

## Ограничения и будущее оценки риска насилия

Законы, защищающие общество от людей с психическими заболеваниями, которые совершили жестокие действия, были созданы после попытки покушения на убийство короля Георга III, предпринятой психически больным бывшим военнослужащим в 1800 г.<sup>1</sup> В последние 50 лет предположение, что психические заболевания являются как причиной, так и предрасполагающим фактором насилия, привело к изменениям в законах, касающихся психического здоровья, которые ограничивают принудительное лечение признанных социально опасными<sup>2</sup>, и к исследованиям адекватной оценки риска насилия<sup>3</sup>.

Наиболее часто встречающейся формой оценки риска насилия остается заключение, сделанное клиницистом. Однако этой форме оценки недостает прозрачности, она подвержена когнитивным искажениям и основывается на опыте и компетентности клинициста. Актуарные оценки, основанные на списке идентифицированных факторов риска, сделали оценку риска более объективной, надежной, и, возможно, более точной. Были описаны более 200 актуарных инструментов оценки<sup>4</sup>. Несмотря на их преимущества перед самостоятельными клиническими заключениями, остаются как научные, так и этические проблемы использования этих инструментов в клинической практике.

Научные проблемы заключаются в интенсивности статистического разделения групп высокого и низкого риска, чрезмерном использовании степеней различия (таких как площадь под кривой или отношения шансов) вместо показателей прогноза (таких как положительная прогностическая значимость)<sup>5</sup>, применимости инструментов к разным группам, и объем полных данных о риске, применимых к отдельным лицам<sup>6</sup>. Этические проблемы включают возможность при оценке риска присоединения к стигматизации и дискриминации, пережитой психически больным, несправедливых ограничений после неверного положительного прогноза, и отказ в помощи причисленным к группе низкого риска<sup>7</sup>.

Учитывая эти проблемы, любая оценка актуального состояния риска насилия должна отвечать на два важных вопроса: Дает ли оценка риска насилия верную информацию? и Полезна ли эта информация с клинической точки зрения?

Ответ на первый вопрос был найден в недавнем мета-анализе 92 исследований, которые независимо воспроизвели результаты девяти популярных инструментов оценки риска насилия<sup>8</sup>. Суммарная оценка соотношения диагностических коэффициентов насилия среди пациентов в группе высокого риска соответствовала 3,08 (95% CI: 2,45-3,88), указывая на то, что насилие с особой жестокостью можно ожидать в три раза чаще в группах высокого риска, чем низкого<sup>8</sup>. Отношение шансов равное трем указывает на то, что оценка риска насилия дает достоверную информацию с умеренно значимым размером эффекта – уровень разделения между группами высокого и низкого риска одинаков с риском суицида, ассоциированного с мужским полом.

Чтобы ответить на второй вопрос о пользе информации, полученной при оценке риска насилия, нам необходимо учесть, существуют ли лечение или вмешательство, которые могут быть обоснованно назначены представителю группы высокого риска, но не представителю группы низкого риска, и уменьшает ли перенос терапевтических ресурсов от представителей низкого риска к представителям высокого риска общий уровень насилия.

Вмешательства на основе данных, полученных с помощью инструментов оценки риска насилия, могут

быть приемлемы, если доля пациентов, с правильно определенным прогнозом (истинно-положительные), достаточно высока для подтверждения лечения всех, кто находится в группе высокого риска (истинно- и ложно-положительные). Следовательно, вмешательства в связи с риском должны быть эффективными и безопасными, так как низкие базовые уровни насилия означают, что на каждый истинно-положительный прогноз всегда будет много ложно-положительных прогнозов. Более того даже если существует возможность предотвращения нескольких эпизодов жестокого насилия, вмешательства, продиктованные результатами оценки риска, могут быть оправданы только при наличии неоспоримой причины для отказа от применения данного вмешательства у представителей группы низкого риска, которые неминуемо совершают определенную долю всех случаев насилия<sup>9</sup>. Малое количество вмешательств отвечают этим требованиям. Это может быть объяснено тем, что среди тысяч публикаций об оценке риска – всего три контролируемых исследования имеют указания на уровни насилия как оценку результата<sup>10</sup>.

Пришло время перенести дебаты от аргументов о численном выражении инструментов для оценки риска насилия к рассуждениям о том, приведет ли идентификация лиц из групп высокого риска к снижению общего уровня насилия или уменьшению жестокости насилия. Несколько контролируемых исследований показателей снижения уровня насилия вследствие вмешательств в связи с риском дадут более полезную информацию, чем сколько угодно исследований, посвященных прогностическим характеристикам инструментов для измерения риска насилия.

Какое будущее ожидает оценку риска насилия? Улучшения в точности прогноза могут последовать за обнаружением новых факторов риска или новых путей объединения уже установленных факторов риска с помощью более тонких статистических техник, или большей акцентуации внимания на актуальном состоянии пациента, а не на его анамнезе.

В будущем оценка риска насилия скорее всего сместится от перекрестного прогнозирования к непрерывному клиническому наблюдению с использованием таких технологий как анализ социальных сетей и даже дистанционное измерение физиологических маркеров интоксикации и отклонений фона настроения. Мы должны смириться с некоторыми расширенными вмешательствами в жизни наших пациентов, если новые методы окажутся эффективными в снижении уровня насилия.

Однако любые новые методы должны быть оценены не только по их прогностическим возможностям, но также по достоверности доказательств того, что они могут снизить уровень насилия и что любое снижение не станет неприемлемой ценой для представителей населения, уже находящихся в неблагоприятных условиях.

### Matthew Large<sup>1</sup>, Olav Nielsen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia;

<sup>2</sup>Faculty of Medicine and Health Sciences, Macquarie University, North Ryde, NSW, Australia

Перевод: Карпова А. Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Руженкова В. В. (Белгород)

(World Psychiatry 2017;16(1): 25)

**Библиография:**

1. Moran R. *Law Soc Rev* 1985;19:487-519.
2. Appelbaum PS. *Almost a revolution*. New York: Oxford University Press, 1994.
3. Mossman D. *Critique of pure risk assessment or, Kant meets Tarasoff*. Cincinnati: University of Cincinnati College of Law Scholarship and Publications, 2006.
4. Singh JP, Desmarais SL, Hurducas C et al. *Int J Forensic Ment Health* 2014; 13:193-206.
5. Szmukler G, Everitt B, Leese M. *Psychol Med* 2012;42:895-8.
6. Scurich N, Monahan J, John RS. *Law Hum Behav* 2012;36:548-54.
7. Ryan C, Nielssen O, Paton Met al. *Australas Psychiatry* 2010;18:398-403.
8. Singh JP, Grann M, Fazel S. *PLoS One* 2013;8:e72484.
9. Large MM, Ryan CJ, Callaghan S et al. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:286-8.
10. Large M, Singh SP. *Br J Psychiatry* 2014;205:78-9.