

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ ОЦЕНКУ РИСКА СОВЕРШЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье обсуждаются проблемы совершенствования критериев оценки общественной опасности лиц с психическими расстройствами. Рассматривается влияние оценки риска на оптимизацию сроков принудительных мер безопасности и лечения. Дискутируются преимущества и недостатки различных процедур оценки риска агрессивного поведения. Высказаны конкретные предложения по внедрению таких методик и структурированной процедуры оценки риска противоправных действий.

Ключевые слова: оценка риска насилия лиц с психическими расстройствами, инструменты актуарной оценки риска, структурированная клиническая оценка.

V. V. Dukorsky

OPTIMIZATION OF TERMS OF COMPULSORY TREATMENT THROUGH AN ESTIMATION OF RISK OF FULFILLMENT OF SOCIALLY DANGEROUS ACTS

The paper discusses the problems of improved criteria for evaluation of social dangerousness of mentally disordered patients who are on involuntary treatment. The influence of risk assessment to optimize the treatment period. We discuss the advantages and disadvantages of various risk assessment procedures. Specific suggestions are made for the implementation of such tools and structured procedure.

Key words: violence risk assessment of psychiatric patients, actuarial risk assessment instruments, structured clinical guides.

В последнее время все чаще проблема оптимизации сроков применения принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ) выдвигается как одна из проблем перво-степенной важности. Мнения о необходимости принятия мер для решения накопившихся трудностей, связанных со сроками пребывания на стационарном принудительном лечении, исходят не только от ученых, что указывает на ее чрезвычайную актуальность, а даже более часто от практикующих специалистов здравоохранения, ежедневно занимающихся лечением пациентов, к которым применяются ПМБЛ. Проблема оптимизации сроков ПМБЛ неразрывно связана с риском совершения пациентом повторного общественно-опасного деяния (ООД). Вместе с тем, отечественные разработки методов оценки вероятности совершения повторного ООД отсутствуют, а зарубежные методики прогноза опасного поведения распространения в нашей стране не получили.

Цель исследования: провести аналитический обзор зарубежных подходов оценки вероятности совершения повторного ООД лицами с психическими расстройствами.

Задачи исследования: 1) проследить развитие зарубежных подходов в оценке вероятности повторных ООД; 2) рассмотреть плюсы и минусы различных подходов; 3) обозначить самые распространенные методы оценки риска совершения повторных ООД; 4) оценить перспективы применения структурированного подхода оценки риска повторных ООД в Республике Беларусь.

Материал и методы

В настоящее время, ПМБЛ регулируются Уголовным Ко-

дексом (раздел 4) и «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 274 от 01.07.1999 г (статьи 15 и 38). Относительно изменения или прекращения ПМБЛ в УК (статья 103) указано лишь, что решение принимается судом на основании заключения комиссии врачей психиатров, которая должна собираться не реже одного раза в шесть месяцев. В «Закоме о психиатрической помощи» вообще отсутствует положение о прекращении, продлении или изменении указанных мер. Указанное состояние нормативно-правовой базы требует новых подходов в этой области, поскольку прекращение или изменение ПМБЛ не менее важный вопрос (а иногда и более важный), чем их назначение. Кроме того произошедшие в последние десятилетия социально-политические изменения и научные достижения повлекли за собой существенные изменения в вопросах диагностики и лечения лиц с психическими расстройствами, что однако никак не отразилось на ПМБЛ и нормативно-правовых документах, регулирующих данный вопрос. Следует также помнить о колоссальных финансовых затратах Министерства здравоохранения на обеспечение этой категории пациентов, что играет далеко не последнюю роль, учитывая настоящее непростое финансово-экономическое положение.

Уже типичной стала ситуация, когда комиссия врачей-психиатров приходит к заключению о нецелесообразности продления стационарного лечения, а суд, тем не менее решает продлить данный вид ПМБЛ, основываясь на субъективном впечатлении от совершенного пациентом ООД и пред-

ставлении о повышенной опасности лиц с психическими расстройствами. Иными словами, судьи оценивают «риски» выше, чем врачи-психиатры. Тревога судьи и завышенные риски вполне объяснимы, так как основная ответственность ложится на его плечи. Недооценка склонности пациента к насилию может иметь непоправимый разрушительный эффект как на самого пациента, так и на его потенциальную жертву. Но следует помнить и о переоценке «рисков», когда ПМБЛ по сути превращаются в необоснованное и бесспорное тюремное заключение, и учитывать, что и так большинство пациентов воспринимают данный вид лечения как наказание.

В большинстве случаев повторное ООД совершается в течение первого года после окончания принудительных мер. В ходе катанестического исследования [3], проведенного М.Ф. Денисовым на материале 294 историй болезни лиц, к которым применялись ПМБЛ в психиатрической больнице со строгим наблюдением, установлено, что не длительность лечения является предикатом риска повторных ООД, но такие факторы, как кратность правонарушений в анамнезе, характер первичного ООД, ведущий синдром в период его совершения, возраст и семейное положение к моменту выписки. По данным автора, в рейтинге предикатов возможных рецидивов ООД у больных шизофренией клинический синдром в период совершения ООД занимает лишь девятое место.

В США (в большинстве штатов) срок нахождения совершивших ООД, невменяемых в психиатрическом стационаре не определен, однако на практике, проводят они в психиатрических больницах примерно то же время, что и преступники в тюрьмах, совершившие подобные преступления. В некоторых штатах проводится специальное судебное заседание, где решается вопрос о ПМБЛ, в том числе и определение сроков лечения. В других штатах невменяемого отправляют на небольшой срок в больницу, по истечении которого принимается решение судом о необходимости продления лечения. Однако следует учитывать тот факт, что в целом в США защита на основании невменяемости используется не более чем в 1% уголовных дел и достигает успеха лишь в 25% случаев.

В Великобритании период, в течение которого пациент находится в психиатрической больнице, может быть также меньше или больше, чем срок тюремного заключения, соответствующий приговору. Срок лечения может назначаться судом до применения такового; также пребывание в стаци-

онаре может быть ограничено или продлено советом руководителей стационара, трибуналом по вопросам психического здоровья или рекомендательным советом при МВД (создан специально для решения вопроса выписки особо опасных пациентов).

Результаты и обсуждение

Как в Беларуси, так и за рубежом основой для решения вопроса о выписке пациентов со стационарного вида ПМБЛ является хороший социальный прогноз, что подразумевает под собой низкую вероятность проявления агрессии, тем более исключающего возможность повторного ООД.

В настоящей статье мы будем пользоваться термином «оценка рисков» и под ним будем подразумевать вероятность совершения повторного ООД. Мировое правовое сообщество все чаще признает оценку риска и управление риском частью психиатрической практики, ожидая при этом, что они станут составляющей ежедневной клинической деятельности [8,11,14]. В действительности «оценкой рисков» занимаются специалисты любых профессий. Например, когда врач решает назначить лечение, решение использовать тот или иной лекарственный препарат уже подразумевает предположение о будущем результате (оценка эффективности, противопоказаний, побочных эффектов и многого другого). Совершенно очевидно, что без подобных предварительных оценок препарат не применяют.

Если в психиатрии Беларуси и других постсоветских стран надежность прогнозов совершения повторных ООД в последнее десятилетие практически не изучалась [1,5], то в англоязычных странах уделяется довольно большое внимание данной проблеме [7,11,14]. Несмотря на это, до последнего времени проблема успешного прогнозирования ООД, совершаемых пациентами с тяжелыми психическими расстройствами, во всем мире остается далекой от своего разрешения [2,6,11]. Подтверждением тому могут служить набирающие в западных странах популярность у специалистов сферы психического здравоохранения семинары по «оценке риска» [14]. Совершенно очевидно, что оценка проявляемой агрессии «здесь и сейчас» не представляет большой трудности, а вот спрогнозировать акты насилия в будущем чрезвычайно трудно, и это признается уже давно многими как зарубежными, так и отечественными исследователями [5,13].

Прогнозирование риска агрессивного поведения имеет долгую и трудную историю. До 1966 года клиницисты уделяли оценке риска сравнительно немного внимания. Результат процесса «Baxstorm v. Herald» (1966), приведшего к тому,

Таблица 1-Самые востребованные методики оценки риска

Год	Авторы	ARAI/SCG	Методика	Страна
1982	Nuffield	ARAI	General Statistical Information on Recidivism (GSIR)	Canada
1985	Robert D. Hare	ARAI	Hare Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)	Canada
1993	Verne Quinsey, Grant Harris, Marnie Rice, Catherine Cormier.	ARAI	Violent Risk Appraisal Guide (VRAG)	Canada
1995	Don Andrews, James Bonta.	ARAI	Level of Service Inventory - Revised (LSI-R)	Canada
1995	Hart, Cox & Hare	ARAI	Psychopathy Checklist Screening Version (PCL-SV)	Canada
1997	Cristopher D. Weber, Kevin S. Douglas, Derek Eaves, Stephen D. Hart.	SCG	Historical Clinical Risk-20, version 2 (HCR-20)	Canada
1998	Copas & Marshal	ARAI	Offender Group Reconviction Scale (OGRS)	England
2000	Loza & Loza-Fanous	SCG	Self-Assessment Questionnaire (SAQ)	Canada
2006	Wong & Gordon	ARAI	Violence Risk Scale (VRS)	Canada
2007	Thornton	ARAI	Risk Matrix 2000 Violence (RM2000V)	England
2007	Howard	SCG	OASys Violence Predictor (OVP)	England

что Johnny Baxstorm и еще 966 пациентов, длительное время (!) находившихся в больницах усиленного режима, были либо выпущены на свободу, либо переведены в клиники с менее строгим режимом содержания, стали эволюционными историческими

оценки риска опасного поведения. Steadman & Cossola (1974) проследили судьбы этих людей в течение четырех лет и обнаружили, что только 20% были повторно обвинены в совершении преступлений; только 3% попали впоследствии в тюрьму или больницу с повышенным уровнем безопасности, а из 246 пациентов, находящихся в сообществе, лишь 9 совершили преступления, причем в основном малозначительные. Исследователи пришли к выводу, что риск насильственных среди психически больных ниже, чем в общей популяции. Интересно, что данный вывод позднее был признан преждевременным из-за признания выборки невалидной, так как изученная популяция состояла исключительно из длительно находившихся на лечении пациентов [9,11].

Современная история «оценки рисков» началась в 1976 году в США. Именно в этом году решением суда по делу «Tarasoff v. Regents of University of California» судом было принято вменить в обязанности специалистам сферы психического здоровья определять, создает ли пациент для окружающих серьезную опасность насилия или нет. До 90-х годов специалисты сферы психического здоровья принимали решения об опасности пациента, полагаясь прежде всего на свою интуицию. Выражаясь более формально, психиатры использовали «неструктурированное клиническое суждение». Врач интуитивно собирает информацию о том, что ему кажется важным, затем объединяет информацию со своими общими представлениями, специальными познаниями и опытом, на основе чего и составляет свой прогноз. Несомненным достоинством неструктурированной клинической оценки является возможность провести подробный анализ личности и ситуации, подметить тонкие нюансы, проанализировать прошлый опыт и т.д. Парадокс заключается в том, что достоинства с легкостью превращаются в недостатки. Дело в том, что каждый врач расценивает одни и те же переменные, как увеличивающие риски, так и их уменьшающие. Тому подтверждение-многочисленные исследования [10,14]. Интерес представляет то обстоятельство, что клинические особенности и проявление агрессии в отделении выступают как самые слабые предикаты будущего насилия, наиболее же достоверными и прогностически значимыми оказались самые обычные социально-демографические факторы, из

самым самым коррелирующим фактором признан ранний возраст проявления криминального поведения [10].

Monahan (1984) провел исследование точности предсказания социально-опасного поведения и пришел к выводу, что наилучший показатель «неструктурированного клинического суждения» при использовании самой лучшей в своем классе технологии составляет всего 0,33, что даже хуже чем решение вопроса простым подбрасыванием монеты (50/50) [9]. Следует отметить, что отечественные специалисты продолжают пользоваться в своих оценках наличием продуктивной симптоматики и проявляемой пациентами агрессии в отделении и делают акцент на данные факторы при написании отчета для суда.

В последние годы исследователи разработали несколько инструментов, которые продемонстрировали определенную точность в «предсказании» агрессивного поведения или, точнее, позволили ранжировать лиц по вероятности проявления ими агрессии в будущем. В таблице 1 представлены лишь самые распространенные из них.

Обращает на себя внимание, что большую часть самых значимых методик создали в Канаде. Выдающийся американский психиатр Monahan, изучая литературу по оценке предсказания насильственных действий, был одним из первых, кто обнаружил «удивительно сильное международное присутствие Канады в судебной психологии и психиатрии». Канадские исследователи и практики в сфере психического здоровья действительно оказывают очень большое влияние на мировую литературу по оценке риска [7].

Представленные методики основаны на теории риска. Теория риска-это теория принятия решений в условиях вероятностной неопределенности. С математической точки зрения она является разделом теории вероятностей. Приложения теории риска практически безграничны. Наиболее продвинута финансовая область приложений: банковское дело и страхование, управление рыночными и кредитными рисками, инвестициями, бизнес-рисками, телекоммуникациям. Развиваются и нефинансовые приложения, связанные с угрозами окружающей среде, рисками аварий, экологических катастроф и другими направлениями. Не последнее место здесь занимает и практическое здравоохранение, в том числе и психиатрия.

Сильная вера в объективную природу риска традиционно доминирует в попытках оценивать риск. Оценка риска в основном поддерживается убеждением в объективности и достоверности, что совершенно соответствует механистической научной парадигме, которая главенствует уже многие годы, особенно крепко в медицине. В соответствии с ней идеи хорошей научной практики основываются на убеждении в чистой объективности и в линейных причинных связях, которые являются определенными и универсальными. Однако основной сдвиг в науке уже произошел от механистической к так называемой вероятностной парадигме. В соответствии с ней признается некоторая степень неопределенности в причинных связях, а также убеждение в наличии континуума между объективным и субъективным [8].

Исследователи предлагают инструменты, основанные на установлении факторов риска, выделенных в эмпирических исследованиях и обладающих статистической значимостью. Первый вид методик, которые позволяют врачам рассчитывать риски о будущем насилии, именуются инструментами актуарной оценки рисков-«actuarial risk assessment instruments» (ARAI).

Термин «актуарный» относится к типам методов оценки степени риска, используемых страхо-

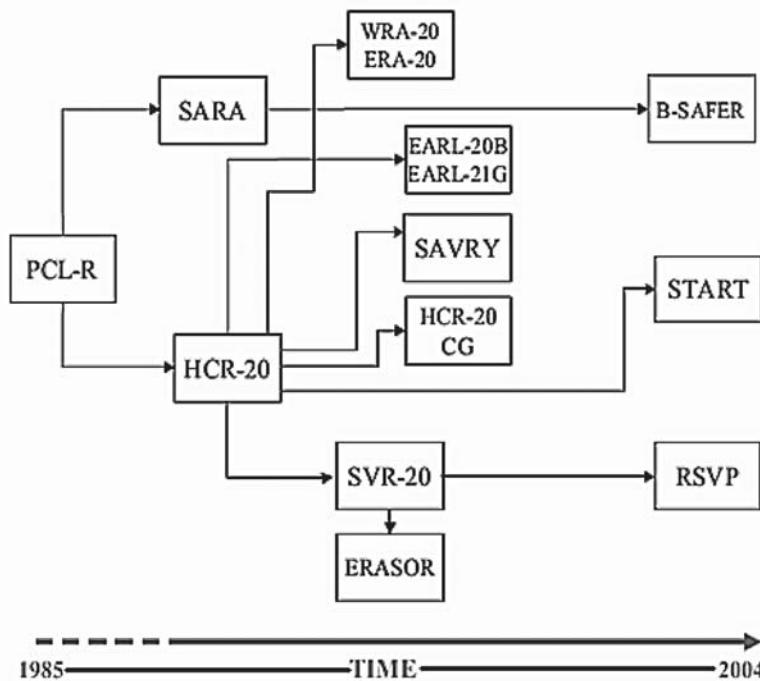


Рисунок 1.-Эволюция канадских методик оценки риска

выми компаниями, что необходимо для принятия решений о целесообразности выдачи страховки и регуляции вопросов стоимости выдаваемого страхового полиса. «Актuarная формула» вырабатывается страховыми компаниями на основе практического опыта. Формула связывает определенные характеристики (например: возраст, пол, опыт вождения), которые нужны, чтобы рассчитать вероятность события (например, автомобильной аварии в течение ближайших 12 месяцев). По принципу методик страховых компаний и были созданы психиатрические актуарные методики «оценки риска».

Для «актуарной оценки» врач собирает информацию о личности (обычно небольшое количество характеристик), устойчивых (статичных) факторов, затем ее категоризирует, используя подробную систему баллов, и сопоставляет с баллами, взятыми из ретроспективных исследований прогноза риска данной популяции, чем и устанавливает индивидуальную степень риска насилия исследуемого. Самой часто используемой актуарной методикой является «Violent Risk Appraisal Guide» (VRAG). Оценочный метод ограничивается 12 статичными пунктами, которые особо коррелировали с рецидивами. Данные пункты были выделены на основе изучения выборки из 618 мужчин, совершивших насилие и находящихся под строгим наблюдением в психиатрической больнице. Прогностическая точность VRAG в предсказании рецидива при оценке с помощью методики ROCs была оценена как 0,75, 0,74 и 0,74 в течение соответственно трех с половиной, шести и десяти лет [9].

В тоже самое время VRAG, как и все остальные актуарные методики подверглись критике из-за своей статичности, так как при изменении условий в лучшую сторону (например: постоянная опека, психотерапия, финансовое благополучие) должен изменяться и прогноз, но методиками актуарного типа это не предусмотрено. Утрируя, актуарный прогноз-это один прогноз на всю жизнь. Хотя многочисленные исследования [9,10,14] о преимуществах клинического или статистического подходов подтвердили, что статистические количественные оценки были гораздо лучше, чем субъективные клинические. Даже ярые сторонники актуарной оценки (например-Grove & Lloyd, 2006) признают, что, не смотря на доказанную эффективность ARAIs и превосходство над «неструктурированным клиническим суждением», сила актуарной оценки не должна привести экспертов к игнорированию здравого смысла [14].

Споры клиницистов и статистиков способствовали разработке нового вида оценочных инструментов для прогнозирования риска проявления насилия, в которых используется комбинированный подход и признается значение как стабильных и динамических статистических факторов, так и клинических характеристик [7,9]. Инструмент получил название-структурированная клиническая оценка («Structured Clinical Guides»). Самая известная из них HCR-20 («Historical Clinical Risk») изначально была разработана для оценки риска агрессии у лиц в исправительных и судебно-психиатрических учреждениях. При катamnестическом исследовании 193 недобровольно госпитализированных психиатрических пациентов (Douglas et al. 1999) обнаружили, что лица, у которых сумма баллов по HCR-20 была выше медианы, в 6 – 13 раз более склонны к рецидиву, чем те, у кого сумма баллов была ниже медианы [13,14]. В своей структуре HCR-20 представляет собой перечень факторов риска насильственного поведения. Опросник состоит из 20 признаков, сгруппированных в 10 прошлых относительно стабильных («Анамнестических»), 5 настоящих («Клинических») и 5 будущих («Прогностических») параметров. Оценка по HCR-20 происходит в двух направлениях. Во-первых, на уровне отдельных признаков исследователя определит наличие или отсутствие каждого из 20 индивидуальных факторов риска. Во-вторых, исследователь интегрирует сведения отдельных

признаков при подведении итогов или вынесении окончательного решения в отношении риска насилия. В ноябре 2008 г. 3-я версия HCR-20 была представлена на конференции IAFMHS в Манчестере. Этот инструмент уже переведен на 14 языков и признается «золотым стандартом» в измерении риска. Независимыми исследователями прогностическая точность HCR-20 в предсказании рецидива (на разных популяциях) при оценке с помощью методики ROC-AUC была оценена как 0,80 [14]. Одним из существенных плюсов структурированных методик является возможность их совершенствовать или даже изменять их назначение путем добавления или исключения необходимых пунктов. На рисунке 1 представлен ход эволюции канадских методик оценки риска.

Совершенно очевидно, что методики имеют узкую область применения, что повышает их предикативную ценность. На данном рисунке представлены методики для самых различных нужд. PCL-R-методика, с которой началась эволюция канадских инструментов оценки риска. Она не только вошла как составной компонент в другие методики, но и благодаря своей хорошей прогностической способности успешно используется самостоятельно. Кратко рассмотрим остальные методики и их предназначение:

- «Spousal Assault Risk Assessment Guide» (SARA) и «Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk» (B-SAFER) – методики оценки риска супружеского насилия.

- HCR-20 CG (companion guide) является одной из многочисленных модификаций HCR-20, а «Shot-Term Assessment of Risk and Treatability» (START) предназначена для «экспресс-прогнозирования» риска насилия и оценки вероятности его снижения.

- «Employee Risk Assessment» (ERA-20)-методика для оценки риска насилия со стороны сотрудников социальных учреждений, «Workplace Risk Assessment» (WRA-20) разработана для оценки рабочего места с точки зрения провокационности среды, для возникновения агрессии у работников.

- EARL-20B («Early Assessment Risk List for Boys») и «Early Assessment Risk List for Girls» (EARL-21G)-измеряют риск насилия у детей. «Structured Assessment of Violence Risk in Youth» (SAVRY)-применяется для прогнозирования насилия молодых людей.

- «Sexual Violence Risk» (SVR-20) и «Risk for Sexual Violence Protocol» (RSVP)-инструменты прогнозирования сексуального насилия. Для оценки риска рецидива сексуального насилия у подростков создана методика ERASOR («Estimate of Risk Adolescent Sexual Offense Recidivism»).

Совершенно очевидно, что перечисленные методики не могут изолированно использоваться. Они должны сочетаться с клиническим подходом и друг другом дополняться, формируя структурированный подход оценки риска.

В последние годы исследователями была поднята проблема «неопределенности» рисков [8], поскольку не всех пациентов можно четко и безошибочно отнести к группам высокого или низкого риска. Так довольно часто, даже при всестороннем структурированном подходе, пациент все же попадает в эту самую зону «неопределенности». Следуя ходу научного прогресса, совершенно ясно, что в недалеком будущем для этих целей будут разрабатываться компьютерные системы поддержки принятия решений (Decision Support System, DSS), которые уже активно применяются в соматической медицине, в том числе и в Беларуси [4].

На наш взгляд, использование структурированного подхода оценки риска в белорусской психиатрии является перспективной задачей. Это позволит сформировать психиатрам объективное, систематизированное и основательное суждение. Этот подход также обладает качеством «прозрачности», так как используются достаточно объективные данные и явно установленные методы сравнения этих данных. Это делает так же результаты открытыми инспектированию, а когда необходи-

мо, и критическому отзыву. С другой стороны, будут присутствовать и положительные стороны «клинического суждения», такие как тонкие нюансы личности и ситуации, которые недоступны для стандартизированных оценочных методик. Перечисленные особенности заметно укрепят доказательную базу врача, что несомненно в большей мере будет оказывать влияние на решение суда. Вместе с тем предстоит огромная работа по подбору наиболее подходящей батареи инструментов, которая должна рационализироваться, стандартизироваться и адаптироваться так, чтобы соответствовать требованиям популяции. Точность оценки также труднодостижима без наличия единой утвержденной схемы оценки риска с четкими определениями и согласованием между всеми заинтересованными специалистами, что подразумевает соответствующую подготовку, знания и опыт. Также предстоит большая работа по созданию и утверждению единой системы отчетности, которая бы удовлетворяла все заинтересованные структуры.

Таким образом, по результатам проведенного анализа видно, что проблема оптимизации сроков применения ПМБЛ остается одной из проблем первостепенной важности. Проблема оптимизации сроков ПМБЛ неразрывно связана с риском совершения пациентом повторного ООД. Вместе с тем отечественные разработки методов оценки вероятности совершения повторного ООД отсутствуют, а зарубежные методики прогноза опасного поведения распространения в нашей стране не получили. Эмпирические исследования доказали хорошие прогностические свойства структурированных методик оценки риска. Предсказательная точность будет улучшаться, если мы будем использовать в своих оценках данными методиками, формируя структурированный подход оценки риска. Благодаря этому подходу врач-психиатр будет чувствовать себя более безопасно и компетентно при решении столь сложной задачи.

Литература

1. Булыгина, В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии / В.Г. Булыгина // Психологическая наука и образование. 2011. №1. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://psyjournals.ru>. – Дата доступа: 29.08.2011.

2. Дмитриева, Т.Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 4 – 9.

3. Казаковцев, Б.А. Совершенствование деятельности психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением / Б.А. Казаковцев, Б.А. [и др.] // Психическое здоровье. 2011. № 5. С. 3 – 21.

4. Литвин, А.А. Пользование системы поддержки при принятии решений в неотложной панкреатологии / А.А. Литвин, О.Г. Жариков, В.А. Ковалев // Чернобыльские чтения – 2010: материалы междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 15-16 апр. 2010 г. Гомель: РНПЦ РадМед и Экол, 2010. С. 155 – 157.

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

6. Скугаревская, Е.И. Длительные госпитализации пациентов, страдающих шизофренией, в связи с совершенным общественно опасным деянием / Е.И. Скугаревская, А.Д. Балашов // Медицинский журнал. 2010. №3. С. 28 – 31.

7. Bloom, H. The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice / H. Bloom [et al.] // Can. J. Psychiatry. 2005. Vol. 50, № 1. P. 3 – 11.

8. Dixon, M. Uncertainty and risk assessment / M. Dixon, F. Oyeboode // Adv. In Psychiatric Treatment. 2007. Vol. 13. P. 70 – 78.

9. Dolan, M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist / M. Dolan, M. Doyle // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 177. P. 303 – 311.

10. Elbogen, E. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder / E. Elbogen, S. Johnson // Am. J. Psychiatry. – 2009. Vol.66, №2. – P.152 – 161.

11. Faulk basic forensic psychiatry 3rd ed. / J.H. Stone [et al.]. Oxford: Blackwell Science: 2000. 318 p.

12. Hart, S.D. Precision of actuarial risk assessment instruments / S.D Hart, C. Michine, D. J. Cooke // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 190. P. 60 – 65.

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

14. Textbook of Forensic Psychiatry / R.I. Simon [et al.]. Washington: American Psychiatric Publishing, 2010. 726 p.

Поступила 28.02.2011 г.