *JAMA*. 1990; 263: 2051–2052.
  22. Hastings M.E., Tangney J.P., Stuewig J. Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008; 44 (7): 1474–1483.

Поступила в редакцию 28.04.2018  
Утверждена к печати 6.11.2018

Макушкина Оксана Анатольевна, доктор медицинских наук, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики.  
Панченко Евгения Анатольевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела судебно-психиатрической профилактики.

✉ Макушкина Оксана Анатольевна, makushkina@serbsky.ru

Панченко Евгения Анатольевна, eapanchenko@yandex.ru

УДК 616.89-056.34:343.148.3:316.624:004.413.4:159.9.072

For citation: Makushkina O.A., Panchenko E.A. The use of a formalized risk assessment tool to determine the strategy of psychosocial rehabilitation of persons with mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 4 (101): 46–55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4\(101\)-46-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4(101)-46-55)

## The use of a formalized risk assessment tool to determine the strategy of psychosocial rehabilitation of persons with mental disorders

Makushkina O.A., Panchenko E.A.

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

### ABSTRACT

The article presents the results of the use of a formalized tool – techniques of structured assessment of dangerous behavior risk to determine the direction of preventive interventions, targets of therapeutic-rehabilitative interventions during the execution of medical coercive measures and after their cancellation. According to the results of the examination of 160 patients with use of structured assessment of dangerous behavior risk, significant risk factors and protective factors influencing the formation of public danger were identified; their dynamics were evaluated for the period of compulsory treatment. Approaches and specific features of rehabilitation measures carried out both at the inpatient and outpatient stages of helping to prevent the recurrence of socially dangerous behavior of persons with mental disorders are described.

**Keywords:** methodology of structured risk assessment of dangerous behavior, socially dangerous action, mental disorders, clinical, personality-psychological and social factors, psychosocial rehabilitation.

### REFERENCES

1. Bulygina V.G., Kazakovtsev B.A., Makushkina O.A., Kabanova T.N., Makurina A.P., Belyakova M.Yu., Makurin A.A. Sub'yektivnyye otsenki i reabilitatsionnyy potentsial kak faktory snizheniya riska nasiliya: Metodicheskiye rekomendatsii [Subjective assessments and rehabilitation potential as factors for reducing the risk of violence: Guidelines]. Moscow, 2014: 27 (in Russian).
2. Burno M.E. Terapiya tvorcheskim samovyrazheniyem: Uchebnoye posobiy [Therapy of creative expression: Textbook]. Moscow, Ekaterinburg, 1999: 364 (in Russian).
3. Wasserman D. Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubiystv [Vain death: the causes and prevention of suicide] / Translation E. Roynе. Moscow: Meaning, 2005: 114, 276–279 (in Russian).
4. Demidova L.Yu. Rol' ponimaniya emotsional'nykh sostoyaniy v regulyatsii kriminal'nykh deystviy seksual'nogo kharaktera, napravlennykh protiv detey [The role of understanding emotional states in the regulation of criminal acts of a sexual nature directed against children]. Dissertation of candidate of psychological Sciences. Moscow, 2017: 176 (in Russian).
5. Makushkina O.A. Prognozirovanie riska obshchestvennoy opasnosti u lic s psikhicheskimi rasstrojstvami: problemy, otraslevye zadachi [Prediction of the risk of public danger in persons with mental disorders: problems, sectoral problems]. *Rossiiskij psikhicheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2015. 4: 56–65 (in Russian).
6. Makushkina O.A., Mugantseva L.A. Metodika strukturirovannoy otsenki riska opasnogo povedeniya lits, stradayushchikh psikhicheskimi rasstrojstvami [Methodology for structured risk assessment of the dangerous behavior of persons with mental disorders]. *Psikhicheskoye zdorov'ye – Mental Health*. 2016; (10): 18–26 (in Russian).
7. Makushkina O.A., Berezkin A.S., Durneva M.Yu., Avdonina S.M. Aprobatsiya i vnedrenie metodiki strukturirovannoy otsenki riska opasnogo povedeniya u lits s psikhicheskimi rasstrojstvami [Validation and verification of the methods of structured risk assessment of dangerous behavior in person with mental disorders]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2017; 27 (4): 18–24 (in Russian).
8. Maslow A. Motivatsiya i lichnost' [Motivation and personality]. Saint-Petersburg: Peter, 2008: 352 (in Russian).
9. Penitentsiarnaya psikhologiya i psikhopatologiya [Penitentiary psychology and psychopathology]. Handbook in two volumes. T.B. Dmitriyeva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets, eds. Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007; 2: 524 (in Russian).
10. Petrovsky A.V. Lichnost'. Deyatel'nost'. Kollektiv [Personality. Activity. Collective]. Moscow, 1982: 255 (in Russian).

11. Ribo T.A. Bolezni lichnosti. Opyt issledovaniya [Diseases of personality. Research experience]. Moscow: AST, 2001: 400 (in Russian).
12. Sudebnaya psikhiatriya: Uchebnik dlya vuzov [Forensic Psychiatry: A Textbook for High Schools] / Edited by prof. B.V. Shostakovich. Moscow: Zertsalo, 1997: 384 (in Russian).
13. Tatarenkova D.S. Obraz osuzhdenного v rossiyskikh SMI [The image of the convict in the Russian media. Journalism and mass communication]. *Zhurnalistika i massovyye kommunikatsii – Journalism and Mass Communication*. 2014: 36–45 (in Russian).
14. Trening razvitiya kommunikativnykh navykov u bol'nykh, stradayushchikh shizofreniyey: metodicheskiye rekomendatsii: Metodicheskiye rekomendatsii [Training in the development of communication skills in patients with schizophrenia: methodical recommendations: Methodical recommendations] / V. S. Yastrebov (editor) and others. Moscow: MAKS Press, 2012: 44 (in Russian).
15. Harris R. Psikhologiya massovykh kommunikatsiy [Psychology of Mass Communications]. Saint-Petersburg, 2002 (in Russian).
16. Erickson M. Moy golos ostanetsya s vami [My voice will remain with you]. Saint-Petersburg, 1995: 255 (in Russian).
17. Blair R.J. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Development and Psychopathology*. 2005; 17 (3): 865–891.
18. Damasio A.R. Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*. 1998; 26 (2–3): 83–86.
19. Corrigan P.W., Larson J.E., Ruesch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009; 8: 75–81.
20. Dolan M., Fullam R. Face affect recognition deficits in personality-disordered offenders: association with psychopathy. *Psychological Medicine*. 2006; 36 (11): 1563–1569.
21. Gould M.S. Teenage suicide clusters. *JAMA*. 1990; 263: 2051–2052.
22. Hastings M.E., Tangney J.P., Stuewig J. Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008; 44 (7): 1474–1483.

Received April 28.2018

Accepted November 6.2018

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.

Panchenko Eugenia A., MD, lead 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., makushkina@serbsky.ru

Panchenko Eugenia A., eapanchenko@yandex.ru