



Оценка риска общественно опасного поведения у лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость

О.А. Макушкина, Н.Г. Шарабидзе, С.М. Авдонина, Д.С. Серебрякова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: определение возможности применения методики структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) для оценки общественной опасности лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость.

Дизайн: наблюдательное описательное исследование.

Материалы и методы. С использованием методики СОРОП обследовано 100 больных — мужчин и женщин в возрасте 17–59 лет (средний возраст — 28,98 ± 10,8 года). Пациенты были разделены на две группы: 1 — лица с нетяжелыми психическими расстройствами, уровень дисрегуляции деятельности которых в момент совершения правонарушения маркировался экспертным решением — признанием их ограниченно вменяемыми (n = 50); 2 — пациенты с правоупослушным поведением, получавшие консультативно-лечебную помощь врача-психиатра (n = 50).

Результаты. Надежность — внутренняя согласованность методики СОРОП для 1-й и 2-й групп составила 0,757 и 0,582 соответственно (коэффициент альфа Кронбаха), расщепленная надежность — 0,708 и 0,573 (коэффициент Спирмена — Брауна). Получены статистически значимые различия между группами по четырем из семи клинических признаков, по шести из девяти признаков, связанных с историей жизни больного, и по всем признакам, характеризующим социальную адаптацию больного, за исключением стабильной трудовой занятости на протяжении жизни.

Заключение. Методика СОРОП имеет допустимый уровень надежности и может использоваться в качестве эффективного инструмента оценки потенциальной общественной опасности лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость, в дополнение к клиническому анализу.

Ключевые слова: методика структурированной оценки риска опасного поведения, ограниченная вменяемость, факторы риска, протективные факторы, профилактика.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Макушкина О.А., Шарабидзе Н.Г., Авдонина С.М., Серебрякова Д.С. Оценка риска общественно опасного поведения у лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость // Доктор.Ру. 2019. № 6 (161). С. 36–41. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-161-6-36-41



Assessing the Risk of Socially Dangerous Behavior in People with Mental Disorders, Who May Nonetheless Be Deemed Sane

O.A. Makushkina, N.G. Sharabidze, S.M. Avdonina, D.S. Serebryakova

V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russian Ministry of Health; 23 Kropotkinsky Pereulok, Moscow, Russian Federation 119034

Objective of the Study: To evaluate the possibility of using SOROP, a tool for the structured assessment of the risk of dangerous behavior, to evaluate the probability of danger to society from people with mental disorders who may be deemed sane.

Study Design: This was an observational descriptive study.

Materials and Methods: The SOROP tool was used to examine 100 patients, men and women, aged 17 to 59 (mean age, 28.98 ± 10.8). The patients were divided into two groups: Group 1 (n = 50) consisted of people with non-severe mental disorders who, based on their degree of behavioral dysregulation at the moment of committing a crime, were deemed by experts to have limited sanity; and Group 2 was made up of law-abiding patients who were receiving psychiatric counselling and treatment (n = 50).

Study Results: The internal consistency (reliability) of the SOROP tool was 0.757 and 0.582 for Groups 1 and 2, respectively (Cronbach's alpha) and split-half reliability was 0.708 and 0.573 (Spearman-Brown coefficient). The study revealed statistically significant differences between the groups with respect to four out of seven clinical signs, six out of nine parameters related to the patients' personal history, and all parameters defining their social adaptation, with the exception of lifelong employment stability.

Conclusion: SOROP has an acceptable degree of reliability and may be used, together with clinical examination, as an effective tool to assess the likelihood of socially dangerous behavior in people with mental disorders who may be deemed sane.

Keywords: tool for structured assessment of risk of dangerous behavior (SOROP), limited sanity, risk factors, protective factors, prevention.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Makushkina O.A., Sharabidze N.G., Avdonina S.M., Serebryakova D.S. Assessing the Risk of Socially Dangerous Behavior in People with Mental Disorders, Who May Nonetheless Be Deemed Sane. Doctor.Ru. 2019; 6(161): 36–41. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-161-6-36-41

Авдонина Серафима Михайловна — лаборант-исследователь отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 9262-1018. E-mail: serafimaavdonina@mail.ru
Макушкина Оксана Анатольевна — д. м. н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 7676-1630. E-mail: makushkina@serbsky.ru
(Окончание на с. 37.)

Одной из наиболее актуальных исследовательских задач в судебно-психиатрической практике является определение потенциальной общественной опасности лиц с психическими расстройствами.

Известно, что правонарушения совершают как психически здоровые граждане, так и лица с различными формами психической патологии, часть из которых во время совершения преступления в силу психического расстройства не могут в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими (ограниченно вменяемые). Как показывают результаты исследований, эти больные обладают адекватной, но недостаточной способностью к целенаправленному и осознанному совершению действий [1, 2].

В соответствии с уголовным законодательством, в отношении данной категории лиц судом может быть назначено принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях. Его назначение и отмена требует от специалистов определения потенциальной общественной опасности больного по психическому состоянию.

С целью более эффективного прогноза общественно опасного поведения, повышения его объективизации и доказательности специалистами Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России (далее — ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России) разработана оригинальная методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) [3]. Доказано, что эта методика имеет высокую надежность и эффективность у лиц с выраженными психическими расстройствами. В частности, результаты апробационных исследований продемонстрировали допустимые уровни надежности, содержательной и прогностической валидности, высокую предсказательную способность СОРОП в оценке потенциальной общественной опасности [4].

Целью настоящего исследования являлось определение возможности применения методики СОРОП для оценки риска противоправного поведения у лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено наблюдательное описательное исследование на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России и медицинских организаций психиатрического профиля Московской области.

С использованием методики СОРОП оценена потенциальная общественная опасность 100 больных — мужчин и женщин в возрасте от 17 до 59 лет (средний возраст составлял $28,98 \pm 10,80$ года). Больных разделили на две группы по 50 человек. В *первую (основную) группу* были включены лица с нетяжелыми психическими расстройствами, уровень дисрегуляции деятельности которых в момент совершения правонарушения маркировался экспертным решением — признанием их ограниченно вменяемыми. *Вторую группу (группу сравнения)* составили пациенты с правоуполномоченным поведением, получавшие консультативно-лечебную помощь у врача-психиатра.

В нозологической структуре психических заболеваний в основной группе преобладали органические психические расстройства различной этиологии (60,0%), преимущественно смешанной (34,0%), расстройства зрелой личности (32,0%) и умственная отсталость (8,0%); в группе сравнения — психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (42,0%), расстройства зрелой личности (40,0%) и аффективные расстройства (18,0%).

В СОРОП используются 22 статичных и динамичных параметра (признака) для определения общественной опасности, которые распределены между тремя блоками: блоком клинических признаков, блоком признаков, связанных с историей жизни больного, и блоком признаков, характеризующих его социальную адаптацию. Параметры являются высокоинформативными и статистически значимыми. Наряду с факторами риска в методике учитываются защитные (протективные) факторы, снижающие вероятность опасного поведения. Проводящий оценку специалист должен выявить их наличие либо отсутствие у больного с заполнением протокола исследования.

Блок клинических признаков включает семь параметров, направленных на определение наличия клинических предпосылок для формирования опасного поведения, в том числе с позиций комплаентности пациента и коморбидности с болезнями зависимости. Максимальная сумма баллов по данному блоку равна 46. *Блок признаков, связанных с историей жизни больного*, состоит из семи параметров, таких как наличие криминального опыта, расстройств поведения в детском (подростковом) возрасте, антисоциальной структуры личности в преморбиде и пр. Формально к данному блоку отнесены также две возрастные характеристики. Максимально возможный суммарный балл равен 43. В *блоке признаков, характеризующих социальную адаптацию больного*, оцениваются шесть факторов, максимальный результат по данному блоку составляет 23 балла.

Признаки обладают разной прогностической способностью и заложены в систему оценки в порядке убывания информативности. Сумма прогностических коэффициентов распределяется в пороговом диапазоне от -20 до $+20$ баллов. 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 совершения опасных действий по результатам скрининга. Внутри диагностических порогов баллы распределены следующим образом: повышенному риску соответствует диапазон от $+6$ до $+19$ баллов; среднему — от -6 до $+6$ баллов; пониженному — от -19 до -6 баллов.

Оценку потенциальной общественной опасности при помощи методики СОРОП проводили на период совершения правонарушения (первая группа) или на период исследования (вторая группа).

Верификацию полученных результатов осуществляли в программе SPSS Statistics 19.0 (США) с использованием коэффициента альфа Кронбаха, коэффициента Спирмена — Брауна, однофакторного дисперсионного анализа ANOVA и t-критерия Стьюдента для двух независимых выборок.

Серебрякова Дарья Сергеевна — лаборант-исследователь отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кротова пер., д. 23. E-mail: 9181919@gmail.com
Шарабидзе Нино Гурамовна — младший научный сотрудник отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кротова пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 6086-7274. E-mail: sharabidze.n@serbsky.ru
(Окончание. Начало см. на с. 36.)

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

I. Проверка надежности методики СОРОП

Данные по надежности — внутренней согласованности методики, рассчитанные с помощью коэффициента альфа Кронбаха, приведены в таблице 1.

Дополнительно была измерена расщепленная надежность с использованием коэффициента Спирмена — Брауна для первой и второй групп и выборки в целом, полученные значения составили $r = 0,708$, $r = 0,573$ и $r = 0,865$ соответственно при $p < 0,001$.

По результатам расчета показателей надежности-согласованности и расщепленной надежности можно говорить о хорошем уровне надежности методики СОРОП для первой группы (ограниченно вменяемые лица), а также для всей выборки обследованных. Во второй группе значения коэффициентов надежности составили менее 0,7, что отчасти могло быть обусловлено разнонаправленным содержанием пунктов методики СОРОП, в которой учитываются как клинические симптомы широкого спектра, так и данные анамнеза, сведения о социальном функционировании больных. Можно также предположить, что результаты, полученные во второй группе, связаны с особенностями ее состава: группа представлена преимущественно лицами с болезнями зависимости, и, вероятно, это определяет специфику их клинических характеристик и, как следствие, больший разброс значений по пунктам методики. В последующем, с целью дополнительной оценки показателей надежности инструмента, целесообразно проанализировать применение методики СОРОП у пациентов с нетяжелой психической патологией с право-слушным поведением, без зависимости от ПАВ.

Следует учитывать также, что по результатам ряда исследований [5, 6] при использовании шкал, измеряющих сложные клинико-психологические конструкты, значения коэффициентов надежности, равные 0,6, являются удовлетворительными.

В целом полученные значения коэффициента альфа Кронбаха свидетельствуют о возможности применения методики СОРОП для определения потенциальной общественной опасности лиц с психическими расстройствами, не исключаями вменяемость.

II. Анализ результатов оценки риска общественной опасности по методике СОРОП в сравниваемых группах

С помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) проведено сравнение групп обследованных по суммарным баллам методики СОРОП. Возможность выполнения ANOVA была подтверждена отсутствием статистически значимых различий между дисперсиями в сравниваемых выборках (Levene's Statistic = 2,164 при $p = 0,145$, $p > 0,05$). С помощью ANOVA наиболее высокий риск совершения противоправных действий выявлен у больных первой группы и значительно меньший риск по среднему значению — у лиц второй группы (рис.).

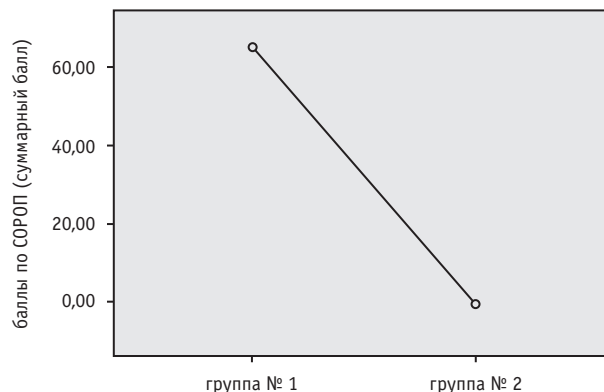
Таблица 1

Коэффициент альфа Кронбаха методики СОРОП

Показатель	Группа 1 (n = 50)	Группа 2 (n = 50)	Всего (n = 100)
Общий балл СОРОП	0,757	0,582	0,868

$P < 0,001$.

Рис. Степень риска совершения противоправных действий в группах больных, средний суммарный балл



Результаты однофакторного дисперсионного анализа подтверждают гипотезу о возможности применения методики СОРОП для определения различий по степени выраженности потенциальной общественной опасности у лиц с нетяжелой психической патологией.

III. Оценка различий по пунктам методики СОРОП в сравниваемых группах

Помимо сравнения средних значений суммарных баллов СОРОП, проанализирован вклад каждого пункта методики в значение показателя риска противоправного поведения в группах сравнения. На данном этапе исследования применен t-критерий Стьюдента для двух независимых выборок с выделением пунктов методики, по которым имелись статистически значимые различия (табл. 2).

По результатам статистической обработки данных установлены статистически значимые различия по четырем пунктам из блока клинических признаков методики СОРОП: № 1 («выраженные нарушения поведения»), № 3 («выраженная прогрессивность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением»), № 5 («зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ») и № 6 («зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы»).

В обеих группах большая часть обследованных (80,0% и 90,0% соответственно) злоупотребляли либо были зависимы от ПАВ. В отличие от второй группы, у больных первой группы болезни зависимости в большинстве случаев сочетались с неоднократно перенесенными травмами головы, что определило формирование церебрально-органической патологии и, как следствие, большую встречаемость таких феноменов, как эксплозивность, нарушение контроля над поведением, а также снижение способности к обучению, принятию решений и перспективному планированию.

Данные нарушения проявились в статистически значимых различиях между группами по пунктам № 1 и № 3 из блока клинических признаков (см. табл. 2). У больных первой группы чаще наблюдались выраженные нарушения поведения в виде конфликтности, импульсивности поступков, демонстративно-шантажных форм с преобладанием агрессивных реакций на конфликтную ситуацию и с совершением правонарушений на фоне эмоционального напряжения. Распространенными были неустойчивость настроения в сочетании с тенденцией действовать без учета последствий.

По пункту № 2 из блока клинических признаков («выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости») статистически значимые различия между группами не обнаружены. Однако спектр таких нарушений был различен с более высокой распространенностью депрессивной симптоматики во второй группе.

Протективный фактор «приверженность лечению» (пункт № 7 из клинического блока) имел малую представленность у больных первой группы (10,0%): большинство ее участников считали себя психически здоровыми и отвергали необходимость наблюдения и лечения у психиатра. При этом пациенты второй группы преимущественно высказывали установку на лечение имевшегося психического расстройства. Однако с учетом высокой распространенности у них болезней зависимости существует вероятность того, что они лишь декларировали приверженность терапии под влиянием значимых близких при формальном осмыслении имевшегося заболевания. По-видимому, данный пункт методики нуждается в дополнительной верификации для установления уровня комплаентности больных.

По результатам обработки данных, связанных с историей жизни, установлены, в частности, различия по пунктам № 7 («антисоциальная структура личности в преморбиде») и № 9 («наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе») с их большей распространенностью в первой группе.

Статистически значимых различий по пункту № 3 («расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте») между группами не обнаружено, однако в первой группе отличительной характеристикой обследованных была делинквентность. В большинстве случаев такие больные уже на ранних этапах развития отличались повышенной возбудимостью, раздражительностью, конфликтностью, труднокорректируемым поведением. В последующем это приводило к формированию антисоциальной структуры личности с неспособностью к эмпатии и поддержанию устойчивых отношений, безответственностью, пренебрежением социальными нормами, низкой фрустрационной толерантностью, отсутствием чувства вины, неспособностью извлекать уроки из негативного жизненного опыта, выраженной склонностью к внешнеобвиняющим реакциям.

Таблица 2

Статистически значимые различия по пунктам методики СОРОП между группами больных

Признак и его номер в соответствующем блоке	Группа 1		Группа 2		t
	M	SD	M	SD	
Блок клинических признаков					
1. Выраженные нарушения поведения	11,66	2,40	5,63	8,32	270,05**
3. Выраженная прогредиентность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением	9,28	2,88	2,00	5,72	76,75**
5. Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ	4,80	4,44	5,85	3,40	7,35**
6. Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы	1,00	1,01	0,13	0,49	160**
Блок признаков, связанных с историей жизни больного					
1. Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом	6,90	7,18	-3,00	0	412,16**
2. Неоднократное физическое или сексуальное насилие в детском (подростковом) возрасте	0,40	2,83	-0,71	1,41	30,191**
4. Враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве	0,39	1,92	-0,67	1,12	57,94**
7. Антисоциальная структура личности в преморбиде	4,38	3,49	-2,63	1,82	23,53**
8. Низкий образовательный уровень	0,24	0,98	-0,96	0,29	276,03**
9. Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе	2,80	2,16	-0,79	1,01	46,82**
Блок признаков, характеризующих социальную адаптацию больного					
1. Материальная, жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей	0,86	5,44	-2,00	0	102,92**
2. Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение	4,80	2,42	1,75	2,76	4,44*
3. Наличие помощи и поддержки родных, близких	-1,62	1,51	-2,94	0,43	499,47**
4. Асоциальность (отсутствует трудовой стаж, не работает, не учится)	2,00	2,02	0,42	1,23	82,24**
6. Трудовая занятость связана с выполнением квалифицированного труда	1,20	1,62	-0,67	1,91	8,96**

Примечания.

1. ПАВ — психоактивные вещества; M — среднее значение; SD — среднеквадратичное отклонение; t — критерий Стьюдента.

2. (*) — $p < 0,05$; (**) — $p < 0,01$.

Обнаружены также статистически значимые различия по пункту № 4 («враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве»): в первой группе чаще встречались внутрисемейные конфликты, эмоциональная холодность между членами семьи и безразличное отношение родителей к детям. Дети в подобных семьях нередко становились жертвами физического и/или сексуального насилия (пункт № 2), что нашло отражение в результатах проведенного сравнительного анализа (см. табл. 2).

Больные первой группы в большинстве своем имели низкий образовательный уровень (пункт № 8), ограничивавшийся программой вспомогательной школы либо неполным средним образованием, тогда как пациенты второй группы имели неоконченное высшее либо высшее образование. Большинство больных из первой группы (66,0%) ранее уже неоднократно совершали противоправные действия (пункт № 1). Обследованные из группы сравнения, несмотря на употребление большей частью из них различных ПАВ, в течение жизни ни разу не были привлечены к уголовной ответственности.

В блоке признаков, характеризующих социальную адаптацию, между группами установлены статистически значимые различия по всем пунктам, кроме пятого («стабильная трудовая занятость на протяжении жизни»). По результатам сравнительного анализа в группе лиц с правопослушным поведением большую распространенность имело наличие поддержки родных и близких (пункт № 3), реже встречались семейные конфликты и антисоциальное окружение (пункт № 2); отличительной особенностью пациентов этой группы являлась трудовая занятость, связанная с выполнением квалифицированного труда (пункт № 6). Указанные факторы являются сдерживающими (протективными), снижают риск общественно опасного поведения.

IV. Анализ пунктов методики СОРОП у больных с различной степенью общественной опасности

Установлено, что у обследованных первой группы определяется высокий и повышенный риск совершения противоправных действий по методике СОРОП (табл. 3).

Во второй группе в 63,0% случаев он был низким, пониженным либо средним. Однако среди обследованных этой группы, ранее не совершавших противоправных действий, у 14,0% определен высокий риск опасного поведения, у 23,0% — повышенный. С целью исследования факторов, которые внесли вклад в разброс суммарных баллов, больных второй группы разделили на подгруппы лиц с низким и пониженным риском по методике СОРОП (подгруппа 1) и лиц с высоким и повышенным риском по методике СОРОП (подгруппа 2) и прове-

ли статистический анализ различий между подгруппами по каждому пункту методики СОРОП. Для данных независимых выборок был применен t-критерий Стьюдента (табл. 4).

В блоке клинических признаков наиболее выраженные различия между подгруппами установлены по пунктам № 1 («выраженные нарушения поведения»), № 3 («выраженная прогрессивность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением») и № 6 («зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы»).

В блоке признаков, связанных с историей жизни, статистически значимые различия отмечались по пунктам № 3 («расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте»), № 7 («антисоциальная структура личности в преморбиде»), № 8 («низкий образовательный уровень») и № 9 («наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе»).

В блоке признаков, характеризующих социальную адаптацию, ведущим протективным фактором, по которому установлены статистически значимые различия между подгруппами с высоким и низким риском опасного поведения, было «наличие помощи и поддержки родных, близких» (пункт № 3). В качестве фактора риска выступали «конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение» (пункт № 2).

Таким образом, полученные на данном этапе исследования сведения во многом повторяют результаты предыдущего этапа (см. подраздел III). Это может свидетельствовать о том, что оцениваемый в СОРОП биопсихосоциальный комплекс параметров является значимым в формировании общественно опасного поведения и информативным при оценке его риска у лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В статье проанализирована возможность применения методики СОРОП при оценке потенциальной общественной опасности лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость. Представлены данные относительно факторов риска и протективных факторов.

Описано влияние неоднократно перенесенных экзогенно-органических вредностей с позиций увеличения риска противоправного поведения. Являясь основой для формирования органического поражения головного мозга, они способствуют развитию эмоциональной неустойчивости, эксплозивности, нарушений эмоционально-волевого контроля, появлению антисоциальных тенденций. Показано протективное значение таких параметров, как помощь и поддержка близких, отсутствие внутрисемейных конфликтов, высокий уровень образования, трудовая занятость.

Таблица 3

Распределение обследованных по степени риска совершения противоправных действий по методике СОРОП

Обследованные	M	SD	SE	Min	Max	Риск, %				
						низкий	пониженный	средний	повышенный	высокий
Группа 1 (n = 50)	-1,52	19,68	2,84	-33	32	0,0	0,0	0,0	8,0	92,0
Группа 2 (n = 50)	65,46	25,45	3,60	8	107	25	19	19	23	14,0
Всего (n = 100)	32,65	40,59	4,10	-33	107	12,0	9,0	9,0	15,0	55,0

Примечание. M — среднее значение; SD — среднеквадратичное отклонение; SE — стандартная ошибка.

Статистически значимые различия по пунктам методики СОРОП между подгруппами второй группы больных

Признак и его номер в соответствующем блоке	Подгруппа 1		Подгруппа 2		t
	M	SD	M	SD	
Блок клинических признаков					
1. Выраженные нарушения поведения	-0,95	7,42	11,00	4,12	12,088**
3. Выраженная прогредиентность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением	-2,00	0,0	7,88	4,72	27,622**
6. Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы	0,0	0,0	0,24	0,66	14,126**
Блок признаков, связанных с историей жизни больного					
3. Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте	-2,24	2,41	0,29	4,06	25,069**
5. Возраст 20–39 лет	3,43	3,04	4,59	2,62	5,934**
7. Антисоциальная структура личности в преморбиде	-3,00	0,0	-1,94	2,99	14,126**
8. Низкий образовательный уровень	-1,00	0,0	-0,88	0,49	5,659**
9. Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе	-1,00	0,0	-0,71	1,21	5,659**
Блок признаков, характеризующих социальную адаптацию больного					
2. Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение	0,57	1,80	3,18	3,09	29,929**
3. Наличие помощи и поддержки родных, близких	-3,00	0,0	-2,82	0,73	5,659**

Примечания.

1. ПАВ — психоактивные вещества; M — среднее значение; SD — среднеквадратичное отклонение; t — критерий Стьюдента.

2. (**) — $p < 0,01$.

Продемонстрирован допустимый уровень надежности методики СОРОП. Результаты исследования свидетельствуют о том, что СОРОП может использоваться для оценки риска, дополняя клинический анализ. Применение формализованного инструмента с информативными статистически значимыми параметрами оценки позволит повысить объективность и доказательность решений, принимаемых медицинскими специалистами и судами.

Наиболее подробно с методикой СОРОП можно ознакомиться при прохождении образовательных циклов повышения квалификации «Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера», «Оценка риска общественно опасного поведения у лиц с психическими расстройствами» в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Горин В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А., Илюшина Е.А. Современные подходы к экспертной оценке ограниченной вменяемости. *Рос. психиатр. журн.* 2017; 3: 10–8. [Gorin V.V., Korzun D.N., Vasyukov S.A., Ilyushina E.A. *Sovremennye podkhody k ekspertnoi otsenke ogranichennoi vmenyaemosti. Ros. psikhiatr. zhurn.* 2017; 3: 10–8. (in Russian)]
2. Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза индивидуально-психологических особенностей и ограниченной вменяемости обвиняемых. *Медицинская и судебная психология: Курс лекций.* М.; 2016: 451–76. [Safuanov F.S. *Kompleksnaya sudebnaya psikhologo-psikhiatricheskaya ekspertiza individual'no-psikhologicheskikh osobennostei i ogranichennoi vmenyaemosti obvinyaemykh. Meditsinskaya i sudebnaya psikhologiya: Kurs lektzii.* М.; 2016: 451–76. (in Russian)]
3. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами. *Психич. здоровье.* 2016; 10: 18–26. [Makushkina O.A., Mugantseva L.A. *Metodika strukturirovannoi otsenki riska opasnogo povedeniya lits, stradayushchikh*

psikhicheskimi rasstroistvami. Psikhich. zdorov'e. 2016; 10: 18–26. (in Russian)]

4. Макушкина О.А., Березкин А.С., Дурнева М.Ю., Авдонина С.М. Аprobация и внедрение методики структурированной оценки риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами. *Соц. и клин. психиатрия.* 2017; 4: 18–24. [Makushkina O.A., Berezkin A.S., Durneva M.Yu., Avdonina S.M. *Aprobatsiya i vnedrenie metodiki strukturirovannoi otsenki riska opasnogo povedeniya u lits s psikhicheskimi rasstroistvami. Sots. i klin. psikhiatriya.* 2017; 4: 18–24. (in Russian)]
5. Батулин Н.А., ред. *Современная психодиагностика России. Преодоление кризиса: Сборник материалов III Всерос. конференции.* В 2 тт. Т. 1. Челябинск: издательский центр ЮУрГУ; 2015: 232–40. [Baturin N.A., red. *Sovremennaya psikhodiagnostika Rossii. Preodolenie krizisa: Sbornik materialov III Vseros. konferentsii.* V 2 tt. T. 1. Chelyabinsk: izdatel'skii tsentr YuUrGU; 2015: 232–40. (in Russian)]
6. Loewenthal K.M. *An introduction to psychological tests and scales.* 2nd ed. UK: Psychology Press; 2001. 184 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315782980> 