

## Возможности психологического обследования при оценке степени общественной опасности пациентов, находящихся на принудительном лечении

Гаянэ Аршалуисовна Вартамян<sup>1</sup>, Евгений Денисович Сургутский<sup>1</sup>, Дмитрий Алексеевич Брагин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Гаянэ Аршалуисовна Вартамян. [g.vartanyan@spbu.ru](mailto:g.vartanyan@spbu.ru)

### Резюме

**Обоснование:** оценка степени общественной опасности лиц, признанных невменяемыми, считается особенно сложной. Представляется целесообразным рассмотреть возможности психологической оценки дополнительно к клинической в рамках биопсихосоциальной модели психических расстройств. Согласно данным научных публикаций, стандартные методы обследования не дают достаточной информации. Альтернативой может стать метод доказательного психотерапевтического подхода — схема-терапия. **Цель исследования** — оценить степень общественной опасности лиц, признанных невменяемыми, с использованием нового психологического инструмента. **Пациенты:** 137 пациентов-мужчин 18–62 лет ( $M = 37,03$ ,  $SD = 9,65$ ), находящиеся на принудительном лечении по решению суда в связи с общественно опасным деянием (ООД). **Методы:** авторская карта обследуемого, «Опросник схем Янга — краткая третья версия», «Опросник режимов функционирования схем». руководство по оценке риска насилия. **Результаты:** выделены факторы, определяющие общественную опасность пациентов (общая шкала:  $M = 19,57$ ;  $SD = 7,92$ ;  $Me = 19$ ). Обнаружено преобладание анамнестических факторов ( $M = 10,89$ ;  $SD = 3,65$ ;  $Me = 11$ ) и факторов управления риском ( $M = 5,25$ ;  $SD = 2,78$ ;  $Me = 5$ ) над клиническими факторами ( $M = 3,43$ ;  $SD = 2,52$ ;  $Me = 3$ ). Получены взаимосвязи: а) «Недостаточности самоконтроля» с общим баллом степени общественной опасности ( $r_s = 0,331$ ;  $p \leq 0,001$ ) и ее клиническими признаками ( $r_s = 0,328$ ;  $p \leq 0,001$ ); б) «Недоверия» с общим баллом степени общественной опасности ( $r_s = 0,304$ ;  $p \leq 0,001$ ) и ее анамнестическими признаками ( $r_s = 0,311$ ;  $p \leq 0,001$ ). Наибольший вклад в степень общественной опасности вносят схемы и режимы: «Негативизм/пессимизм» ( $\beta = 0,573$ ;  $p \leq 0,001$ ). «Неуспешность» ( $\beta = 0,331$ ;  $p \leq 0,01$ ), «Отстраненный самоутешитель» ( $\beta = -2,165$ ;  $p \leq 0,001$ ), «Разъяренный ребенок» ( $\beta = 3,327$ ;  $p \leq 0,001$ ). «Сердитый ребенок» ( $\beta = -2,430$ ;  $p \leq 0,05$ ). **Заключение:** выраженность схем и режимов может играть важную роль в прогнозировании рецидива ООД. Предлагаемый набор методик может быть использован в качестве дополнительного в структуре психологического обследования при оценке степени общественной опасности.

**Ключевые слова:** общественная опасность, невменяемость, принудительное лечение, риск насилия, схема-терапия

**Источник финансирования:** исследование выполнено при поддержке РНФ (проект № 23-78-01263 «Психологические драйверы общественной опасности лиц, признанных невменяемыми»).

**Для цитирования:** Вартамян Г.А., Сургутский Е.Д., Брагин Д.А. Возможности психологического обследования при оценке степени общественной опасности пациентов, находящихся на принудительном лечении. *Психиатрия*. 2025;23(5):65–72. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-5-65-72>

### RESEARCH

UDC 159.972. 159.9.072.4

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-5-65-72>

## Possibilities of Psychological Examination in Assessing of Violence Risk in Patients under Court-ordered Compulsory Medical Treatment

Gayane A. Vartanyan<sup>1</sup>, Evgenii D. Surgutskii<sup>1</sup>, Dmitry A. Bragin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup>Psychiatric Hospital of St. Nicholas the Wonderworker, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Gayane A. Vartanyan, [g.vartanyan@spbu.ru](mailto:g.vartanyan@spbu.ru)

### Summary

**Background:** violence risk assessment in persons acquitted by reason of insanity is difficult. It seems appropriate to consider the possibilities of psychological assessment based on the biopsychosocial model in addition to clinical ones. Standard survey methods do not provide sufficient information. The schema therapy approach is proposed as an alternative. **The Aim of study** was to assess violence risk in patients under compulsory treatment using new instruments for psychological examination. **Patients:** 137 male patients aged 18–62 years ( $M = 37,03$ ;  $SD = 9,65$ ) under compulsory treatment. **Methods:** author's scale, Young Shema

Questionnaire, Schema Mode Inventory, Historical Clinical Risk Management-20. **Results:** patients are characterized by violence risk factors (overall scale:  $M = 19.57$ ;  $SD = 7.92$ ;  $Me = 19$ ). Anamnestic factors ( $M = 10.89$ ;  $SD = 3.65$ ;  $Me = 11$ ) and risk management factors ( $M = 5.25$ ;  $SD = 2.78$ ;  $Me = 5$ ) prevailed over clinical ones ( $M = 3.43$ ;  $SD = 2.52$ ;  $Me = 3$ ). The relationships shown: a) «Lack of self-control» with the overall score of violence risk ( $r_s = 0.331$ ;  $p \leq 0.001$ ) and its clinical signs ( $r_s = 0.328$ ;  $p \leq 0.001$ ); b) «Distrust» with the overall score also ( $r_s = 0.304$ ;  $p \leq 0.001$ ) and its anamnestic signs ( $r_s = 0.311$ ;  $p \leq 0.001$ ). The greatest contribution to the degree of violence risk is made by the schemes and modes: “Negativism/pessimism” ( $\beta = 0.573$ ;  $p \leq 0.001$ ), “Failure” ( $\beta = 0.331$ ;  $p \leq 0.01$ ), “Detached self-consoler” ( $\beta = -2.165$ ;  $p \leq 0.001$ ), “Enraged child” ( $\beta = 3.327$ ;  $p \leq 0.001$ ), “Angry child” ( $\beta = -2.430$ ;  $p \leq 0.05$ ). **Conclusions:** severity of schemes and modes indices can play an important role in predicting relapse of socially dangerous act. This methods can be used to assess the violence risk severity as an additional one.

**Keywords:** risk of violence, insanity defense, court-ordered involuntary compulsory treatment, schema therapy

**Funding:** The study was carried out with the grant support of the Russian Scientific Foundation (project No. 23-78-01263 “Psychological drivers of violence risk in persons acquitted by reason of insanity”).

**For citation:** Vartanyan G.A., Surgutskiy E.D., Bragin D.A. Possibilities of Psychological Examination in Assessing of Violence Risk in Patients under Court-ordered Compulsory Medical Treatment. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(5):65–72. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-5-65-72>

## ВВЕДЕНИЕ

Оценка степени общественной опасности лиц, признанных невменяемыми, или, как отмечает В.Г. Булыгина [1], степени вероятности совершения лицом общественно опасного деяния с поправкой на его предполагаемую тяжесть, сложна и в мировой практике выполняется полипрофессиональной бригадой [2]. Согласно имеющимся данным, лишь одна десятая доля насилия, совершаемая пациентами, признанными судом невменяемыми, непосредственно связана с симптоматикой и динамикой заболевания [3]. В этой связи изучение вклада психологических факторов в поведении представляется актуальным [4].

Придерживаясь принципа рассмотрения развития человека в его биопсихосоциальной целостности, мы предлагаем рассмотреть возможности психологической оценки степени общественной опасности лиц, признанных невменяемыми, дополнительно к клиническому обследованию. Однако возникает вопрос об объекте таких обследований и о валидном психологическом инструментарии. Поскольку методы, используемые клиническими психологами при стандартных исследованиях, например, MMPI, не дают достаточной информации для оценки степени общественной опасности [5], альтернативой могут стать методы из доказательных психотерапевтических подходов. Одним из таких может быть схема-терапия (СТ), согласно которой в структуре личности имеются ранние схемы — чрезвычайно устойчивые структуры, формирующиеся в детстве, но развивающиеся в течение всей жизни и включающие в себя воспоминания, когниции, эмоции и телесные переживания. Схемы представляют собой специфические личностные особенности, определяющие индивидуальность человека [6], что сближает их с личностными чертами в психодинамическом смысле. Ранние дезадаптивные схемы (РДС) разделяют на позитивные и дезадаптивные. РДС формируются в результате воздействия травмирующего опыта в семье (значимом окружении), а из-за имплицитного и эго-синтонного характера схем взрослые нередко попадают в цикл ситуаций и обстоятельств, их подкрепляющих. РДС приводят к трудностям в эмоциональной регуляции, агрессивному

поведению, препятствуют формированию целостной идентичности.

Все РДС сгруппированы в 5 доменов, каждый из которых соответствует определенным неудовлетворенным потребностям развития: домен нарушения связи и отвержения; нарушенной автономии; нарушенных границ; направленности на других; сверхбдительности и подавления эмоций. Чрезмерная выраженность схем приводит к снижающим адаптацию реактивным эмоциональным, поведенческим и когнитивным реакциям — дисфункциональным режимам функционирования схем (ДРФС). Режимы распределены по нескольким группам: а) детские уязвимые, агрессивные и связанные с повышенной импульсивностью режимы; б) режимы, объединяющие стратегии защиты от активации РДС в виде капитуляции, избегания и гиперкомпенсации; в) режимы, связанные с интернализированным отношением значимых взрослых; г) адаптивные, или «здоровые режимы», при активации которых человек способен размышлять о себе, проявлять самосострадание и эмпатию, уважение к своим и чужим потребностям и принимать решения в своих интересах в долгосрочной перспективе. СТ главным образом сосредоточена на наращивании этих режимов. Подробнее о СТ и ее судебной версии можно прочитать в нашей статье [7].

В ряде эмпирических исследований обнаружена положительная взаимосвязь определенного набора РДС и ДРФС с различными видами агрессивности и насильственных действий. Исследования проведены на осужденных без психопатологии [8, 9] и лицах, признанных судом невменяемыми [10–12]. Отметим также, что в научной литературе и практике отечественными специалистами используется понятие «степень общественной опасности», тогда как зарубежными — частично синонимичное ему «риск насилия» (*risk of violence*). В настоящей работе мы оставляем за собой право использовать оба понятия как тождественные.

**Цель и задачи исследования** — изучить эффективность оценки степени общественной опасности лиц, признанных невменяемыми, с использованием нового психологического инструмента. С целью поиска валидного инструментария для психологического

обследования при оценке степени общественной опасности пациентов, признанных невменяемыми, изучены: 1) взаимосвязи степени общественной опасности с индивидуально-психологическими особенностями пациентов; 2) вклад индивидуально-психологических особенностей пациентов в степень общественной опасности.

## ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Программа исследования разработана в результате теоретического анализа современных научных публикаций. В качестве потенциальных драйверов общественной опасности выделены следующие проверяемые РДС: «Недоверие», «Недостаточность самоконтроля», «Привилегированность» и «Подавление эмоций» и следующие ДРФС: «Разъяренный ребенок», «Импульсивный ребенок» и «Агрессор».

Схема «Недоверие» относится к домену нарушения связи и отвержения и проявляется в постоянном ожидании человеком причинения ему другими людьми боли, унижения, обмана, злоупотребления и манипулирования им.

Схемы «Недостаточность самоконтроля» и «Привилегированность» относятся к домену нарушенных границ. Выраженность первой приводит к трудностям с контролем поведения и эмоций, проблемами с самодисциплиной и выполнением рутинных действий. Как следствие, человек действует импульсивно, не думая о последствиях. Такие личности характеризуются низкой толерантностью к фрустрации. Человек с выраженной схемой «Привилегированность» убежден в своем превосходстве, стремится к доминированию, достижению власти и контроля, вследствие чего нарушается адаптивное социальное взаимодействие.

Схема «Подавление эмоций» входит в домен сверхбдительности и проявляется в субъективной необходимости человека подавлять свои спонтанные желания, эмоции, чувства, опасаясь, что их проявление приведет к какой-либо потере (уважения, статуса), негативным последствиям (изоляция, нападение) или может навредить другим. В таком случае стоит запрет не только на проявления гнева и агрессии, но и на позитивные эмоции. Человеку с выраженной схемой сложно говорить о своих чувствах и как-либо их проявлять.

Режимы «Разъяренный ребенок» и «Импульсивный ребенок» входят в детские режимы — агрессивные и связанные с повышенной импульсивностью, соответственно. При активации режима «Разъяренный ребенок» гнев и ярость (появляющиеся в ответ на реальную или воображаемую угрозу, критику, несправедливость) импульсивно выходят из-под контроля, человек переходит к агрессивным действиям, может кричать, ломать предметы, нападать на других. При активации режима «Импульсивный ребенок» человек стремится немедленно, сиюминутно удовлетворить свои желания и потребности, не задумываясь о последствиях. Он ведет себя эгоистично,

требовательно, импульсивно, буквально как избалованный, капризный ребенок.

Режим «Агрессор» входит в дисфункциональные копинги гиперкомпенсации. В этом режиме человек целенаправленно и продуманно причиняет другим боль и вред, проявляя агрессию разных форм, и может получать садистическое удовольствие от этого.

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В эмпирические методы включены четыре инструмента: 1) авторская карта обследуемого — для сбора социально-демографических, клинических и юридических показателей. 2) «Опросник схем Янга — краткая третья версия» (Young Shema Questionnaire — Short Form Revised, сокр, YSQ-S3R. J. Young. 2005) в пер. П.М. Касьяника, Е.В. Романовой (2016) [6] — для оценки выраженности РДС. Методика обладает высокой внутренней согласованностью и поддерживаемой факторной структурой и может использоваться как на неклинической, так и на клинической выборке, включая лиц с расстройствами шизофренического спектра [13]. Методика включает в себя 90 утверждений, степень согласия с которыми обследуемый оценивает по шестибальной шкале Лайкерта в диапазоне от одного (абсолютно не соответствует) до шести (полностью соответствует). Методика находится в свободном доступе в сети «Интернет». 3) Опросник режимов функционирования схем (*Schema Mood Inventory*, сокр, SMI. J. Young. 2007) в пер. П.М. Касьяника, Е.В. Романовой (2013) [6]. Шкалы опросника обладают высокой внутренней согласованностью, а его психометрические свойства подтверждены в том числе на выборке людей с психическими расстройствами [14]. Вывод подтверждается на русскоязычной неклинической выборке [15]. Методика включает 124 утверждения, степень согласия с которыми ранжирована по 6-бальной шкале Лайкерта в диапазоне от одного (никогда) до шести (всегда). Методика находится в свободном доступе в сети «Интернет». Общее время заполнения двух методик занимало от 30 до 60 минут. 4) Руководство по оценке риска насилия (*Historical Clinical Risk Management Scales-20*, сокр, HCR-20 V2) — для оценки степени общественной опасности, созданное канадскими коллегами (К. Вебстер (C. Webster), К. Даглас (K. Douglas), Дерек Ивз (D. Eaves), С. Харт (S. Hart), 1997) и переведенное В.В. Ручкиным и М.В. Леонтьевой (2008). Руководство обладает достоверной прогностической значимостью и рассматривается как вспомогательное средство диагностики для структурирования процесса оценки риска насилия на основе статических и динамических факторов [16, 17]. Валидность руководства подтверждена рядом исследований, включая метааналитическое [18, 19]. Методика не находится в свободном доступе в сети «Интернет».

Математико-статистические методы обработки данных: 1) первичные описательные статистики (среднее значение, стандартное отклонение, медиана). Анализ

данных производили с помощью программы Microsoft Excel; 2) методы статистической обработки данных (критерий Колмогорова–Смирнова, ранговый коэффициент корреляции Спирмена, множественный регрессионный анализ по методам «Enter» и «Forward stepwise»). Анализ полученных данных производили в программе IBM SPSS Statistics (версия 23.0.0.0).

#### Этические аспекты

Участие в исследовании добровольное и конфиденциальное. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг. и одобрено Этическим комитетом Санкт-Петербургского психологического общества (протоколы № 26 от 22.11.2023 г., № 34 от 12.12.2024 г.). Со всеми респондентами была проведена информирующая беседа об исследовании, подписано информированное согласие на участие в нем.

#### Ethical aspects

Participation in the study is voluntary and confidential. This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024. The study was approved by the Ethics Committee of the St. Petersburg Psychological Society (Protocols No. 26 dated 11/22/2023 and No. 34 dated 12/12/2024). An informative conversation about the study was conducted with all respondents, and an informed consent was signed to participate in it.

#### Процедура исследования и этапы сбора данных

Респондентам присваивался идентификационный код. У всех участников была возможность получить обратную связь. Методики YSQ-S3R и SMI пациенты заполняли индивидуально или в мини-группах до пяти человек, заполнение актуарной методики HCR-20 V2 производила полипрофессиональная бригада, в которую входили психиатры, психотерапевты и клинические психологи отделений. сбор данных для авторской (индивидуальной) карты обследуемого осуществлял исследователь с использованием медицинских карт пациентов.

Специалисты учреждений, участвовавшие в исследовании, высоко оценили практическую ценность примененных методик. По их мнению, предложенные опросники дополняют существующие подходы к патопсихологическому обследованию, позволяя получить данные, которые согласуются с уже имеющимися клиническими наблюдениями и в то же время расширяют и углубляют представления о пациентах. Применение руководства по оценке риска насилия позволяет специалистам занять метапозицию при определении степени общественной опасности пациентов.

#### Выборка и база исследования

Исследование проведено на базе Санкт-Петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением и психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца г. Санкт-Петербурга.

Включение респондентов в выборку осуществлялось по следующим критериям: а) назначение

принудительного лечения по решению суда в результате совершенного ООД; б) возраст от 18 лет; в) добровольное согласие на участие в исследовании; г) отсутствие продуктивной симптоматики, признаков деменции и умственной отсталости умеренной, тяжелой и глубокой степеней выраженности. К участию в исследовании, согласно критериям включения, было отобрано и рекрутировано 189 респондентов. Из них 47 отказались от участия, а 5 были исключены в ходе проведения исследования из-за изменения психического состояния. Таким образом, прошли все этапы сбора данных 137 пациентов-мужчин в возрасте от 18 до 62 лет ( $M = 37,03$ ;  $SD = 9,65$ ).

#### Социально-демографические характеристики пациентов

Большинство пациентов получили только основное общее образование (43%,  $N = 59$ ), не были трудоустроены до госпитализации (74%,  $N = 123$ ), никогда не состояли в браке (65%,  $N = 89$ ), бездетны (81%,  $N = 111$ ).

#### Клинические характеристики пациентов

У большинства пациентов (80%,  $N = 110$ ) диагностировано расстройство шизофренического спектра, у 10,5% ( $N = 14$ ) пациентов — органические психические расстройства и у 9,5% ( $N = 13$ ) пациентов — умственная отсталость легкой степени, большинство имеет формальную критику к состоянию здоровья (59%,  $N = 81$ ).

#### Юридические характеристики пациентов

Больше половины пациентов (54%,  $N = 74$ ) совершили преступление против личности; 28% ( $N = 39$ ) — в сфере экономики; 12% ( $N = 16$ ) — против общественной безопасности; 4% ( $N = 6$ ) — против государственной власти; 2% ( $N = 2$ ) — против военной службы, Большинство пациентов (63%,  $N = 86$ ) ранее не привлекались к уголовной ответственности.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

#### Оценка риска насилия

Для пациентов характерно наличие почти половины факторов, составляющих общественную опасность — на это указывают средние и медианные значения общей шкалы опасности ( $M = 19,57$ ;  $SD = 7,92$ ;  $Me = 19$ ; при максимальных баллах по шкале 40). Однако распределение внутри факторов различается.

Наименьшей степенью выраженности обладают клинические факторы ( $M = 3,43$ ;  $SD = 2,52$ ;  $Me = 3$ ; при максимальных баллах по шкале 10). Из этого можно сделать вывод, что в течение предшествующего обследованию календарного года пациенты имели сохранную или формальную критику к своему состоянию, а также не испытывали выраженных проблем с агрессивностью, нестабильностью и другими критериями, связанными с симптоматикой.

Анамнестические факторы и факторы управления риском обладают равной степенью выраженности и преобладают над клиническими факторами. Значения анамнестических факторов ( $M = 10,89$ ;  $SD = 3,65$ ;

Me = 11; при максимальных баллах по шкале 20) свидетельствуют о том, что для большинства пациентов характерно наличие в прошлом проблем с актами насилия, просоциальной адаптацией на ранних этапах взросления и с соблюдением требований надзора в пениitenciарных учреждениях и/или психиатрических стационарах. В этих случаях отмечен ранний возраст совершения первого ООД, нестабильность личных отношений, трудоустройства, злоупотребление психоактивными веществами. Значения факторов управления риском (M = 5,25; SD = 2,78; Me = 5; при максимальных баллах по шкале 10) свидетельствуют о том, что большинство пациентов при выписке может столкнуться с нехваткой личной поддержки, сложной жизненной ситуацией и рядом стрессоров, негативно влияющих на осуществимость планов и приверженность лечению.

Таким образом, правомерно предположить, что большинство пациентов после отмены принудительного лечения могут совершить повторные ООД вследствие отягощенных анамнестических факторов и дефицита факторов управления риском.

#### Результаты корреляционного анализа

Первым шагом стала проверка общей гипотезы о том, что выделенные в результате теоретического анализа литературы РДС и ДРФС взаимосвязаны со степенью общественной опасности (в том числе с отдельными ее показателями). Интерпретация силы связи производилась с использованием статистической шкалы Чеддока (R.E. Chaddock). Очень слабые взаимосвязи не интерпретировались. Получены следующие надежные положительные взаимосвязи: а) РДС «Недостаточность самоконтроля» со степенью общественной опасности (общий балл по HCR-20) ( $r_s = 0,331; p \leq 0,001$ ) и ее клиническими признаками ( $r_s = 0,328; p \leq 0,001$ ); б) РДС «Недоверие» со степенью общественной опасности (общий балл по HCR-20) ( $r_s = 0,304; p \leq 0,001$ ) и ее анамнестическими признаками ( $r_s = 0,311; p \leq 0,001$ ). Стоит также отметить, что проверяемые РДС не являются выраженными (согласно нормативным данным по методике), а именно: «Недоверие» (M = 12,98; SD = 5,57; Me = 13), «Подавление эмоций» (M = 13,06; SD = 5,78; Me = 12), «Привилегированность» (M = 13,27; SD = 5,37; Me = 12), «Недостаточность самоконтроля» (M = 12,39; SD = 5,06; Me = 12). Выраженными схемами пациентов (согласно нормативным данным по методике) оказались «Жесткие стандарты/придирчивость» (M = 17,26; SD = 5,62; Me = 17) и «Поиск одобрения» (M = 16,61; SD = 5,89; Me = 17). Несмотря на то, что данные РДС не входили в гипотезу, мы проверили их взаимосвязь со степенью общественной опасности. Полученные взаимосвязи оказались надежными, но слабыми.

Получены надежные, но очень слабые взаимосвязи изучаемых ДРФС со степенью общественной опасности. Стоит также отметить, что проверяемые ДРФС не обладают высокой частотой активации (согласно нормативным данным по методике), а именно: «Разъяренный ребенок» (M = 1,75; SD = 0,89; Me = 1,4). «Импульсивный ребенок» (M = 2,43; SD = 0,91; Me = 2,2),

«Агрессор» (M = 2,48; SD = 0,83; Me = 2,3). Наибольшей частотой активации обладают здоровые режимы «Здоровый взрослый» (M = 4,49; SD = 0,76; Me = 4,5) и «Счастливый ребенок» (M = 4,02; SD = 0,8; Me = 4), что соотносится с результатами зарубежных исследований [10, 13].

#### Результаты регрессионного анализа

Вторым шагом стала проверка общей гипотезы о том, что РДС «Недостаточность самоконтроля», «Недоверие», «Привилегированность» и «Подавление эмоций», ДРФС «Разъяренный ребенок», «Импульсивный ребенок» и «Агрессор» вносят вклад в степень общественной опасности. Использован множественный регрессионный анализ по методу «Enter». Согласно полученным результатам, РДС «Недостаточность самоконтроля», «Недоверие», «Привилегированность» и «Подавление эмоций», ДРФС «Разъяренный ребенок», «Импульсивный ребенок» и «Агрессор»: а) имеют среднюю силу связи со степенью общественной опасности (R = 0,420; скорр. R<sup>2</sup> = 0,132) и ее анамнестическими признаками (R = 0,438; скорр. R<sup>2</sup> = 0,148); б) имеют слабую силу связи с клиническими признаками общественной опасности (R = 0,387; скорр. R<sup>2</sup> = 0,104) и факторами управления риском (R = 0,367; скорр. R<sup>2</sup> = 0,08). Таким образом, подтвердилось предположение о том, что исследуемые РДС и ДРФС вносят свой вклад в степень общественной опасности. Согласно полученным данным, процент изменчивости зависимой переменной в модели объясняется лишь небольшим процентом независимых переменных, в то время как подавляющая часть может быть объяснена факторами, не включенными в модель.

В этой связи с помощью метода последовательного включения переменных (*Forward stepwise*) отобраны показатели, которые вносят наибольший вклад в степень общественной опасности пациентов, находящихся на принудительном лечении. Результаты получены в пять этапов: 1) в качестве значимого предиктора выявлена РДС «Негативизм/пессимизм» ( $\beta = 0,573; p \leq 0,001$ ), 2) модель дополнена ДРФС «Отстраненный самоутешитель» ( $\beta = -1,570; p \leq 0,01$ ). РДС «Негативизм/пессимизм» сохранила свою значимость и положительный вклад в модель ( $\beta = 0,664; p \leq 0,001$ ). 3) Модель дополнена ДРФС «Разъяренный ребенок» ( $\beta = 2,612; p \leq 0,001$ ). На этом этапе были сохранены высокие уровни значимости предыдущих предикторов: РДС «Негативизм/пессимизм» ( $\beta = 0,587; p \leq 0,001$ ) и ДРФС «Отстраненный самоутешитель» ( $\beta = -2,556; p \leq 0,001$ ). 4) Модель дополнена РДС «Неуспешность» ( $\beta = 0,319; p \leq 0,05$ ). Включение данного предиктора привело к изменению коэффициентов прочих переменных: «Негативизм/пессимизм» ( $\beta = 0,475; p \leq 0,001$ ). «Отстраненный самоутешитель» ( $\beta = -2,684; p \leq 0,001$ ). «Разъяренный ребенок» ( $\beta = 2,243; p \leq 0,01$ ). 5) Модель дополнена ДРФС «Сердитый ребенок» ( $\beta = -2,430; p \leq 0,05$ ).

Так, финальная регрессионная модель включает пять значимых факторов. среди которых две РДС: «Негативизм/пессимизм» ( $\beta = 0,573; p \leq 0,001$ ),

«Неуспешность» ( $\beta = 0,331$ ;  $p \leq 0,01$ ) и три ДРФС: «Отстраненный самоутешитель» ( $\beta = -2,165$ ;  $p \leq 0,001$ ). «Разъяренный ребенок» ( $\beta = 3,327$ ;  $p \leq 0,001$ ). «Сердитый ребенок» ( $\beta = -2,430$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, большой риск совершения повторного ООД обнаружен у пациентов, сосредоточенных на негативных сторонах жизни, убежденных в своей неуспешности, подверженных аффективному реагированию. При этом смещение с негативных переживаний на отвлекающие, как правило, аддиктивного или компульсивного характера (ПАВ, игромания и т.п.), а также демонстрация гнева и ярости как реакция на реальную или воображаемую угрозу, критику, отвержение, невозможность получить желаемое, снижают риск повторного ООД. Последнее оказалось неожиданным для самих исследователей. Мы предполагаем, что такой результат может быть объясним временной стабилизацией психоэмоционального состояния пациентов после реализации компульсивных или аффективных реакций. Вместе с тем нельзя исключать, что пациенты с выраженными описанными стратегиями реагирования могли находиться под усиленным наблюдением и получать более интенсивную медицинскую помощь, что, в свою очередь, снижало риск совершения ООД.

#### Ограничения исследования

В выборку настоящего исследования вошли только мужчины. Поскольку профили общественной опасности различаются у мужчин и женщин (Gunenc, Fitton, Beazley, 2024), перспективным представляется изучение гендерного аспекта.

В выборку включены респонденты разного возраста — от 18 до 62 лет. Хотя требование к нормальному распределению соблюдено, а используемые методики не имеют возрастных рамок, представляется логичным выравнивание пропорций.

Неоднородность клинической характеристики по признаку нозологии. Проведение дополнительного сравнительного анализа в будущих исследованиях с выделением подгрупп респондентов по данному критерию может дать ценную информацию.

Пациенты при проведении обследования могут реагировать социально желательным образом. В дизайн исследования не были включены методы оценки искренности, а используемые методики не содержат шкал лжи. В дальнейших исследованиях возможно включение адаптированного на русскоязычной выборке опросника обмана Д. Паулюса *Paulhus Deception Scale*. Однако оптимальность использования подобных методов остается спорной [8].

Опросник SMI содержит в себе ряд утверждений, носящих провокационный характер (например, «Я могу так разозлиться, что готов убить кого-нибудь»). Мы предполагаем, что ограничение можно нивелировать включением шкалы наблюдения за частотой режимов функционирования схем *Mode Observation Scale* [12] и/или использованием появившейся недавно судебной версии опросника оценки частоты режимов *Schema Mode Inventory — Forensic* [20]. К сожалению,

в настоящее время ни одна из этих методик не апробирована на русскоязычной выборке.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для обследованных пациентов оказалось характерным наличие почти половины факторов, составляющих общественную опасность, при этом наименьшей степенью выраженности обладают клинические факторы, а анамнестические факторы и факторы управления риском доминируют над клиническими характеристиками. Установлено, что: 1) степень общественной опасности взаимосвязана с индивидуально-психологическими особенностями пациентов; 2) РДС и ДРФС вносят вклад в степень общественной опасности пациентов и отдельные ее признаки; 3) регрессионная модель указывает, что выраженность схем и режимов может играть важную роль в прогнозировании рецидива ООД. Предлагаемый набор методик может быть использован в качестве дополнительного в структуре психологического обследования при оценке степени общественной опасности пациентов, признанных невменяемыми.

Процент изменчивости зависимой переменной в модели объясняется независимыми переменными лишь небольшим эффектом, в то время как подавляющая часть может быть объяснена факторами, не включенными в модель, что требует дальнейших исследований. Кроме того, анализ взаимосвязей не позволяет установить направление эффекта и причинно-следственные связи (например, справедливым может быть эффект от схем и режимов к степени общественной опасности и наоборот). Указанное требует дальнейших лонгитюдных и экспериментальных исследований для проверки предположения о том, что выделенные схемы и режимы могут рассматриваться в качестве психологических драйверов общественной опасности лиц, признанных невменяемыми».

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Булыгина ВГ. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии. *Психолого-педагогические исследования*. 2011;3(1):1–12.  
Bulygina VG. Izmerenie riskov nasiliya v sudebnoj psihiatrii. *Psychological-Educational Studies*. 2011;3(1):1–12. (In Russ.).
2. Шадров ВВ. Современные подходы к оценке риска проявления насилия у психически больных. В кн.: Материалы Всероссийского конгресса с международным участием: современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. 2016;192–195.  
SHadrov VV. Sovremennye podhody k ocenke riska proyavleniya nasiliya u psihicheski bol'nyh. V kn.: Materialy Vserossijskogo kongressa s mezhdunarodnym uchastiem: sovremennye koncepcii rehabilitacii v psihonevrologii: otricanie otricaniya. 2016;192–195. (In Russ.).

3. Skeem JL, Manchak S, Peterson JK. Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law Hum. Behav.* 2010;35(2):110–126.
4. Макушкина ОА. Оценка риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2017;27(3):49–55.  
Makushkina OA. Risk assessment of socially dangerous behavior of persons with mental disorders. *Social and Clinical Psychiatry.* 2017;27(3):49–55. (In Russ.).
5. De Apodaca RF, Blake BT, Stevens LP. Risk Assessments in Violence and Sex Cases: Current. Practical Advice for Attorneys Employing Mental Health Experts. *Am. Int. J. Soc. Sci. Res.* 2015;4(1):13–20.
6. Схема-терапия. Практическое руководство: Пер. с англ. СПб. ООО «Диалектика». 2020:464. ил. Парал. тит. англ. ISBN 978-5-907203-40-2.  
Yang Dzh., Klosko Dzh., Vajskhaar M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press. 2003. pp. 436. ISBN: 1-57230-838-9: Sankt-Peterburg. Dialektika. 2020:446. ISBN: 978-5-907203-40-2. (In Russ.).
7. Сургутский ЕД, Вартанян ГА. Судебная схема-терапия: теоретические основания подхода. *Психология и право.* 2024;14(2):114–128. doi: 10.17759/psylaw.2024140209  
Surgutskij ED, Vartanyan GA. Forensic Schema Therapy: Theoretical Foundations. *Psychology and Law* 2024;14(2):114–128. (In Russ.). doi: 10.17759/psylaw.2024140209
8. Dunne AL, Gilbert F, Lee S, Daffern M. The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggress Behav.* 2018 May;44(3):246–256. doi: 10.1002/ab.21747. Epub 2018 Jan 25. PMID: 29368395.
9. Ohlsson IM, Ireland JL. Aggression motivation in prisoners: Association with cognitive and developmental differences. *Abuse: An International Impact Journal.* 2020;1(1):1–15. doi: 10.37576/abuse.2020.001
10. Chakhssi F, Bernstein D, De Ruiter C. Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders. *Leg. Criminol. Psychol.* 2014;19(2):356–372. doi: 10.1111/lcrp.12002
11. Keulen-de Vos ME, Bernstein DP, Vanstipelen S, de Vogel V, Lucker TPC, Slaats M, Arntz A. Schema modes in criminal and violent behavior of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study. *Leg. Criminol. Psychol.* 2016;21:56–76. doi: 10.1111/lcrp.12047
12. Lewis D, Dunne AL, Meyer D, Daffern M. Assessing Schema Modes Using Self- and Observer-Rated Instruments: Associations With Aggression. *J Interpers Violence.* 2021 Sep;36(17–18):NP9908–NP9929. doi: 10.1177/0886260519860088. Epub 2019 Jul 13. PMID: 31303102.
13. Phillips K, Brockman R, Bailey PE, Kneebone II. Young Schema Questionnaire — Short Form Version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults. *Aging Ment Health.* 2019 Jan;23(1):140–147. doi: 10.1080/13607863.2017.1396579. Epub 2017 Nov 10. PMID: 29125326.
14. Lobbetael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav Cogn Psychother.* 2010 Jul;38(4):437–58. doi: 10.1017/S1352465810000226. Epub 2010 May 21. PMID: 20487590.
15. Галимзянова МВ, Касьяник ПМ, Романова ЕВ. Выраженность ранних дезадаптивных схем и режимов функционирования схем у мужчин и женщин в период ранней, средней и поздней взрослости. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология.* 2016;3:109–125. doi: 10.21638/11701/spbu16.2016.310  
Galimzyanova MV, Kas'yanik PM, Romanova EV. Early maladaptive schemas and schema modes of men and women in different stages of adulthood. *Vestnik of St. Petersburg University. Psychology.* 2016;3:109–125. (In Russ.). doi: 10.21638/11701/spbu16.2016.310
16. Douglas KS, Otto RK. Handbook of violence risk assessment. Routledge. 2021:495.
17. Skeem JL, Monahan J. Current directions in violence risk assessment. *Current directions in psychological science.* 2011;20(1):38–42. URL: <http://ssrn.com/abstract=1793193>
18. Булыгина ВГ, Дубинский АА, Токарева ГМ, Лысенко НЕ. Взаимосвязь между факторами риска насилия и защитными факторами у психически больных с криминальным анамнезом. *Психология и право.* 2016;6(1):105–119. doi: 10.17759/psylaw.2016060109  
Bulygina VG, Dubinskij AA, Tokareva GM, Lysenko NE. The relationship between violence risk factors and protective factors among mentally ill offenders. *Psychology and Law.* 2016;6(1):105–119. (In Russ.). doi: 10.17759/psylaw.2016060109
19. Douglas KS, Guy LS, Reeves KA, Weir J. (2005). HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. Available online: <http://kdouglas.files.wordpress.com/2006/04/annotate10-24nov2008.pdf> Originally published in 2005. Current version updated through November 2008.
20. Soygüt G, Gülüm V, Ersayan AE, Lobbetael J, Bernstein DP. A preliminary psychometric study of the Turkish Schema mode inventory-forensic (SMI-F). *Current Psychology.* 2021;1–12. doi: 10.1007/s12144-021-02436-6

**Сведения об авторах**

*Гаяне Аршалуисовна Вартамян*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

g.vartanyan@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6266-4713>

*Евгений Денисович Сургутский*, младший научный сотрудник, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

e.surgutsky@spbu.ru; <https://orcid.org/0009-0002-2381-8537>

*Дмитрий Алексеевич Брагин*, заведующий психологической службой, СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, Россия

bragin.mail@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8933-4696>

**Information about the authors**

*Gayane A. Vartanyan*, Cand. Sci. (Psychol.), Senior Researcher, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

g.vartanyan@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6266-4713>

*Evgenii D. Surgutskii*, Junior Researcher, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

e.surgutsky@spbu.ru; <https://orcid.org/0009-0002-2381-8537>

*Dmitry A. Bragin*, Head of Psychological Service, Psychiatric Hospital of St. Nicholas the Wonderworker, St. Petersburg, Russia

bragin.mail@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8933-4696>

**Вклад авторов**

*Вартамян Г.А.* — концептуализация, методология, формальный анализ, создание рукописи и ее редактирование, визуализация, руководство исследованием, администрирование проекта, получение финансирования;

*Сургутский Е.Д.* — концептуализация, методология, проведение исследования, редактирование рукописи;

*Брагин Д.А.* — ресурсы.

**Authors' contributions**

*Gayane A. Vartanyan* — conceptualization, methodology, formal analysis, writing — review & editing, visualization, supervision, project administration, funding acquisition;

*Evgenii D. Surgutskii* — conceptualization, methodology, investigation, writing — review & editing;

*Dmitry A. Bragin* — resources.

**Конфликт интересов/Conflict of interests**

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflict of interests.*

**Благодарность**

Благодарим специалистов Санкт-Петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, а также психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца.

**Aknowledgements**

We thank the specialists of the St. Petersburg Psychiatric Hospital of Specialized Type with Intense Observation as well as the Psychiatric Hospital of St. Nicholas the Wonderworker.

Дата поступления 27.03.2025  
Received 27.03.2025

Дата рецензирования 16.07.2025  
Revised 16.07.2025

Дата принятия к публикации 22.07.2025  
Accepted for publication 22.07.2025