

## ОЦЕНКА РИСКА НАСИЛИЯ КАК ЧАСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

V. V. Dukorsky, E. I. Skugarevskaya

RISK ASSESSMENT OF VIOLENCE AS A PART OF PSYCHIATRIC PRACTICE

В последние годы оценка риска насилия выделяется одним из самых обсуждаемых вопросов в медико-правовом сообществе. Особенно активно этот вопрос дискутируется в сфере психиатрического здравоохранения. Психиатрам, занимающимся диагностикой и лечением пациентов, склонных к агрессивному поведению, приходится ежедневно оценивать риск насилия. Более того, из-за своих профессиональных обязанностей психиатры вовсе не могут избежать оценки степени риска опасного поведения. Это связано с тем, что существует множество ежедневных нормативных действий, которые просто невозможны без предварительной оценки риска насилия.

Цель исследования: провести аналитический обзор ситуаций, в которых необходима оценка вероятности проявления насилия, механизмов оценки и управления рисками.

Задачи исследования: 1) провести обзор ситуаций, в которых необходимо проведение оценки вероятности проявления насильственных действий; 2) обозначить самые распространенные ситуации в психиатрии, где необходимо поведение оценки риска насилия; 3) рассмотреть особенности влияния личности специалиста на проводимую им оценку риска и обсудить методы снижения смещений в оценках.

Психиатры все время принимают решения, опираясь на оценку степени риска, но делают это не всегда осознанно. Например, когда врач решает назначить конкретное лечение, он предварительно взвешивает все обстоятельства «за» и «против» и в зависимости от этих переменных предполагает будущий эффект. Однако этот самый сложный мысленный эксперимент врачи не называют «оценкой риска», а внесение своевременных коррекций в лечение не называют «управлением рисками». Несмотря на то, что оценка риска является неотъемлемой частью клинической практики, многие психиатры испытывают значительные затруднения, когда их просят сделать прогноз и указать возможные методы коррекции. Более всего это касается ситуаций оценки риска насилия и его управления.

Более чем три десятилетия назад Shah (1978) определил 15 ситуаций принятия решений (исключительно судеб-

ных), которые требуют от психиатров оценки риска насилия [14]. Сравнительно недавно Hall и Ebert (2002) определили уже 27 ситуаций принятия решений, которые требуют от врачей оценки степени опасности людей с психическими расстройствами [13]. Список включает в себя обычные для повседневной психиатрической практики действия: выписка из стационара, определение и изменение вида наблюдения, необходимость фиксации пациента, возможность использования психотерапии, применение принудительной госпитализации и множество других ситуаций. Особое место занимает оценка риска насилия при реализации принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ). Кроме того специалисты сферы психического здоровья могут активно привлекаться при оценке риска насилия в ситуациях непосредственно не связанных с клинической практикой, но имеющих не менее важное значение.

- Оценка вероятности насильственных действий в семье, чаще всего над детьми и женщинами (в том числе повторных).

- Прогноз агрессивных действий при лишении, возобновлении и ограничении родительских прав.

- Оценка вероятности насилия со стороны вероятных приемных родителей по отношению к усыновляемым детям.

- Определение риска и вариантов его коррекции при вынесении приговора судом, и при условно-досрочном освобождении из мест лишения свободы. Управление риском в учреждениях пенитенциарного типа.

- Оценка риска насилия при подборе персонала, особенно в учреждения, где работают со специфическим контингентом (например, с детьми) и при профильном обследовании при устройстве на работу в силовые структуры.

В перечисленных сферах решаемых вопросов психиатры и психологи западных стран уже активно принимают участие [14]. Российские коллеги в своих работах также отмечают необходимость введения должности психиатра и психолога или даже создание целой комиссии обученных специалистов, которые смогут внести значительный вклад в рассмотрение вопросов, связанных с оценкой риска насилия [3, 7].

## □ В помощь практикующему врачу

Так как тема слишком обширна для освещения в одной статье, рассмотрим оценку риска на примере ее использования в уголовном праве. Общей целью консультаций психиатра и психолога в суде является предотвращение насилия в будущем. Стоит отметить, что даже в западных странах суды не всегда используют помощь специалистов сферы психического здоровья, однако в США, Канаде и Великобритании такого рода консультации приобретают все большую востребованность.

Уже частью практики стало участие психологов и психиатров при назначении наказания, изменении режима, условно-досрочного освобождения. Обоснованием участия служат выраженные индивидуально-психологические особенности привлекаемых к уголовной ответственности лиц и психические расстройства (даже не подразумевающие невменяемость). Принимая во внимание закономерности поведения таких лиц можно сформировать комплексную стратегию снижения риска агрессивных действий. Данные о диагнозах и лечении являются сами по себе полезной информацией и существенным компонентом оценки риска. Специалисты могут взвесить факторы, которые увеличивают риск насилия в будущем, и переменные, которые его снижают, что необходимо для выработки рекомендаций для (или против) назначения испытательного срока, вида наказания, смены режима заключения или окончательного освобождения.

Примерный план управления риском у правонарушителя с «Синдромом зависимости от алкоголя», склонного к ежедневному пьянству, описан в американском учебнике «Судебная психиатрия» [14]: «...Все правонарушения

(действия агрессивной направленности) данное лицо совершало в питейных заведениях во время употребления алкоголя. В таких случаях психиатрам следует рекомендовать для начала тюремное заключение, потом испытательный срок с запретом на посещение питейных заведений. Акцент делается на обязательстве добросовестно посещать группу «Анонимные алкоголики»...».

Оценка риска аутоагрессивного поведения – отдельная и важнейшая современная задача. Для Беларуси оценка риска самоубийства особенно актуальна ввиду стабильно высокого уровня завершённых суицидов.

Для всех перечисленных ситуаций оценки риска насилия уже существуют структурированные инструменты (лишь небольшая их часть представлена в таблице 1). Их применение делает оценку риска объективной, систематизированной и доступной для сравнения. Структурированные методики оценки риска становятся все более востребованными во всем мире [8,14]. У наших ближайших соседей также все больше завоевывают признание такие инструменты [1,2,6,7]. В частности в Российской Федерации под редакцией О. А. Пономарева вышла русская версия HCR-20 (version 2), которая постепенно занимает свою нишу и уже официально используется в Архангельске врачами-психиатрами в отчетах для суда.

Оценка риска внутрибольничного насилия – это еще один раздел, непосредственно относящийся к повседневной клинической практике. Самое значительное влияние на уровень проявляемого в отделении насилия оказывает внутренний климат. Вместе с тем, опытному персоналу не составит труда предсказать абсолютное большинство ситуаций и факторов, которые провоцируют проявление пациентами агрессии. Не возникает трудностей и при установлении факторов, предшествующих насильственному поведению. Выделяют следующие индикаторы высвобождения агрессии:

- Агрессивное выражение лица
- Повышенное или продолжительное беспокойство
- Общее физическое перевозбуждение
- Чрезмерная громкость речи, эксцентричные движения
- Недовольство, отказ от коммуникации, раздражение
- Размытость мыслительных процессов, трудности сосредоточения
- Вербальные угрозы, угрожающие телодвижения
- Прямые сообщения об агрессивных чувствах
- Поведение, повторяющее прошлые эпизоды перед проявлением агрессии

Из структурированных методик оценки риска насилия в «острых» отделениях довольно успешно используется инструмент V-RISK-10. Этот инструмент в 2007 году был создан в Норвегии. Благодаря успешной адаптации он кроме самой Норвегии начал активно применяться в Уэльсе и Швеции, ведется активная работа по его апробации и в Российской Федерации [1, 5].

Совершенно очевидно, что оценить риск проявления агрессии «здесь и сейчас» не является большой трудностью, а вот спрогнозировать акты насилия в будущем чрезвычайно трудно. Чаще всего возникает такая необходимость при инициации и реализации принудительной госпитализации (важнейшая часть первичной профилактики ООД) и всех вопросов применения ПМБЛ. Более того, на сегодняшний день в Беларуси назрела необходимость в совершенствовании и оптимизации подходов к механизму реализации ПМБЛ. В свою очередь оптимизация сроков ПМБЛ

Таблица 1. Структурированные методики оценки риска насилия

Методики	Насилие	Сексуальное насилие	Антисоциальное поведение	Самоповреждение / суицид
CRMT – «Clinical Risk Management Tool»	+			+
FACE – «Functional Analysis of Care Environments»	+			+
GRIST – «Galatean Risk Screening Tool»	+	+	+	+
RAMAS – «Risk Assessment Management and Audit Systems»	+	+	+	+
GIRAFFE – «Generic Integrated Risk Assessment for Forensic Environments»	+	+	+	+
START – «Short-term Assessment of Risk and Treatability»	+			+
HCR-20 – «Historical Clinical Risk-20»	+		+	
PCL-R – «Psychopathy Checklist-Revised»			+	
PCL: SV – «Psychopathy Checklist: Screening Version»			+	
STATIC-99		+		
SVR-20 – «Sexual Violence Risk-20»		+		
VRAG – «Violence Risk Appraisal Guide»	+			
ASIST – «Applied Suicide Intervention Skills Training»				+
BHS – «Beck Hopelessness Scale»				+
SADPERSONS				+
SIS – «Suicidal Intent Scale»				+
SSI – «Scale for Suicide Ideation»				+
STORM – «Skills-based Training on Risk Management»				+

неразрывно связана с оценкой риска совершения повторного ООД.

С практической точки зрения Reed [15] описывает 4 элемента необходимых для качественной оценки риска:

1. Убедитесь, что у вас есть вся соответствующая доступная информация о прошлом и настоящем пациента.

2. Определите будущие обстоятельства, которые могут увеличить риск, и что можно сделать, чтобы риск уменьшить.

3. Обратитесь за квалифицированной помощью в случае необходимости к эксперту по оценке риска.

4. Напишите стратегию управления риском, и определите, при каких обстоятельствах стратегия будет нуждаться в пересмотре.

В отношении потенциально опасных пациентов всегда требуется комплексный подход в решении ряда задач специалистами разного профиля [2,9], но в первую очередь врачом психиатром. Принципы оценки риска и его управления вплоть до предотвращения насилия в своем контексте включают изучение документации, психического расстройства и вида проявляемой агрессии. Обсуждение любой проблематики в психиатрии подразумевает под собой важность качества медицинской документации. Оценка и управление насилием должны быть в первую очередь основаны на надежных данных. Качественная документация в оценке и управлении риском максимально уменьшает неопределенность в выводах и увеличивает полезность оценки риска как клинического инструмента. Ведение документов, безусловно, вторично по отношению к лечению пациента, но само качественное лечение (особенно в психиатрии) базируется исключительно на наличии достоверной информации о пациенте. Недостатки ведения документации неизбежно выльются в неэффективную оценку, что в последующем может привести к необратимым трагическим последствиям.

Психическое расстройство без сомнения имеет сложную взаимосвязь с насилием. По данным российского исследователя М. Ф. Денисова [5], в рейтинге предикатов возможных рецидивов ООД у больных шизофренией клинический синдром в период совершения ООД занимает лишь девятое место. Отечественные ученые (А. Д. Балашов & Е. И. Скугаревская, 2008) в своем исследовании пришли к выводу, что уровень ООД, совершаемых лицами с психическими расстройствами, не превышает таковой уровень у психически здоровых людей. Вместе с тем совершенно очевидно, что лица с психическими расстройствами совершают ООД, а порой и поражающие своей жестокостью (в том числе повторно).

Значение установления вида агрессии, приводящего к проявлению насилия, трудно переоценить. Была ли агрессия вторичной по отношению к психическому расстройству («медицинская агрессия»), импульсивной или преднамеренной (классификация по Barratt, 1991[9]) имеет наибольшее значение. Полезность идентификации и выделения агрессии вследствие непосредственного психического расстройства в том, что она может быть полностью взята под контроль эффективным медикаментозным лечением.

Немного изменив классификацию по Barratt, взяв пропорцию «мыслей» (интеллектуальный компонент) и «эмоций» (эмоциональный компонент) за основу, без учета медицинского компонента, Felthous (2008) выделил следующие виды агрессии:

1. Импульсивная агрессия – много эмоций и мало мыслей, «горячая кровь», внезапная агрессия.

2. Спонтанная агрессия – мало эмоций и мыслей (безразличная агрессия).

3. Компulsiveная агрессия – большое количество эмоций и мыслей (спланированная эмоциональная агрессия).

4. Преднамеренная агрессия – мало эмоций и много мыслей (хладнокровная и запланированная агрессия).

Выделение вида проявления агрессивности это, прежде всего, ключ к выбору интервенции. Исследователи отмечают, что чаще всего встречается импульсивный вид агрессии, в том числе у больных шизофренией. Вместе с тем импульсивная агрессия все чаще рассматривается как поддающийся коррекции методами психотерапии вид агрессии [14].

Помимо установления вида агрессии врач может составить список и взвесить весь спектр факторов, которые увеличивают и уменьшают риск насилия. Результаты проведенного недавно исследования в Канаде (страна, которая без преувеличения внесла наибольший вклад в изучение риска насилия и является родиной разработчиков первых успешных методик по оценке риска насилия) показали, что все еще существует значительный разрыв между научными данными и существующей практикой в области оценки риска насилия [13]. В настоящее время достоверно установлено, что риск насилия наиболее ассоциирован с рядом следующих факторов [6,7,8,13].

- Любое проявление насилия в прошлом
- Проблемы адаптации в раннем возрасте
- Молодой возраст на момент первого эпизода насилия
- Факты, свидетельствующие о трудностях при совладании со стрессом
- Неадекватное отношение к лечению
- Подверженность дестабилизирующим факторам
- Недостаток личной поддержки
- Проблемы с трудоустройством
- Нарушение надзора в прошлом
- Нестабильность близких взаимоотношений
- Злоупотребление психоактивными веществами
- Расстройство личности
- Негативные установки
- Импульсивность
- Недостаточная осуществимость жизненных планов

Оценка риска будет более эффективной, если специалисты будут обращаться к контекстуальным факторам ситуации, которая привела к высвобождению агрессии, и установлению всего спектра перечисленных выше факторов, наиболее ассоциирующихся с проявлением насилия. В Великобритании, национальная служба здравоохранения предложила схему, согласно которой при выписке пациента в сообщество медицинские документы должны содержать задокументированную оценку риска [8]. Последующая эффективная стратегия управления риском должна быть выделена в план и должна быть согласована со всеми сторонами. Более того, Reed и Harris [9] подчеркивают необходимость подготовки работниками сферы психического здоровья для каждого пациента индивидуальной стратегии управления риском.

Приведем описанный в литературе [15] реальный пример оценки риска и создание индивидуального плана управления риском на ее основе. Девятнадцатилетний Джон учился на первом курсе университета, где изучал физику. Постепенно он совсем перестал спать, и сутки напролет занимался своей научной работой. Он стал очень раздражительным и упрямым. Его девушка заметила изме-

## □ В помощь практикующему врачу

нения в его поведении, убедилась, что никак не может на него повлиять и прекратила с ним все отношения. Однако Джон начал ее преследовать и контактировать против ее воли. Он заявил, что наделен «божественными силами» и «может отнять у нее жизнь». Родители, узнав о происходящем, доставили его в отделение неотложной помощи. Он признался врачам, что испытывает императивные галлюцинации. После обследования у него было диагностировано «Шизоаффективное расстройство». Его лечение началось с карбоната лития и рисперидона. Понадобилось некоторое время, чтобы подобрать дозировку, но спустя месяц он начал очень хорошо реагировать на лечение. Настроение нормализовалось, а галлюцинаторная симптоматика пошла на убыль. Джон еще был озабочен своей научной работой и продолжал ей заниматься. Большие усилия были приложены для восстановления в университете для продолжения учебы. Для составления плана управления риском была создана мультисциплинарная комиссия, которая встретила с Джоном и его родителями. Было установлено, что ранее он не привлекался к административной и уголовной ответственности, а в семейном анамнезе не было случаев злоупотребления психоактивными веществами. Серьезного присутствия других связанных с насилием переменных также не было выявлено.

Кроме того курирующий врач-психиатр дополнил оценку риска насилия результатами исследования с помощью структурированных инструментов ICT и HCR-20. Согласно ICT (*Iterative Classification Tree* – «Итеративная классификационная схема») риск насилия у Джона был высоким из-за наличия в анамнезе маниакальных эпизодов, императивных галлюцинаций и связанных с ними преследований и угроз. Отсутствие зависимости от психоактивных веществ, криминального опыта и хорошая социальная поддержка, оцениваемые с помощью HCR-20 (*Historical Clinical Risk-20* – «Шкала (20 пунктов) оценки анамнестических и клинических факторов риска проявления насилия») говорили о низком риске проявления насилия.

В соответствии с составленным индивидуальным планом управления риском Джона выписывают из стационара, поскольку агрессия была вторичной по отношению к психотическим переживаниям (медицинская агрессия) и уже купирована. Год до восстановления в университете он должен жить только у родителей и работать вместе с отцом. Предусмотрено еженедельное посещение психиатра. Раз в неделю, должна проверяться концентрация лития в крови, при ее снижении он должен быть госпитализирован в неотложном порядке для разбора причины и переоценки состояния. Социальный работник должен еженедельно посещать Джона, и разговаривать с его семьей. Ни в коем случае Джон не должен связываться со своей бывшей девушкой. Более того, родители в соответствии с планом должны конфисковать у него мобильный телефон.

В последние годы исследователи все больше внимания уделяют персоне специалиста, который занимается оценкой риска. Несмотря на научно установленные факторы (повышающие и снижающие риск проявления насилия) и структурированные методики оценки риска все же существуют явные или скрытые предубеждения, которые всегда будут влиять на специалиста, а в итоге на его оценки. В итоге одна и та же информация интерпретируется по-разному. В проспективном исследовании было установлено, что врачи, как правило, уверены в своих оценках риска. Интересными представляются данные другого исследова-

ния о том, что высокий уровень уверенности связан с более низкой точностью прогнозирования [13].

Выделяют два эффекта (или ошибки), которые имеют непосредственное отношение к оценке риска насилия. Это ошибка подтверждения, когда врач ищущий информацию, чтоб подтвердить свою гипотезу игнорирует все данные ей противоречащие. Вторая ошибка, это иллюзорная корреляция, когда мнимая связь событий, оказывается просто совпадением по времени [9].

Профессиональный и личный опыт, персональные установки имеют немаловажное значение. Негативные последствия от предыдущего опыта могут быть причиной субъективных предубеждений в будущем, что иногда кардинально может изменить ранее сформированное убеждение. Неудачный же опыт старшего коллеги в предсказании насилия может самым коренным образом повлиять на обучающегося специалиста.

Показательны результаты исследования, когда, оценивая риск рецидива у лиц ранее совершивших «крайне жестокие» и необычные ООД, специалисты вообще не принимали во внимание научно установленные факторы риска повторного ООД, и на основе «крайней жестокости» делалось заключение о «крайне высоком» риске [11].

Зная свои склонности к завышению или занижению рисков, можно прийти к более обоснованным и сбалансированным оценкам, что особенно пригодится для сложных случаев, где трудно сделать вывод о риске дихотомически (большая зона неопределенности). Miller & Brodsky (2011) предлагают обсудить созданное ими руководство «Influences on Violence Prediction: A Self-Assessment Guide» (таблица 2). «Руководство по самооценке: влияния на предсказание насилия» создано для помощи в оценке собственных убеждений, которые могут повлиять на оценку риска насилия [9]. Действительность такова, что некоторые факторы даже за пределами ситуации могут самым неожиданным образом повлиять на вашу оценку риска. Благодаря установлению своих склонностей можно узнать, что нас толкает в ту или иную сторону. Числовой рейтинг (баллы) не предусмотрены в руководстве, хотя в будущем авторы не исключают прибавления к руководству числовой шкалы.

Фактором, способствующим снижению влияния индивидуальных смещений, является комплексный подход (когда оценку риска и программу его управления готовит группа специалистов). Если бригада специалистов будет включать психиатров, психологов, социальных работников и юристов, то это снизит и вероятность профессиональных смещений (взглядов, характерных для разных профессиональных групп на проблему).

В заключение отметим, что потенциал для ошибок в оценках степени риска не должен автоматически удерживать клинициста от выполнения таких оценок. Как заявил доктор Holloway [9]: «**К самой худшей клинической практике приводит не принятие неправильных решений, а отказ от принятия вообще каких-либо решений**». Как мы отмечали выше, психиатры все время принимают решения, опираясь на оценку степени риска, но делают это не всегда осознанно. На наш взгляд современный уровень белорусской психиатрии позволяет сформировать структурированный подход оценки риска, это будет первым шагом к его осознанному управлению.

Таким образом, оценка риска насилия выделяется одним из самых обсуждаемых вопросов в медико-правовом обществе. Особенно активно этот вопрос дискутируется в сфере психиатрического здравоохранения. Психиатрам,



Таблица 2. Руководство «Влияния на предсказание насилия: руководство по самооценке»

ФАКТОРЫ, ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ЭКСПЕРТА	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Были ли у меня в прошлом какие-либо негативные последствия от создания неправильных прогнозов?</li> <li>• Был ли когда-либо в моей практике пациент, который совершал самоубийство или убийство?</li> <li>• Каково мое отношение к данному приговору и к существующей системе уголовного правосудия?</li> <li>• Каков мой уровень уверенности в проведении оценки степени риска?</li> <li>• Насколько сильна моя потребность в одобрении и потребность быть «правым»?</li> <li>• Задумывался ли я когда-либо, что будет для меня значить моя ошибка?</li> <li>• Комментировали ли когда-либо коллеги или руководство свое личное отношение, что в свою очередь может повлиять на мою работу?</li> </ul>	
ФАКТОРЫ, ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ДЕЛА	
<i>Личное отношение</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имею ли я какие-либо предубеждения к людям, которые совершают такие преступления или к людям, которые происходят из этой среды?</li> <li>• Чувствовал ли я себя когда-либо эмоционально вовлеченным в такой случай? Какие реакции / чувства у меня были к оцениваемому, а каких не было?</li> <li>• Были ли в моей оценке «ошибки подтверждения»? Контролировал ли я свои реакции в течение обследования, чтобы бороться с ними?</li> <li>• Возможно ли, что я подвергся «иллюзорным корреляциям» между ответами оцениваемого и риском?</li> </ul>	
<i>Неопределенность</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Что значило бы для меня, если этот человек сделал проступок после освобождения? Совершил насилие после освобождения? Что это значило бы для моего работодателя?</li> <li>• Когда я интерпретировал данные, было ли время, когда я делал паузу или был не уверен в принятии решения?</li> <li>• Был ли я достаточно заинтересован, чтобы консультировался с коллегами или поделился информацией с другими значимыми людьми? Я консультировался?</li> <li>• Какова была моя интуиция в этом случае? Следовал ли я ей? Я задавал себе этот вопрос?</li> </ul>	
<i>Ограничения в выводах</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть ли ограничения у моих выводов? Являются ли они стандартными и типичными, или они уникальны?</li> <li>• Что было бы, если бы адвокат опрашивал меня на перекрестном допросе? Как бы я отвечал?</li> </ul>	
<i>Внешние факторы</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осознаю ли я какое-либо внешнее давление, которое может повлиять на результаты моего заключения по этому делу?</li> <li>• Сколько это дело освещалось в СМИ? Как оно было представлено?</li> </ul>	
ФАКТОРЫ, ЗАВИСЯЩИЕ ОТ КОНТЕКСТА	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть ли негласные нормы, в учреждении, где я работаю? В этих нормах есть ли компонент консервативности в прогнозе?</li> <li>• Говорят ли мои коллеги о прогнозе с точки зрения последствий для себя?</li> <li>• Существуют ли нормативы, в которых в общих чертах описано, как иметь дело с неопределенностью в прогнозе? Описана ли в них моя ответственность?</li> </ul>	

занимающихся диагностикой и лечением пациентов, склонных к агрессивному поведению, приходится ежедневно оценивать риск насилия. Более того, из-за своих профессиональных обязанностей психиатры вовсе не могут избежать оценки степени риска опасного поведения. Это связано с тем, что существует множество ежедневных нормативных действий, которые просто невозможны без оценки риска насилия.

### Литература

1. Альфарнес, С. А. Структурно-динамические процедуры оценки риска с помощью HCR-20 и V-RISK-10 / С. А. Альфарнес, В. Г. Булыгина // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 6. – С. 12–18.
2. 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.
3. Малкин, Д. А. Психиатрическая помощь в местах лишения свободы в зарубежных странах: аналитический обзор / Д. А. Малкин, Д. А. Дианов, С. В. Абрамов; М.: ФГУ «ГНЦССП» им. В. П. Сербского, Минздравсоцразвития России, 2011. – 56 с.
4. Модели тренингов с психически больными, совершившими ООД (зарубежный опыт): аналитический обзор / В. Г. Булыгина [и др.]; М.: ФГУ «ГНЦССП» им. В. П. Сербского, Минздравсоцразвития России, 2010. – 39 с.
5. Совершенствование деятельности психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением / Б. А. Казаковцев [и др.] // Психическое здоровье. – 2011. – № 5. – С. 3–21.

6. Судебная психиатрия: профилактика противоправного поведения лиц с психическими расстройствами: сб. науч. ст. / ФГУ «ГНЦССП» им. В. П. Сербского, Минздравсоцразвития России; науч. ред. В. В. Вандыш. – М., 2011. – 292 с.

7. Ткаченко, А. А. Руководство по судебной психиатрии / под ред. А. А. Ткаченко. – М.: Юрайт, 2012. – 959 с.

8. Haque, Q. Staging the HCR-20: towards successful implementation of team-based structured professional judgement schemes / Q. Haque, C. D. Webster // Adv. In Psychiatric Treatment. – 2012. – Vol. 18, № 1. – P. 59–66.

9. Miller, S. L. Risky Business: Addressing the Consequences of Predicting Violence / S. L. Miller, S. L. Brodsky // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2011. Vol. 39, № 3. – P. 396–401.

10. Nielssen, O. B. Mania, homicide and severe violence / O. B. Nielssen, G. S Malhi, M. M. Large // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2012. Vol. 46, № 4. – P. 357–363.

11. O'Connor, N. Risk assessment: dealing with uncertainty / N. O'Connor, S. Clark // Psychiatrist. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 78–79.

12. Restraint and Seclusion in Psychiatric Treatment Settings: Regulation, Case Law, and Risk Management / P. R. Recupero [et al.] // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2011. – Vol. 39, № 4. – P. 465–476.

13. Risk Assessment Instruments in Clinical Practice / G. Côté [et al.] // Can. J. Psychiatry. – 2012. – Vol. 57, № 4. – P. 238–244.

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

15. The Clinical use of risk assessment / G. D. Glancy [et al.] // Can. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 50, № 1. – P. 12–17.

Поступила 10.10.2012 г.