

# Измерение рисков насилия в судебной психиатрии

*В.Г. Булыгина,*

*руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского ver210@yandex.ru*

---

В статье раскрывается понимание зарубежными судебными психиатрами термина «риск насилия», который иногда переводится как «риск совершения агрессивных поступков». Обсуждаются причины нерешенности проблемы успешного прогнозирования общественно опасных деяний (ООД) пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. Рассматриваются клинические, юридические и методологические аспекты проблемы оценки рисков: измерение рисков насилия представляет собой комплексный анализ множества источников информации о различных характеристиках пациента и его жизненных обстоятельствах. Обсуждается надежность таких прогнозов. Описываются общие и специализированные цели измерения риска насилия. Приводится перечень характеристик, которые используются профессионалами при оценке риска насилия. Дается краткое описание достоинств и недостатков существующих в настоящее время двух подходов к оценке риска – дискреционного и недискреционного.

**Ключевые слова:** измерение риска насилия, психически больные люди, совершившие ООД, актуарные инструменты, точность прогноза, клиническое суждение, дискреционный и недискреционный подходы.

---

Использование понятия «опасность лиц с психическими расстройствами» в уголовном законодательстве и в законодательстве о психиатрической помощи делает его значимым для правовых и психиатрических решений. По мнению С.Н.Шишкова, общественную опасность лица, страдающего психическим расстройством, следует понимать как высокую степень вероятности совершения больным нового общественно опасного деяния. Соответственно, чем выше вероятность его совершения и чем тяжелее предполагаемый деликт, тем выше степень общественной опасности больного [3; 4].

В зарубежной судебно-психиатрической литературе понятие «общественная опасность» используется не столь часто. Более распространено употребление термина «риск насилия», который иногда переводится на русский язык как «риск совершения агрессивных поступков». Несмотря на разницу в используемых терминах проблема общественной опасности требует анализа целого ряда проблем: содержания такой опасности, а также ее прогнозирования с выявлением факторов риска общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами [2; 9; 13; 16].

Оценка риска вовлечения больных в серьезные инциденты (или риска насилия) по-прежнему важна для практики принудительного лечения (ПЛ) в психиатрическом стационаре. Точность прогноза необходима для повышения эффективности управления такими пациентами на уровне превентивных мероприятий и во время кризисных вмешательств.

Как в нашей стране, так и за рубежом основой для решения вопроса о выписке из психиатрического стационара пациентов с признаками общественной опасности (в прошлом) является хороший социальный прогноз. Однако если в отечественной психиатрии надежность таких прогнозов в последнее десятилетие практически не изучалась, то в зарубежной литературе ей уделяется большое внимание [5–17]. Несмотря на это до последнего времени проблема успешного прогнозирования общественно опасных деяний (ООД), совершаемых пациентами с тяжелыми психическими расстройствами, во всем мире остается далекой от своего разрешения.

Основные причины «открытости» проблемы оценки рисков:

- 1) относительно низкая частота повторных ООД в «психотическом» состоянии;
- 2) существование различных подходов к пониманию «психического расстройства, обуславливающего невменяемость» в различных системах уголовного права;
- 3) неопределенность таких понятий, как «рецидив опасного поведения» и «хороший исход», для лиц с психическими расстройствами, совершившими ООД;
- 4) отсутствие единого понимания того, какие предикторы необходимо использовать при определении риска повторного ООД.

Практика и научные исследования последних лет продемонстрировали, что инциденты или нарушения режима во время принудительного лечения (ПЛ) не могут прогнозироваться теми же самыми параметрами, которые используются для прогноза повторных случаев антисоциального поведения уже после прекращения ПЛ [14; 15; 17]. Кроме этого, способность больных справляться с агрессивными импульсами зависит не только от сочетания их индивидуально-психологических характеристик и текущего клинического состояния – сами пациенты считают, что внешние факторы более важны в сдерживании их поведения.

Таким образом, поиск более дифференцированных критериев оценки общественной опасности, а также психологических переменных, по которым можно было бы с большей точностью прогнозировать риск агрессивного поведения больных в стационаре и оценивать возможность рецидива после прекращения принудительного лечения (ПЛ), по-прежнему остается актуальной научно-практической задачей.

Что такое «измерение рисков»? Это определение возможной угрозы или управление этой угрозой. Измерение рисков играет существенную роль в принятии решений в клинической, криминологической и судебной практиках.

Определение рисков необходимо для соблюдения общественного порядка, для обеспечения надзора и гарантии прав пациентов, для их поддержки после выписки из стационара, для институционального и общественного управления, предупреждения и регистрации насилия [8; 9].

Важно подчеркнуть, что угроза или опасность угрозы могут быть предсказаны только с определенной долей вероятности.

Оценка риска включает в себя определение его характера, степени тяжести, повторяемости, неминуемости (угрозы), вероятности, а не только возможности, вреда. Измерение рисков насилия представляет собой комплексный анализ множества источников информации о различных характеристиках пациента и о его жизненных обстоятельствах, цель которого – ответить на следующие вопросы о характере, степени тяжести, повторяемости, неминуемости и вероятности насилия.

- Характер насилия – какой тип насилия?
- Степень тяжести насилия – насколько сильная?
- Повторяемость насилия – насколько часто?
- Неминуемость насилия – как скоро?
- Вероятность насилия – с какой вероятностью?

Таким образом, в практической деятельности измерение рисков – это сбор информации, которая помогает при принятии решений. Этот вид диагностической деятельности является всегда своего рода индивидуализированным расследованием. И в таком понимании оценка риска не просто обеспечивает возможность осуществления прогноза или постановки диагноза и не исчерпывается рассмотрением набора пунктов теста или факторов риска, выделенных для оценки.

Иными словами, измерение риска насилия – это всегда оценка людей с целью охарактеризовать риск и определить, что именно приведет их к совершению насилия в будущем. Конечная цель подобного рода оценки – разработка мер или мероприятий, которые помогут управлять насилием или редуцировать риск насилия.

Выделяют также следующие специализированные цели измерения риска насилия:

1) управление любыми видами вмешательств (антикризисными, терапевтическими, коррекционными и др.). Эта цель в настоящее время провозглашается лидерами «ванкуверской школы» как основная стратегическая направляющая при использовании всех современных зарубежных инструментов риска [6; 10; 11; 17];

2) совершенствование обоснованности и последовательности экспертных решений;

3) дальнейшее осуществление задачи унификации и преемственности решений;

4) защита гражданских прав правонарушителей;

5) защита экспертов от обвинений.

Сложности любого вида оценок риска обусловлены сложностью оцениваемой феноменологии, комплексностью самих социально-демографических, индивидуально-психологических, клинико-психопатологических, криминологических характеристик.

На практике перечень характеристик, которые используются профессионалами при оценке риска насилия, зависит от следующих обстоятельств:

- кто производит оценку – практик или исследователь, новичок или эксперт;
- оценка является контекстуальной или свободной от контекста (по конкретному делу);
- каков расчет по времени – стационарирование или выписка;
- оценка осуществляется на данный момент или является континуальной;
- какие используются данные – беседы с испытуемым, параметрические исследования или записи в медицинской документации;
- какова длительность прогноза – время оценки риска исчисляется неделями, месяцами или годами;
- мониторинг факторов риска является постоянным или поэтапным;
- в качестве индексов точности используются данные о других пациентах или нормативная выборка.

В настоящее время существуют два подхода к оценке риска: дискреционный (по своему усмотрению, суждению) и недискреционный, или актуарный (основанный на статистическом расчете вероятности).

При дискреционном принятии решений информация собирается, взвешивается и комбинируется по усмотрению эксперта (интуитивно, неформально). То есть предполагается отсутствие или ограничение структуры как в процессе оценивания, так и в процессе принятия решения.

Дискреционный путь оценки риска включает в себя три основных вида анализа: неструктурированное суждение, анамнестическую оценку и структурированное суждение. По сути, дискреционное принятие решений – это решение о том, что нужно делать с конкретным человеком.

Необходимо отметить следующие недостатки дискреционного подхода:

- 1) основания для суждений могут быть неясны;
- 2) суждения могут зависеть от авторитетных мнений;
- 3) суждения могут быть неточными;
- 4) могут быть упущены из виду динамические аспекты риска;
- 5) суждения имеют бедное эмпирическое подтверждение;
- 6) суждения характеризуются низкой степенью согласованности (достоверности, надежности);
- 7) суждения характеризуются низкой точностью (валидностью).

При недискреционном принятии решений информация собирается, взвешивается и компонуется в соответствии с зафиксированными и подробно разработанными правилами. Такой подход предполагает выработку четких алгоритмов оценки, поэтому ему отчасти присущи формалистичность и механистичность.

Недискреционный подход включает в себя два основных типа анализа: 1) актуарное использование психологических тестов, 2) актуарное использование инструментов измерения риска. В основе подхода лежит положение о жесткой структуре в отношении как всех измеряемых процессов, так и всех принимаемых решений.

Недискреционное принятие решений – это решение о том, что конкретный человек будет делать.

Актуарные методы имеют следующие недостатки:

1. оптимизация процесса принятия решения закономерно редуцирует генерализованность. То есть актуарные методы могут не работать так же хорошо с определенными целевыми группами, данными или последствиями;
2. при таком подходе невозможно охватить всю феноменологию, что неизбежно приводит к игнорированию индивидуальных обстоятельств;
3. не устраняется необходимость в «реальных» измерениях. То есть без обследования пациента невозможно использование актуарных инструментов оценки риска;
4. в большинстве случаев при оценке основное внимание уделяется анализу статистических факторов;
5. несмотря на формализацию процесса принятия решения по-прежнему его инструменты опираются на профессиональное суждение – специалист решает, какие шкалы использовать и как интерпретировать массив данных;
6. эмпирическая поддержка актуарных методов преувеличена. Самое внушительное исследование факторов оценки риска насилия было сделано Д.Монаханом в 2003 г., когда было обследовано 1100 человек [13];
7. инструменты не адресованы к основным релевантным юридическим проблемам;
8. этот подход не помогает пользователям в определении наличия психического расстройства или роли психического расстройства в агрессивном поведении.

Последний недостаток, на наш взгляд, – самый серьезный.

В мировой судебно-психиатрической практике существуют два подхода к оценке риска внутрибольничной агрессии.

Один подход предлагает предварительное использование контрольных списков (или проверочных листов), и если больной представляет потенциальную опасность, то далее осуществляется более детальная оценка риска.

Другой подход предполагает полный анализ истории болезни с акцентом на динамику психического состояния, характер и степень алкоголизации и/или наркотизации, социальное функционирование. При этом особое внимание обращается на любые прошлые насильственные действия, на анализ обстоятельств, в которых они возникли, на выделение любых ранних признаков возникновения агрессивных проявлений и, что важно, любых эффективных способов вмешательств, которые предотвратили насилие.

Использование методов неструктурированного клинического обследования для оценки риска проявления насилия в стационаре критикуют по тем же причинам, что и весь дискреционный подход: за низкую надежность оценок различных экспертов, низкую валидность и невозможность точно определить процесс принятия специалистом решения о высокой вероятности риска насилия. Однако есть и контраргументы: клинические методы оценки имеют преимущество, поскольку они более гибки и акцент в них делается на предотвращении насилия. Клинические подходы, если они сосредоточены на механизмах, посредством которых насилие проявляется, могут повысить валидность оценки риска.

В то же время экспериментальная проверка дискуссии о преимуществах клинического или статистического подходов подтвердила, что статистические количественные оценки были лучше, чем субъективные клинические, а последние были лучше, чем случайный прогноз. Также было показано, что точность прогноза можно повысить в том случае, если врачи учитывают условия, в которых их пациенты прибегают к насилию. При этом согласованные членами многопрофильной бригады предикторы риска соответствовали перечню прогностических факторов, составленному на основе статистических расчетов за тот же период времени [14].

Какие же доводы можно привести в пользу статистических методов при оценке риска насилия в стационарах? Эти методы позволяют клиницистам принять решение, основанное на данных, которые могут быть зашифрованы заранее оговоренным способом. Вне зависимости от стажа работы и уровня компетенций различных специалистов их решения принимаются в соответствии с правилами. При этом профессионалы сосредотачиваются на относительно небольшом количестве факторов риска, которые известны или предполагаются, чтобы предсказать проявление насилия в определенных условиях и у определенных индивидов. Одновременно справедливы заявления о том, что статистические методы имеют тенденцию игнорировать индивидуальные отклонения в риске, чрезмерно сосредоточиваться на относительно стабильных переменных, не отдавать приоритет клинически значимым характеристикам и сводить к минимуму роль клинического мышления.

На наш взгляд, компромисс можно найти в применении структурированной клинической оценки, представляющей собой сочетание эмпирических знаний и профессионального клинического опыта. Сторонники этой модели утверждают, что точность клинического прогноза в отношении риска проявления насилия можно значительно повысить в следую-

щих случаях: 1) если оценка осуществляется с помощью утвержденной схемы с четкими определениями; 2) существует достаточная согласованность между экспертами благодаря их подготовке, знаниям и опыту; 3) прогноз составляется для определенного типа поведения в течение установленного периода; 4) насильственные действия можно обнаружить и зарегистрировать; 5) доступна вся относящаяся к делу объективно подтвержденная информация [1; 5; 6; 16].

Поэтому не столь важно, какой подход – дискреционный (интуитивный) или недискреционный (статистический) – мы используем при оценке риска насилия. А принципиально то, как мы объединяем сильные стороны этих двух подходов. Очевидно, что мы нуждаемся в процедурах, которые, во-первых, были бы научно обоснованы и при этом учитывали профессиональную и юридическую точки зрения, и, во-вторых, были бы структурированы и при этом достаточно гибки и податливы в отношении уникальности каждого случая.

Немецкие коллеги оперируют понятием «многопрофильная оценка риска насилия» [15]. При таком подходе ни одна профессиональная группа не имеет монопольного права на знания, необходимые для оценки риска, поэтому каждый должен вносить соответствующий вклад. Текущее поведение в больнице, социальные условия, психическое состояние, оценки особенностей личности и уровня интеллекта, а также, больше всего, тщательно собранный анамнез имеют определяющее значение. Эта же идея была лидирующей на последнем конгрессе Международной ассоциации судебно-психиатрических служб. Так, С.Харт и К.Логан подчеркивали обязательность проведения оценки риска коллегиально всеми членами полипрофессиональной бригады [6; 8].

Предикторы насилия должны подтверждаться тщательным изучением биографии обследуемого, данными об основных стратегиях преодоления проблем, уровне переносимости фрустрации, количестве и качестве личностных психотравмирующих факторов, прошлых эпизодов насилия. На наш взгляд, не принципиально, из каких источников будут получены эти данные – из клинической беседы, интервью, проведенного и записанного психологом или врачом, проверочных листов, психологических тестов.

На основании многочисленных литературных источников и личных бесед с создателями и потребителями инструментов оценки риска можно сделать следующие выводы.

На современном этапе развития инструментов риск правонарушения можно измерять надежным и испытанным способом.

Риск может и должен быть оценен различными способами или путями.

Измерение риска насилия в среднем столь же хорошо (пригодно), как и большинство других предсказаний.

Вне зависимости от уровня методической оснащенности оценок риска насилия невозможно следующее:

сделать специфическое предсказание правонарушения для конкретного индивидуума с высокой степенью научной точности и определенности;

точно знать риск. Мы только оцениваем его, принимая во внимание определенные обстоятельства.

При изучении, создании и адаптации инструментов оценки риска вселяет оптимизм то обстоятельство, что несмотря на различие в методиках и способах оценки риска имеется согласие по ряду следующих к л ю ч е в ы х м о м е н т о в.

1. Не существует прямых или кратчайших путей для измерения риска.
2. Выбор инструментов должен быть систематичным и продуманным процессом.
3. Доступные средства измерения риска как предсказательные инструменты имеют серьезные ограничения.
4. Множественность источников для правильной оценки очень важна.
5. Слишком большая надежда на какой-либо метод делает надежность прогноза весьма проблематичной.
6. Измерение рисков должно иметь временные рамки (правонарушение возможно в следующие несколько дней, месяцев или когда-либо вообще).
7. В результате измерения рисков профессионалы должны представить себе обстоятельства, при которых тот больной, который, например, склонен к нанесению оскорблений или физической агрессии, или объединению асоциальных больных в группы и неповиновениям, скорее всего, будет заново делать это внутри отделения (например: в отсутствие врача, в результате ограничительных мер в отделении и прочее).
8. Консультирование с коллегами, которые работают в одной команде, улучшает шансы на измерение рисков.
9. Специалисты-практики должны быть обучены и натренированы в использовании инструментов оценки риска, должны быть осведомлены о законных параметрах их измерений и подготовлены к тому, чтобы разрабатывать и предлагать планы для управления риском насилия.

Из вышесказанного вытекают определенные организационные выводы. Хорошая оценка риска требует доступа к информации хорошего качества из широкого диапазона источников. Подробные записи в истории болезни, листах наблюдения, протоколы ведения тренингов, психокоррекционных и психотерапевтических занятий должны быть доступны всем специалистам, занимающимся лечением психически больных правонарушителей. Стандартизация протоколов ведения больных без ущерба для их содержательной стороны по-прежнему остается серьезной нерешенной проблемой.



В заключении следует подчеркнуть, что измерение риска насилия всегда контекстуально. Невозможно точно посчитать степень риска совершения насилия (или правонарушения) для конкретного человека. Можно только оценить этот риск при различных обстоятельствах, учитывая институализацию, учитывая выписку из стационара и освобождение от наблюдения, учитывая отсутствие лечения зависимостей (алкоголизма) во время ПЛ. Оценки риска, базирующиеся на всех конкретных связях и условиях, более реалистичны, чем абсолютные или вероятностные оценки.

## Литература

1. Воронин В.С., Булыгина В.Г. Проблема оценки риска внутрибольничной агрессии // Проблемы профилактики общественной опасности психически больных: Сб. науч. трудов / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.П.Котова. М. –Троицкое, 2007.
2. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М., 1995.
3. Полубинская С.В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, при назначении принудительных мер медицинского характера: понятие «социальный прогноз» // Проблемы профилактики общественной опасности психически больных: Сб. науч. трудов / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.П.Котова. М.–Троицкое, 2007.
4. Шишков С.Н. Правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. М. 1987.
5. Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P. at al. Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons with Mental Disorders // Psychiatr Serv. 2005. V. 56.
6. Alfarnes S. A. Risk Assessment of Violence in the Psychiatry // Norwegian Journal of Psychology. 2003. V.40.
7. Banks S., Robbins P.C., Silver E., Vesselinov R., Steadman H.J., Monahan J., Mulvey E.P., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H. A Multiple-models Approach to Violence Risk Assessment among People with Mental Disorder // Criminal Justice and Behaviour. 2004. V. 31.
8. Buchanan A. Risk of Violence by Psychiatric Patients: Beyond the «Actuarial Versus Clinical» Assessment // Psychiatr Serv. 2008. V. 59.
9. Grann M., Långström N., Yourstone J. SBU-report. Risk Assessment of Violence in the Psychiatry // Is it Possible to Make Risk Assessments? A Metaanalysis. Social Governmental Department, Sweden, 2005.
10. Greg A., Robert A. Incarceration, Homelessness, and Mental Health: A National Study // Psychiatr Serv. 2008. V.59.
11. Hare R. D., Clark D., Grann M., Thornton D. Psychopathy and the Predictive Validity of the PCL-R: an International Perspective // Behaviour Science Law. 2000. V. 18.

12. Hodgins S. Persistent Violent Offending: What do We Know? // *The British Journal of Psychiatry*. 2007. V. 190.
13. Monahan J. Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk Advan // *Psychiatr. Treat.* 2007. V. 13.
14. Mulvey E.P., Lidz Ch.W. Conditional Prediction: A Model for Research on Dangerousness to Others in a New Era // *International Journal of Law and Psychiatry*. 1995. Vol. 18. № 2.
15. Stadtland C, Nedopil N. Aspects of Basic Management of Offenders with Mental Disorders Martin Humphreys/ *Violence in clinical psychiatry*. Amsterdam. 2005. V. 76.
16. Steadman H., Robbins P.C. Revalidating the Brief Jail Mental Health Screen to Increase Accuracy for Women // *Psychiatr. Serv.* 2007. V. 58.
17. Webster C., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. *Assessing Risk for Violence*. Simon Fraser University, 1997.

# Measuring the Risk of Violence in Forensic Psychiatry

*V.G. Bulygina,*

*Head of the Laboratory of Psychological Problems of Forensic Psychiatric Prophylaxis, V.P Serbsky State Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, ver210@yandex.ru*

---

The article describes the understanding of the term "risk of violence" by foreign forensic psychiatrists, which sometimes is translated as "the risk of aggressive actions". The reasons for the existing problem of successful prediction of socially dangerous acts (SDAs) in patients with severe mental disorders are discussed. The following aspects of risk assessment were considered: clinical, legal and methodological. The risk of violence assessment is a complex analysis of multiple sources of information on various characteristics of the patient and his/her life circumstances. The issue of reliability of such forecasts is discussed. The general and specific goals of violence risk assessment are described. A list of characteristics used by professionals in assessing the risk of violence is provided. Brief description of the strengths and weaknesses of the two approaches currently existing in the field of risk assessment: discretionary and non-discretionary, is provided.

Keywords: risk of violence assessment, mentally ill individuals who committed SDA, actuarial tools, forecast accuracy, clinical judgment, discretionary and non-discretionary approaches.

---

## References

1. Voronin V.S., Bulygina V.G. Problema ocenki riska vnutribol'nichnoi agressii // Problemy profilaktiki obshestvennoi opasnosti psihicheski bol'nyh: Sb. nauch.trudov/ Pod red. T.B.Dmitrievoi, V.P.Kotova. M. ?Troickoe, 2007.
2. Mal'ceva M.M., Kotov V.P. Opasnye deistviya psihicheski bol'nyh. M., 1995.
3. Polubinskaya S.V. Opasnost' lic, stradayushih psihicheskimi rasstroistvami, pri naznachenii prinuditel'nyh mer medicinskogo haraktera: ponyatie ?social'nyi prognoz? // Problemy profilaktiki obshestvennoi opasnosti psihicheski bol'nyh: Sb. nauch. trudov / Pod red. T.B.Dmitrievoi, V.P.Kotova. M.?Troickoe,2007.
4. Shishkov S.N. Pravovye aspekty primeneniya prinuditel'nyh mer medicinskogo haraktera // Prinuditel'noe lechenie v sisteme profilaktiki obshestvenno opasnyh deistvii psihicheski bol'nyh. M. 1987.
5. Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P. at al. Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons with Mental Disorders // Psychiatr Serv. 2005. V. 56.

6. Alfarnes S. A. Risk Assessment of Violence in the Psychiatry // Norwegian Journal of Psychology. 2003. V.40.
7. Banks S., Robbins P.C., Silver E., Vesselinov R., Steadman H.J., Monahan J., Mulvey E.P., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H. A Multiple-models Approach to Violence Risk Assessment among People with Mental Disorder// Criminal Justice and Behaviour. 2004. V. 31.
8. Buchanan A. Risk of Violence by Psychiatric Patients: Beyond the «Actuarial Versus Clinical» Assessment // Psychiatr Serv. 2008. V. 59.
9. Grann M., Långström N., Yourstone J. SBU-report. Risk Assessment of Violence in the Psychiatry //Is it Possible to Make Risk Assessments? A Methaanalyzis. Social Governmental Department, Sweden, 2005.
10. Greg A., Robert A. Incarceration, Homelessness, and Mental Health: A National Study// Psychiatr Serv.2008. V.59.
11. Hare R. D., Clark D., Grann M., Thornton D. Psychopathy and the Predictive Validity of the PCL-R: an International Perspective // Behaviour Science Law. 2000. V. 18.
12. Hodgins S. Persistent Violent Offending: What do We Know? // *The British Journal of Psychiatry*. 2007. V. 190.
13. Monahan J. Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk Advan // Psychiatr. Treat. 2007. V. 13.
14. Mulvey E.P., Lidz Ch.W. Conditional Prediction: A Model for Research on Dangerousness to Others in a New Era // International Journal of Law and Psychiatry. 1995. Vol. 18. № 2.
15. Stadtland C, Nedopil N. Aspects of Basic Management of Offenders with Mental Disorders Martin Humphreys/ Violence in clinical psychiatry.Amsterdam. 2005. V. 76.
16. Steadman H., Robbins P.C. Revalidating the Brief Jail Mental Health Screen to Increase Accuracy for Women // Psychiatr. Serv. 2007. V. 58.
17. Webster C., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. Assessing Risk for Violence. Simon Fraser University, 1997.