

## **Проблема совершенствования прогноза риска насилия**

Альфарнес С.А.

Остфольская психиатрическая команда стационара специализированного типа (Осло,  
Норвегия)

Булыгина В.Г.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии  
им. В.П. Сербского (Москва)

Улучшение валидности оценок риска насилия или вероятности совершения агрессивных деликтов психически больными очень сложный процесс. В настоящее время существует несколько подходов в создании и освоении инструментов оценки риска. В одних случаях ученые делают обзор всех существующих исследований риска агрессивного поведения и выделяют все описанные авторами переменные. Затем с помощью различных статистических и исследовательских стратегий и методов выделяют основные факторы риска. В других подходах анализируются данные о лицах, совершивших определенные виды агрессивно-насильственных правонарушений, и на основании анамнестических данных также могут быть выделены факторы риска. Также распространенной научной практикой являются катанестические исследования, когда оценивают верность сделанных клиницистами прогнозов спустя год или два после проведенного измерения.

Несмотря на то, что история создания инструментов оценки риска за рубежом насчитывает более 40 лет, в российской судебно-психиатрической экспертной и клинической практике не используются зарубежные методы и не создаются оригинальные. Сложившуюся ситуацию можно объяснить рядом причин. Ознакомление с зарубежными инструментами оценки риска вне контекста теоретических концептов и процедур получения эмпирических данных, скорее

дискредитирует эти инструменты. Многие положения и факторы риска для отечественных психиатров выглядят как нелепая комбинация переменных. Так, у российских судебных психиатров, «воспитанных» на синдромологическом анализе психопатологии, вызывают недоумение выводы МакАртуровского исследования, проведенного под руководством Монахана (The MacArthur Study) о негативной связи между шизофренией и насилием (Monahan, 1984). Хотя, на самом деле, авторы не оговорили, преобладали ли в клинической картине пациентов позитивные, или, напротив, негативные симптомы? Очевидно, что профиль риска будет различным у психиатрических пациентов, например, пролеченных должным образом и тех больных, у которых нет активной продуктивной симптоматики в анамнезе (Bjorkly, 2001; Appelbaum et al., 2000).

В 60-70-годы клиницисты доверяли себе как инструментам, и показатель предсказательной точности таких прогнозов был около 0,33, что было менее точным, чем точность прогноза при подбрасывании монеты. В 2005 году Граном с коллегами (Grann et al., 2005) было указано, что вероятность прогноза должна быть около 70-75%, чтобы получить истинно позитивный результат. В противном случае будет увеличиваться риск принятия неверных профессиональных решений.

В связи с этим приобрел особую важность вопрос о том, каким образом клиницисты-практики и исследователи могут совершенствовать свои профессиональные способности, чтобы делать более успешные и точные оценки и прогнозы? Ведь специалисты, занимающиеся оценкой риска насилия, все равно опираются на текущую информацию. Соответственно риск принятия неверных решений на ранних этапах курирования больных достаточно велик. Именно стандартизированные процедуры, в долгосрочной перспективе, повысят качество процесса оценки, начиная от интервьюирования пациента, получения сопутствующей информации и заканчивая групповыми показателями. Если участникам такой «оценочной работы» будет предоставлено лучшее понимание своих компетенций, что приведет к усилению чувства контроля, то профессионалы будут более эффективно взаимодействовать в команде. Разрабатывать же творческие подходы к оценке риска насилия и управления риском в действительности дело различных клиник и профессионалов.

В итоге, несмотря на признаваемые большинством создателей инструментов оценки риска недостатки, существует множество доводов в пользу их использования и выработки собственных стратегий прогноза. Совершенствуя свои профессиональные способности, чтобы делать более успешные и точные оценки и прогнозы, профессионалы могут выработать общий «оценочный язык», упростить взаимодействие и с внешними партнерами. Это будет способствовать образованию корпоративного духа между профессиональными группами и отделами, обеспечению стабильности репутации специалистов. Появится чувство уверенности при оценке и прогнозе опасности пациентов, исчезнет нужда в импровизации или принятии внезапных решений, возрастет уверенность команды профессионалов, в компетенции

которой входит оценка риска, в соблюдении алгоритмов риска и в его управлении. Более того, снизится риск для самого больного и общества.

### **Литература**

1. Appelbaum P. S., Robbins P. C., Monahan, J. Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*. 2000. V. 157.
2. Bjørkly S. Hallmarks of "violence-prone" hallucinations and delusions: A literature review of some preliminary findings. *Aggressive Behavior*. 2001. V.27.
3. 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.
4. Monahan J. The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*. 1984. V. 141.