

ОЦЕНКА РИСКА НАСИЛИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Принудительные меры безопасности и лечения являются важным звеном и основой вторичной профилактики совершения общественно опасных действий (ООД). Проведенное исследование показало, что необходимость внедрения структурированной оценки риска насилия в процесс реализации принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ) определяется неоднократно отказами судебных инстанций на ходатайства психиатров об окончании или изменении вида ПМБЛ; прямыми указаниями судебных инстанций на отсутствие оценки риска повторных насильственных общественно опасных деяний при принятии психиатрами решения о прекращении либо изменении вида ПМБЛ (57,0% судебных приказов на ходатайства психиатров); неуверенностью психиатров в своих решениях относительно оценки риска насилия у лиц с психическими расстройствами (55,5% психиатров по итогам предпринятого нами анонимного анкетирования); существованием множества субъективных убеждений у психиатров относительно оценки опасности лиц с психическими расстройствами (по различным рассматриваемым аспектам субъективные убеждения имеют от 28,6 до 61,3% прошедших анонимное анкетирование психиатров) и прямыми указаниями судей и психиатров о необходимости внедрения в реализацию ПМБЛ структурированных методик оценки риска насилия (заявления судей Верховного суда и 76,5% прошедших анонимное анкетирование психиатров).

Ключевые слова: оценка риска насилия, принудительные меры безопасности и лечения, насильственные общественно опасные деяния, суд, психиатр.

**V. V. Dukorsky, E. I. Skugarevskaya,
A. D. Balashov**

THE ASSESSMENT OF RISK OF VIOLENCE

According to our study the main reasons for ensuring of incorporation of structured assessment of the risk of violence in routine practice of forensic psychiatry are the following: repeated rejections of medical applications in courts; direct indications of courts on the absence of assessment of risk of the relapse of violent crimes (57,0% rejections of medical applications in courts); uncertainty of psychiatrists in their decisions about the risk of violence among mentally ill offenders (55,5% of psychiatrists according to our anonymous survey). We also revealed that psychiatrists had a great number of subjective beliefs about violence risk assessment among mentally ill offenders (in different aspects subjective beliefs had 28,6–61,3% of interviewed psychiatrists). We also obtained direct notifications from judges and psychiatrists about the necessity of implementation of structured

□ В помощь практикующему врачу

violence risk assessment in routine practice of forensic treatment (statements of judges of the Supreme Court and of 76,5% of interviewed psychiatrists).

Key words: *risk assessment violence, compulsory treatment, violent socially dangerous acts, law court, psychiatrist.*

Принудительные меры безопасности и лечения являются важным звеном и основой вторичной профилактики совершения общественно опасных действий. Вместе с тем кажущийся четким и неизменным налаженный отечественный механизм реализации принудительных мер безопасности и лечения уже довольно продолжительное время требует оптимизации и новых подходов.

В последние годы типичной стала ситуация, когда врачебно-консультационная комиссия (ВКК) приходит к заключению о нецелесообразности продления стационарного лечения или изменения вида принудительных мер, а суд тем не менее решает продлить данный вид ПМБЛ и отказывает в удовлетворении ходатайства ВКК. Неоднократность таких случаев указывает на необходимость выявления и устранения причин, лежащих в основе несогласованности между судебными инстанциями и психиатрами.

Цель исследования: провести комплексный содержательный анализ трудностей, возникающих при реализации принудительных мер безопасности и лечения.

Задачи исследования: 1) установить причины несогласованности взглядов, возникающих между судебными инстанциями и психиатрами в контексте реализации принудительных мер; 2) разработать эффективные приемы устранения выявленных причин несогласованности взглядов между судебными инстанциями и психиатрами.

Дизайн исследования: на первом этапе проводился содержательный анализ причин отказов судебных инстанций на ходатайства об изменении вида или отмене принудительных мер безопасности и лечения (изучение тридцати случаев мотивированных судебных отказов на ходатайства психиатров). На втором этапе проводился анализ взглядов психиатров на современные трудности в реализации принудительных мер безопасности и лечения (анонимное анкетирование врачей-психиатров).

Первоначально нами были выделены и проанализированы медицинские карты стационарных пациентов, находящихся на стационарном лечении в психиатрических больницах, которым, вопреки рекомендациям ВКК, судом было отказано в изменении строгого или усиленного вида ПМБЛ или в переводе со стационарного принудительного лечения на амбулаторное. Всего в исследование было включено тридцать таких случаев.

При анализе медицинских документов было выделено три группы, содержащих три вида мотивированного отказа судами. Первая группа состояла из трех случаев, где основной причиной отказа было то, что пациент ранее уже совершал насильственные действия и после окончания применения стационарного вида ПМБЛ совершил повторное насилие, по поводу которого к нему вновь применяются принудительные меры.

Вторая группа состояла из десяти случаев, где причиной отказа послужила тяжесть совершенного насильственного ООД. Судьи Верховного Суда (В. Д. Кривая и Л. К. Дулько) считают необоснованными подобные отказы в удовлетворении ходатайства. В своей обзорной статье [4] они приводят пример разбора подобного случая, когда районный суд отказал ВКК в удовлетворении ходатайства, исходя только из общественной опасности совершенного лицом с параноидной шизофренией деяния (в данном случае убийства).

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда отменила определение суда, а дело передала на новое судебное разбирательство, исходя из следующего: «...Отказывая в заявленном ходатайстве, суд не учел и не дал никакой оценки заключению ВКК, из которого следует, что в настоящее время психическое состояние пациента стабильное, в течение длительного времени (шести лет) у него отсутствуют агрессивные тенденции, острые психотические расстройства, особой опасности он не представляет и может быть переведен в психиатрическую больницу с обычным наблюдением. Разрешая дело по существу, суд в должной мере не учел, что закон призван охранять как интересы общества от общественно опасных посягательств психически больных, так и интересы самих пациентов, и при оценке психического состояния больного и определении вида наблюдения он должен исходить из принципа необходимости и достаточности ПМБЛ, избегать назначения меры более чем достаточной... Вопросы, связанные с изменением вида ПМБЛ, решаются судом на основании заключения ВКК. Если это заключение вызывает сомнения, суд может назначить судебно-психиатрическую экспертизу, истребовать дополнительные документы. Однако суд этого не сделал, возникшие сомнения не устранил. При разрешении ходатайства суд исходил лишь из общественной опасности совершенного деяния и характера психического заболевания пациента по состоянию на момент совершения ООД, оставив без соответствующей оценки заключение ВКК...» [4].

Третья группа отказов состояла из семнадцати случаев. Для ясности мы приводим ходатайство ВКК (имеется в медицинской карте стационарного пациента) в суд для изменения принудительных мер: «...Пациент освидетельствован комиссией, которая установила, что в результате проведенного лечения психическое состояние значительно улучшилось и стабилизировалось; наступило такое изменение характера заболевания, при котором отпадает необходимость в продолжении принудительных мер безопасности и лечения в психиатрической больнице (отделении) с усиленным (строгим, обычным) наблюдением, и пациент нуждается в продолжении принудительных мер безопасности и лечения в психиатрической больнице (отделении) с обычным наблюдением...».

Далее мы проанализировали семнадцать постановлений суда по этим же пациентам (также содержится в медицинской карте стационарного пациента), в которых было отказано в изменении строгого или усиленного вида ПМБЛ. Постановления (отклонение ходатайства ВКК) были представлены следующим образом: «...изучив дело, Суд считает, что изменение вида ПМБЛ является преждевременным... Заключение врачей не содержит обоснования о снижении общественной опасности пациента и обоснованных выводов о риске совершения повторных насильственных действий. Также не содержится данных, представляет ли он опасность для окружающих в настоящее время. Как видно из судебного-психиатрической экспертизы и медицинских документов, психическое состояние пациента вообще никак не изменилось. А улучшение поведения в больнице не дает основания для прекращения данного вида ПМБЛ...».

Как справедливо отмечено судьями, психиатры в свои заключения (ходатайства) не включают оценку риска повторного ООД. Более того, спустя некоторое время после отказа (как правило через год), психиатры вновь составляют ходатайство. Однако и на этот раз данных в нем не становится больше, а оценка риска насилия в нем не отражается. Фактически ВКК дублирует свое первое ходатайство, игнорируя информационные запросы суда.

Участие психиатра в суде также не добавляет ясности. Российский исследователь О. А. Пономарёв отмечает: «...Наблюдая за психиатрами во время судебных заседаний, удивляешься, почему они не используют легко доступные знания в оценке риска насилия...» [5].

Вместе с тем оценка риска насилия не включена в программы подготовки специалистов, и имеется явный дефицит научно-обоснованной и доказательной русскоязычной литературы посвящённой данному вопросу. Таким образом, несмотря на то, что оценка риска насилия является неотъемлемой частью клинической практики, психиатры из-за неразработанности теоритической и практической стороны вопроса испытывают значительные затруднения в отношении прогноза социальной опасности пациента.

Наряду с отсутствием в ходатайствах психиатров оценки риска повторных ООД, судьи отмечают, что в предоставленных медицинских документах не отражены какие-либо изменения в психическом состоянии пациентов за время реализации принудительных мер безопасности и лечения («психическое состояние пациента никак не изменилось»). После осмотра пациентов и анализа медицинских документов становится ясно, что данное замечание не столько касается актуального психического состояния исследуемых, сколько является прямым указанием на формализм в описании клинической картины расстройства и её динамики за время проведённого лечения.

Чёткое и подробное отражение врачами клинических данных в предоставляемых суду медицинских документах, вместо формализованной формулировки – «в результате проведенного лечения психическое состояние значительно улучшилось и стабилизирова-

лось», значительно повысит шансы ВКК на перевод либо выписку пациента.

Эффективным приёмом объективизации снижения выраженности психопатологической симптоматики является использование психометрических шкал. Применение специализированных психиатрических шкал позволит объективно продемонстрировать юристам и другим специалистам уровень обратной динамики симптомов психического расстройства и будет свидетельствовать в пользу скрупулёзности оценок врачей при подготовке пациента к выписке с принудительного лечения. Между тем основной причиной отказов судебных инстанций является отсутствие оценки риска повторных насильственных действий.

Во время проведения научно-практического семинара «Судебно-психиатрические основы применения принудительных мер безопасности и лечения к лицам с психическими расстройствами, совершившим общественно опасные деяния» (Минск, 2013) и международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии» (Минск, 2015) учествовавшие судьи Верховного суда прямо высказывались о целесообразности внедрения в практику реализации ПМБЛ структурированных методик оценки риска повторных насильственных ООД.

На втором этапе исследования мы провели анонимное анкетирование психиатров. Всего в анкетировании приняли участие 119 врачей практикующих специалистов из всех областей Республики Беларусь, которые непосредственно участвуют в осуществлении ПМБЛ [2, 3].

В контексте окончания/изменения вида ПМБЛ 55,5% психиатров сообщили, что не всегда уверены, или вовсе не уверены в своих решениях относительно оценки риска повторных насильственных ООД ($\chi^2 = 8,9$ ($p = 0,002$); $OR = 2,2(1,3-3,7)$). Только 36,1% специалистов констатировали свою полную уверенность (8,4% респондентов не смогли определиться с ответом на поставленный вопрос).

Кроме неуверенности в своих решениях относительно оценки риска повторных ООД (а вероятно и как следствие неуверенности) выявляется значительное количество субъективных убеждений у врачей-психиатров. На вопрос «Опасны ли люди с психическими расстройствами?», более половины врачей (в сумме – 61,3%), так или иначе, считают, что лица с психическими расстройствами представляют социальную опасность; 43,7% врачей уверены, что симптомы шизофрении сами по себе увеличивают риск совершения ООД; 28,6% специалистов полагают, что совершённое тяжёлое ООД увеличивает вероятность совершения повторного ООД. Такие результаты можно объяснить только тем, что врачи полагаются исключительно на свой субъективный опыт. Однако эта проблема может быть серьёзно скорректирована подробной документацией факторов риска и внедрением в практику структурированных методик оценки риска насилия.

С инструментами оценки риска насилия был связан наш очередной вопрос в анкетах: «Как Вы относитесь к введению в судебно-психиатрическую практику

□ В помощь практикующему врачу

структурированных методик оценки риска насилия?». «Я сомневаюсь в эффективности таких методик» – так ответили 23,5% респондентов. Большинство же специалистов (76,5%) выбрали вариант ответа: «При условии, что они действительно помогают принять решение, думаю, что нужно их использовать» ($\chi^2 = 64,6$ ($p < 0,0001$); $OR = 10,0(5,5-18,2)$).

В контексте ответов психиатров на поставленный выше вопрос важно отметить, что проведенное нами исследование показало эффективность методики HCR-20 в оценке риска повторных насильственных ООД у лиц мужского пола, страдающих параноидной шизофренией ($AUC = 0,754$; $p < 0,001$).

Сделанный нами выбор в пользу исследования эффективности HCR-20 основан на данных о том, что инструмент является одним из наиболее широко используемых и наиболее проверенных методик оценки риска насилия в мире [6]. Вторая версия HCR-20 (авторы второй версии: Кристофер Д. Вебстер, Кевин С. Даглас, Дерек Ивз и Стивен Д. Харт) переведена на 20 языков и считается «золотым стандартом» в измерении риска насилия [1, 6]. Тринадцатым официальным переводом является русский вариант методики под редакцией О. А. Пономарева в 2008 году [5].

Российские психиатры из Архангельска, Калининграда и Санкт-Петербурга уже официально используют результаты, полученные с помощью HCR-20, при составлении ходатайств в суд для изменения вида или окончания принудительного лечения.

Таким образом, необходимость внедрения структурированной оценки риска насилия в процесс реализации принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ) определяется следующими факторами:

- неоднократные отказы судебных инстанций на ходатайства психиатров об окончании или изменении вида ПМБЛ;

- прямые указания судебных инстанций на отсутствие оценки риска повторных насильственных общественно опасных деяний при принятии психиатрами решения о прекращении либо изменении вида ПМБЛ (57,0% судебных отказов на ходатайства психиатров);

- неуверенность психиатров в своих решениях относительно оценки риска повторных насильственных ООД у лиц с психическими расстройствами (55,5% психиатров по итогам предпринятого нами анонимного анкетирования);

- существование множества субъективных стигматизирующих убеждений у психиатров относительно оценки опасности лиц с психическими расстройствами (субъективные убеждения имеют от 28,6 до 61,3% прошедших анонимное анкетирование психиатров);

- прямые указания судей и психиатров о необходимости внедрения в реализацию ПМБЛ структурированных методик оценки риска насилия (заявления судей Верховного суда и 76,5% прошедших анонимное анкетирование психиатров).

Литература

1. Григорьев, И. С. Стандартизированные методы прогнозирования насильственных действий больных, находящихся на принудительном лечении / С. И. Григорьев, М. Ф. Денисов, Е. В. Снедков // Экология человека. – 2013. – № 12. – С. 52–54.

2. Дукорский, В. В. Анкетирование психиатров по актуальным вопросам реализации принудительных мер безопасности и лечения / В. В. Дукорский, Е. И. Скугаревская, А. Д. Балашов // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 6. – С. 31–36.

3. Дукорский, В. В. Оценка риска насилия психиатрами в контексте реализации принудительных мер безопасности и лечения / В. В. Дукорский, Е. И. Скугаревская, А. Д. Балашов // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – №3. – С. 48–51.

4. Кривая, В. Л. О практике применения судами принудительных мер безопасности и лечения в уголовном судопроизводстве / В. Л. Кривая, Л. К. Дулько // Судовы весн. – 2013. – № 2. – С. 16–27.

5. HCR-20: Оценка риска насилия, версия 2; пер. с англ. / К. Д. Вебстер [и др.]. – Архангельск: ООО ИПП Правда Севера, 2008. – 94 с.

6. The World's Leading Violence Risk Assessment Instrument [Electronic resource] / HCR-20 V3. – Mode of access: <http://hcr-20.com>. – Date of access: 14.09.2015.

Поступила 24.06.2016 г.