

# АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ СТРУКТУРИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.А. Макушкина<sup>1</sup>, А.С. Березкин<sup>2</sup>, М.Ю. Дурнева<sup>1</sup>, С.М. Авдоница<sup>1</sup>

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России<sup>1</sup>*

*ГБУЗ «Психиатрическая больница № 5»*

*Департамента здравоохранения г.Москвы<sup>2</sup>*

Прогнозирование риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами является важным аспектом в системе профилактической работы психиатрической службы, а повышение его точности и достоверности с целью определения дальнейших превентивных мероприятий – актуальной исследовательской задачей [1, 9]. При анализе современных работ, посвященных методологическим, социально-психологическим и клиническим аспектам данной проблемы, до сих пор выявляется отсутствие единого концептуального и системного подхода к ее решению. Такого рода оценка представляет значительные трудности в связи с отсутствием четкого понимания ведущего предиктора опасного поведения, а также в силу многообразия возможных психопатологических и ситуационных факторов, значимых в его генезе [4].

Разработкой системы оценки риска общественно опасных действий (ООД) психически больных лиц занимаются специалисты многих стран [2, 5, 8, 11, 18, 20]. В зарубежных работах в этих целях используется разнообразие исследовательских подходов и методов – от неструктурированных клинических обследований до формализованных оценочных инструментов с применением статистически значимых показателей [16, 17]. На основании математической обработки данных, полученных при помощи стандартизированных методик, их авторы выстраивают прогностические модели, которые позволяют отнести человека, страдающего психическим расстройством, к той или иной категории риска опасного поведения [18, 19].

В отечественной психиатрии для определения потенциальной общественной опасности предлагается использовать анализ клинических характеристик, социальных условий жизни больного, психопатологического механизма ранее совершенного ООД, а также тяжесть и вероятность прогнозируемого опас-

ного действия [2, 8]. В процессе оценки риска доминирующим является клинический подход, при котором психиатры оценивают возможность опасного поведения, используя индивидуальные клинические характеристики пациентов, выделяя факторы риска, исходя из своих знаний и опыта. При этом оценка во многом зависит от профессиональных представлений, уровня подготовки и клинического опыта специалиста [3, 10]. Отсутствие современных формализованных оценочных критериев определяет невозможность воссоздания процесса принятия решения и проверки его точности.

С целью повышения эффективности прогноза, его объективизации и доказательности специалистами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П.Сербского» Минздрава России была разработана оригинальная методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП), основанная на комплексном применении клинико-психопатологического и математико-статистического подходов [7].

Процесс создания методики СОРОП проходил в несколько этапов [6]. За период ее разработки выполнено сравнительное обследование двух выборок больных: совершивших ООД в состоянии невменяемости (n=307) и с правомерным поведением (n=200). Анализировались 53 фактора (признака), каждый из которых имел несколько градаций. Оценивались клинико-психопатологические и социально-демографические, индивидуально-личностные характеристики больных, условия воспитания в детском возрасте, преморбидный склад личности, уровень образования, социализация, наличие перенесенных экзогенно-органических вредностей, зависимости от алкоголя и наркотических средств и прочее. Оценка признаков для первой группы больных проводилась на период совершения ООД, для второй группы –

на период обследования. В результате применения математико-статистических методов были выделены статистически значимые факторы риска и протективные факторы общественной опасности, определена информативность каждого из них, произведено ранжирование признаков по значению их информативности. Составлена прогностическая таблица, содержащая признаки с наибольшими показателями информативности, рассчитаны их прогностические коэффициенты в отношении риска опасного поведения психически больных. С их применением сформирована методика СОРОП [7]. Для удобства ее применения разработана программа для ЭВМ «Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных»<sup>1</sup>.

В методике используются следующие принципы определения риска. Первый принцип – однотипность (единообразие) в понимании понятия «риск опасного поведения» проводящими оценку специалистами. При этом под риском опасного поведения понимают высокую степень вероятности совершения больным правонарушения, предусмотренного Особенной частью УК РФ, а также суицидальных действий. Второй принцип – многофакторность, комплексность оценки. Реализация принципа заключается в рассмотрении совокупности оценочных параметров как системы, имеющей вид иерархии с различными показателями информативности. Применение методики предполагает их анализ ответственным за обследование больного специалистом на основании имеющихся в его распоряжении данных, в том числе полученных путем клинического обследования и наблюдения, а также содержащихся в медицинской и иной документации, характеризующем материале. Третий принцип – объективность и корректность. Его смысл в том, чтобы обеспечить реальное отражение ситуации, оценивая потенциальную возможность опасного поведения психически больного. Реализация принципа обеспечивается наличием четких критериев оценки и структурированной процедуры их анализа, что определяет воспроизводимость полученных результатов различными специалистами. Четвертый принцип – динамичность оценки. Основой данного принципа является изменчивость потенциальной общественной опасности психически больных, обусловленная динамикой клинико-психопатологических, психологических и ситуационных факторов риска и протективных факторов. Методика СОРОП может использоваться для фиксации такого рода изменений.

**Целью** настоящего исследования являлась оценка психометрических свойств методики СОРОП – надежности, валидности, предсказательной способности, а также анализ гендерных различий в оценке

риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами.

### Материал и методы исследования

Тип исследования: наблюдательное описательное. Исследование проводилось на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, ГБУЗ «Психиатрическая больница №5» Департамента здравоохранения г.Москвы, филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения г.Москвы – психоневрологического диспансера №13.

С применением методики СОРОП обследовано 506 больных обоих полов (424 муж. и 82 жен.) в возрасте от 22 до 80 лет, средний возраст  $41,54 \pm 12,17$ . В нозологической структуре психических заболеваний у них преобладали расстройства шизофренического спектра (66,42%), доля органических психических расстройств и умственной отсталости составила 18,94% и 3,40% соответственно; иных видов психической патологии (расстройства личности, синдром зависимости от психоактивных веществ) – 10,8%.

Все обследованные были разделены на две группы. В первую группу включены больные, экскюпированные судами и направленные на принудительное лечение ( $n=406$ , муж. – 359, жен. – 47). Вторую группу составили лица с психическими расстройствами с длительностью заболевания более 10 лет, находившиеся под диспансерным наблюдением участкового психиатра, никогда не совершавшие опасных действий ( $n=100$ , муж. – 65, жен. – 35).

В СОРОП для принятия решения о потенциальной общественной опасности используются 22 статичных и динамичных параметра (признака), распределенные между тремя блоками – блоком клинических признаков; блоком признаков, связанных с историей жизни больного и блоком признаков, характеризующих его социальную адаптацию. Это высокоинформативные, статистически значимые факторы для определения общественной опасности. В методике наряду с факторами риска, учитываются и защитные (протективные) факторы, снижающие вероятность опасного поведения. Проводящий оценку специалист должен провести анализ их наличия либо отсутствия у больного с заполнением протокола исследования.

Блок клинических признаков включает 7 параметров оценки, направленных на определение наличия клинических предпосылок к формированию опасного поведения, в том числе с позиций коморбидности с болезнями зависимости, комплаентности пациента. Максимальная сумма баллов по данному блоку составляет 46. Блок признаков, связанных с историей жизни больного, включает семь параметров, таких как наличие криминального опыта, расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте, антисоциальной структуры личности в премор-

<sup>1</sup> Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016619260 от 16 августа 2016 г. Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных / О.А.Макушкина., Л.А.Муганцева, В.К. Юрко; ФМИЦПН им. В.П.Сербского. 2016.

биде и проч. Формально к данному блоку отнесены также 2 возрастные характеристики. Максимально возможный суммарный балл при оценке равен 43. В блоке признаков, характеризующих социальную адаптацию, оцениваются 6 факторов, максимальный результат по данному блоку составляет 23 балла.

Все признаки обладают разной прогностической способностью и заложены в систему оценки в порядке убывающей 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 – «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; пониженному – от (-)6 до (-)19 баллов.

Оценка потенциальной общественной опасности при помощи методики СОРОП проводилась на период совершения ООД (первая группа) или на период настоящего исследования (вторая группа). Верификация результатов исследования осуществлялась в программе SPSS Statistics 19.0. Для проверки надежности-согласованности методики СОРОП вычислялись критерий  $\alpha$ -Кронбаха и коэффициент корреляции Пирсона. Прогностическая достоверность СОРОП оценивалась с помощью ROC-анализа; содержательная валидность определялась с помощью коэффициента конкордации Кендала; оценка статистически значимых гендерных различий для пунктов методики СОРОП осуществлялась с помощью параметрических (критерий t-Стьюдента) и непараметрических (критерий Манна-Уитни) методов сравнения независимых выборок.

### Результаты и их обсуждение

Надежность-согласованность. Данные по внутренней согласованности методики приведены в табл. 1.

Таблица 1

#### Значения $\alpha$ -Кронбаха методики СОРОП для всей выборки и двух групп обследованных больных

	$\alpha$ -Кронбаха группа 1 (соверш.) N=406	$\alpha$ -Кронбаха группа 2 (не соверш.) N=100	$\alpha$ -Кронбаха вся выборка N=506
Общий балл СОРОП	0,69	0,67	0,8

Примечания:  $p < 0,001$ .

По результатам расчетов  $\alpha$ -Кронбаха для обеих групп обследованных больных можно говорить о приемлемом уровне надежности, а для всей выборки – о допустимом уровне надежности методики СОРОП [15]. Дополнительно была измерена расщепленная надежность для первой и второй групп пациентов и выборки в целом. Ее значения составили:  $r=0,63$ ;  $r=0,6$ ;  $r=0,77$  соответственно, при  $p=0,000$ , что также свидетельствует об удовлетворительных значениях надежности СОРОП. Мы полагаем, что установленный уровень надежности объясняется спецификой самой методики, в структуру которой входит довольно широкий спектр исследуемых переменных (клинико-психопатологические характеристики, анамнестические сведения, социальные условия жизни больного).

Содержательная валидность методики оценивалась с привлечением трех экспертов (двух врачей-психиатров со стажем работы 7 лет и медицинского психолога – стаж работы 3 года), которые независимо друг от друга использовали СОРОП для определения риска опасного поведения на одной выборке больных, экскульпированных судами и направленных на принудительное лечение в ГБУЗ «Психиатрическая больница №5» Департамента здравоохранения г.Москвы ( $n=39$ ). Оценка потенциальной общественной опасности проводилась на период совершения ООД. Для каждого пункта методики вычислялся показатель согласованности оценок экспертов с помощью коэффициента конкордации Кендала, результаты вычислений приведены в табл. 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что коэффициенты конкордации Кендала для всех оценочных параметров методики СОРОП являются статистически значимыми и варьируются в диапазоне от 0,5 до 0,85 (табл. 2), что говорит о хорошей согласованности экспертных оценок риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, с применением СОРОП. Таким образом, содержание пунктов методики достаточно полно, обосновано и соответствует предметной области оцениваемых явлений.

Для оценки прогностической валидности методики проанализированы катamnестические сведения по больным, находящимся под диспансерным наблюдением участкового психиатра, набравшим низкие баллы по СОРОП – средний балл = (-)22,46. Катamnестические данные показали, что у всех пациентов из представленной выборки на протяжении 15 месяцев

Таблица 2

#### Значения коэффициентов конкордации Кендала для пунктов методики СОРОП

№ пункта	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kendall's W	0,69*	0,73*	0,74*	0,79*	0,82*	0,73*	0,66*	0,64*	0,59*	0,79*	0,81*
№ пункта	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Kendall's W	0,54**	0,58*	0,62*	0,79*	0,74*	0,68*	0,57*	0,70*	0,78*	0,84*	0,67*

Примечания: \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,05$ .

сохранялось правомерное (законопослушное) поведение, отсутствовали признаки общественной опасности. Таким образом, методика СОРОП обладает хорошей прогностической валидностью и способна предсказывать вероятность совершения опасных действий у лиц с психическими расстройствами.

Поскольку СОРОП создавалась с целью скрининга потенциальной общественной опасности, большой исследовательский интерес представляют психометрические свойства методики, связанные с оценкой ее прогностической способности и эффективности. Прогностическая достоверность СОРОП оценивалась с помощью ROC-анализа (Receiver Operating Characteristics), позволяющего проверить качество математической модели расчета прогностических коэффициентов, полученных при разработке методики.

Результатом применения ROC-анализа является график (ROC-кривая) соотношения чувствительности и специфичности алгоритма классификации, под которым подразумевается доля психически больных, верно определенных с помощью СОРОП как склонных к риску совершения ООД или как имеющих низкий риск совершения ООД. Для методики СОРОП были получены следующие показатели чувствительности и специфичности: Sensitivity=93,8%, Specificity =77%.

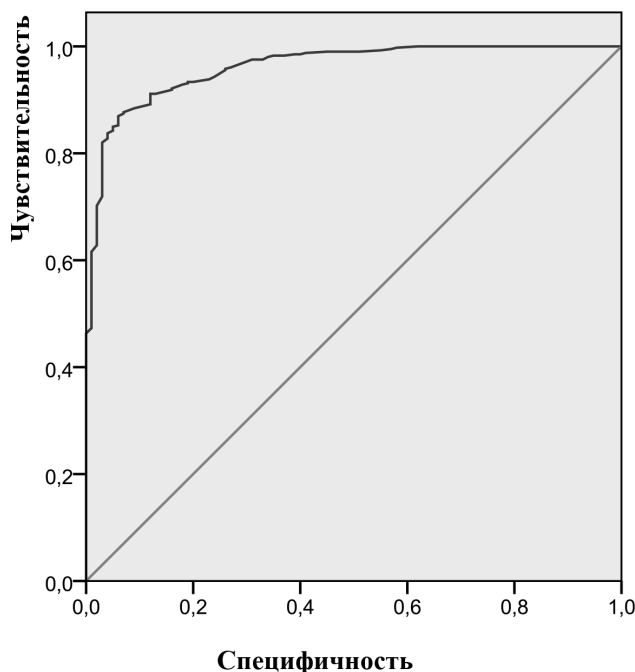
На рисунке представлена ROC-кривая по общему баллу СОРОП. Площадь под ROC-кривой (AUC) представляет собой основную количественную статистическую характеристику оценки эффективности инструмента и является довольно устойчивой к изменениям первичных оценок.

Величина AUC часто используется в зарубежных исследованиях, направленных на оценку эффективности прогнозирования риска опасного поведения [14]. Значения AUC 0,70 и выше считаются умеренными и большими, а значения выше 0,75 – в больших размерах [13].

В табл. 3 приведены результаты применения СОРОП для прогнозирования совершения опасных действий у обследованных больных.

Значения AUC как для всей методики, так и отдельно для каждого из трех блоков параметров оценки, являются статистически значимыми и превышают 0,75. Таким образом, при помощи современного математического анализа доказано, что методика СОРОП обладает высокими прогностическими способностями оценки потенциальной общественной опасности у лиц с психическими расстройствами.

### ROC-кривая



ROC-кривая по общему баллу методики СОРОП

На следующем этапе ROC-анализа было посчитано количество ложных решений (n=35). Установлено, что 29 из 35 (82,9%) отнесены к категории ошибочно отрицательно классифицированных случаев – эти больные совершили ООД, но по методике СОРОП на период его совершения не определился высокий риск опасного поведения (средний балл по СОРОП = -6,41). Оставшиеся 6 из 35 случаев (17,1%) отнесены к ошибочно положительно классифицированным случаям, при которых по методике СОРОП у пациента определился высокий риск опасного поведения (средний балл по СОРОП=+25,83), а он за период катamnестического наблюдения (15 мес.) не совершил опасных действий. При этом общая доля ложных решений составила 6,9% от общего количества обследованных (n=506), что является довольно низким показателем.

Чтобы проанализировать ложные классификации оценки риска совершения ООД, в выборке ошибочно положительно и отрицательно классифицированных случаев по пунктам методики была посчитана частота встречаемости каждого признака, вносящего вклад в определение потенциальной общественной опасности. Установлено, что у пациентов, совер-

Таблица 3

#### Значения AUC для всей методики СОРОП и отдельно для каждого блока параметров оценки

Общий балл по СОРОП		Клинический блок		Анамнестический блок		Социальный блок	
AUC	s.e.	AUC	s.e.	AUC	s.e.	AUC	s.e.
,961*	,011	,966*	,017	,870*	,013	,768*	,018

Примечания: AUC – площадь под кривой, s.e. – стандартная ошибка, \* – p<0,001.

шивших ООД и не попавших по СОРОП в группу риска (n=29), значительную распространенность имели психотические состояния («продуктивная психотическая симптоматика» – 52%), определявшие патологическую мотивацию поведения и совершение опасных действий; отсутствовала приверженность лечению (69%). При этом большинство из этой группы больных имели помощь и поддержку родных, близких (86%), стабильную трудовую занятость на протяжении всей жизни (52%), связанную с выполнением квалифицированного труда (62%).

У пациентов с правомерным поведением по результатам катамнеза, у которых по методике СОРОП определился высокий риск опасного поведения, распространенными оказались следующие признаки: «выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости» (83%); «продуктивная психотическая симптоматика» (67%); «антисоциальная структура личности в преморбиде» (67%), «расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте» (67%), «враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве» (67%).

В данной связи следует подчеркнуть, что ни одна из существующих на сегодняшний день в мировой психиатрической практике оценочных методик не гарантирует 100% точность прогноза риска, это практически недостижимо. Формализованные инструменты не могут учесть всю полноту факторов риска и их возможные сочетания в генезе опасного поведения конкретного больного. Решение этого вопроса зачастую находится в плоскости ситуационного анализа. Сказанное определяет неоспоримый приоритет специалиста в области психиатрии, занимающегося курацией пациента, при вынесении окончательного решения относительно его потенциальной общественной опасности. Все многообразие клинических проявлений психических расстройств, личностных особенностей и ситуационных факторов, значимых в формировании опасного поведения, нуждается в

комплексном анализе и не может ограничиваться только изолированным применением формализованного инструмента. В процессе оценки, к примеру, необходимо учитывать характер течения заболевания, фактор терапевтической динамики, насыщенность и стойкость бредовых переживаний, их направленность на определенных лиц. Отдельного внимания заслуживают такие внутренние протективные факторы, как психологические характеристики лица с психическим расстройством (интеллект, эмпатия, копинг, самоконтроль, жизненные цели и проч.). Их анализ позволяет дать более сбалансированную оценку в индивидуальных случаях, помогает объяснить, почему некоторые лица с психическими расстройствами, попавшие в группу повышенного риска, на самом деле не совершают опасных действий.

Безусловно, методику СОРОП целесообразно применять как дополнение к клинической оценке состояния пациента и клинико-динамическому наблюдению для скрининга потенциальной общественной опасности, определяя категорию пациентов группы риска по совершению ООД, требующих особого внимания специалистов, как в плане прогнозирования, так и профилактики их опасного поведения.

Надо отметить, что практически все существующие формализованные инструменты оценки риска насильственного поведения создавались и отработывались на различных группах мужчин, страдающих психическими расстройствами. При этом ряд исследователей показали, что существуют гендерные различия в характеристиках опасного поведения [12]. Таким образом, учет гендерных особенностей при оценке риска потенциальной общественной опасности лиц с психическими расстройствами является важным направлением современных исследований в этой области.

Методика СОРОП формировалась на основе результатов обследования как психически больных мужчин, так и женщин. С целью определения гендерной специфики при апробации СОРОП в настоящем исследовании было проанализировано распределение

Таблица 4

Гендерные различия по параметрам оценки методики СОРОП (N=506)

Параметры оценки	Мужчины (N=424)		Женщины (N=82)		U
	M	Sd	M	Sd	
Выраженные нарушения поведения	6,95	7,78	1,43	18,29	11738
Выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости	4,48	5,46	2,73	25,99	14841
Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом	3,76	7,47	1,39	56,87	14612
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ	1,34	5,50	-1,18	74,83	13390
Приверженность лечению	1,49	3,35	0,04	94,26	14612,5
Антисоциальная структура личности в преморбиде	2,23	4,44	-0,69	103,95	11698,5
Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте	1,18	3,99	-0,69	113,88	14631
Возраст 20–39 лет	3,75	2,91	2,12	142,89	-4,646*

Примечания: M – среднее, Sd – среднееквадратичное отклонение, U – критерий Манна-Уитни, \* t – критерий Стьюдента, p<0,01.

## Заключение

больных обоих полов по категориям риска опасного поведения. Доля мужчин и женщин с высоким риском опасного поведения составила 68,16% и 40,24% соответственно; повышенным риском – 7,08% и 8,54%; средним риском – 7,31% и 6,1%; пониженным риском – 7,31% и 12,2%; низким – 10,14% и 32,93%. Средний балл по СОРОП в мужской выборке был равен 35,44, в женской – 10,99.

Статистически значимые гендерные различия по параметрам оценки методики СОРОП представлены в табл. 4.

Анализ статистически значимых средних величин показал, что у обследованных мужчин клинические предпосылки к формированию опасного поведения, такие как выраженные нарушения поведения и эмоциональной сферы, наличие зависимости или злоупотребление психоактивными веществами, отсутствие приверженности лечению были значимо более распространены, по сравнению с женщинами. У мужчин чаще, чем у женщин в детском и подростковом возрастах имело место стойкое диссоциальное, агрессивное или вызывающее поведение; имелись сведения о наличии до дебюта психического расстройства эмоционально неустойчивой, возбудимой, диссоциальной личностных структур. Мужчины в прошлом чаще привлекались к уголовной ответственности, находились в местах лишения свободы или на принудительном лечении; совершали ООД в более молодом возрасте.

При этом по результатам проведенного исследования СОРОП показала хорошие прогностические качества при определении риска общественно опасного поведения, как у мужчин, так и у женщин.

В настоящей статье представлены результаты апробации и внедрения методики СОРОП. Демонстрированы допустимый уровень надежности, хорошая содержательная и прогностическая валидность, высокая предсказательная способность СОРОП в оценке потенциальности общественной опасности лиц с психическими расстройствами. Математическим путем с применением ROC-анализа доказано, что методика обладает высокими прогностическими способностями определения риска опасного поведения.

На основании результатов проведенного психометрического анализа СОРОП может рекомендоваться к применению психиатрам для оценки риска совершения опасных действий у психически больных, в отношении которых решается вопрос назначения, пролонгации либо отмены принудительных мер медицинского характера, а также при установлении и отмене активного диспансерного наблюдения. Методика дополняет клинический прогноз, клинко-динамическое наблюдение и патопсихологическую диагностику. Применение формализованного инструмента с информативными статистически значимыми параметрами оценки позволит повысить объективность и доказательность принимаемых решений медицинскими специалистами и судами.

Наиболее полно 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» в НМИЦПН имени В.П.Сербского Минздрава России.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Булыгина В.Г., Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Кабанова Т.Н., Макурина А.П. и соавт. Субъективные оценки и реабилитационный потенциал как факторы снижения риска насилия // Методические рекомендации. М., 2014. 27 с.
2. Котов В.П., Мальцева М.М. Диагностика потенциальной общественной опасности. Функциональный диагноз в судебной психиатрии. М., 2001. С. 148–166.
3. Макушкина О.А., Казаковцев Б.А. Мониторинг эффективности профилактики общественно опасных действий психически больных на этапе принудительного лечения // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. Проф. В.В.Вандыша. М., 2012. С. 139–152.
4. Макушкина О.А., Анисимова Т.Г., Макушкин Е.В. Проблема оценки риска опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2014. № 11. С. 65–69.
5. Макушкина О.А., Симбирцев А.А. Характеристики и предикторы повторного опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2014. № 11. С. 26–32.
6. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Структурированная оценка риска опасного поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2016. № 6. С. 60–64.
7. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2016. № 10. С. 18–26.
8. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М., 1995. 256 с.
9. Полубинская С.В., Макушкина О.А. Организационные и правовые проблемы исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 3. С. 90–95.
10. Яхимович Л.А., Макушкина О.А. Проблемы прогнозирования риска опасного поведения больных шизофренией (информационно-статистический подход) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 4. С. 51–58.
11. Bloom H. et al. The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice // Can. J. Psychiatry. 2005. Vol. 50. P. 3–11.
12. de Vogel V., Stam J., Boumen Y.H.A., Ter Horst P., Lancel M. Violent Women: A Multicenter Study into Gender Differences in Forensic Psychiatric Patients // J. Forensic Psychiatry Psychology. 2015. Vol. 27. N 2. P. 145–168.
13. Douglas K.S. et al. HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography, 2005.
14. Gray N.S., Taylor J., Snowden R.J. Predicting violent reconvictions using the HCR-20 // Br. J. Psychiatr. 2008. Vol. 192. N 5.
15. Loewenthal K.M. An introduction to psychological tests and scales // Psychology Press. 2001.
16. Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients // Virginia Law Review. 2006. Vol. 92. N 3. P. 392–435.
17. Monahan J., Skeem J.L. Current Directions in Violence Risk Assessment // Curr. Direct. Psychol. Sci. 2011. Vol. 20. N 1. P. 38–42.
18. Singh J.P. Predictive Validity Performance Indicators in Violence Risk Assessment: A Methodological Primer // Behav. Sci. Law. 2013. Vol. 31. P. 8–22.
19. Singh J.P., Desmarais S.L., Van Dorn R.A. Measurement of Predictive Validity in Violence Risk Assessment Studies: A Second-Order Systematic Review // Behav. Sci. Law. 2013. Vol. 31. P. 55–73.
20. Singh J.P., Desmarais S.L., Hurducas C. et al. International Perspectives of the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries // Int. J. Forensic Mental Health. 2014. Vol. 13. P. 193–206.

## АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ СТРУКТУРИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.А. Макушкина, А.С. Березкин, М.Ю. Дурнева, С.М. Авдонина

Приведены результаты апробации оригинальной методики структурированной оценки риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами (СОРОП). С применением СОРОП обследовано 506 больных обоих полов (424 муж. и 82 жен.), средний возраст  $41,54 \pm 12,17$ . Продемонстрированы надежность ( $\alpha$ -Кронбаха 0,8) и валидность (коэффициенты конкордации Кендала до 0,85) методики. С помощью ROC-анализа доказана высокая предсказательная способность СОРОП (AUC превышает 0,75). Показатели чувствительности и специфичности составили 93,8% и 77% соот-

ветственно. Описаны гендерные различия в оценке риска опасного поведения. Результаты исследования дают возможность рекомендовать методику СОРОП для оценки риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами. Применение формализованного инструмента оценки риска позволит повысить ее объективность и доказательность.

**Ключевые слова:** методика структурированной оценки риска опасного поведения, общественно опасное действие, психические расстройства, психометрический анализ.

## TESTING AND THE USE OF STRUCTURED RISK ASSESSMENT OF DANGEROUS BEHAVIOURS IN MENTALLY DISORDERED PERSONS

O.A. Makushkina, A.S. Berezkin, M.Yu. Dourneva, S.M. Avdonina

The authors report the results of testing an original instrument for structured risk assessment of dangerous behaviours in mentally disordered persons (rus. СОРОП). This instrument has been used for investigation of 506 patients (424 male and 82 female), average age  $41,54 \pm 12,17$  years. Results show reliability (Cronbach's alpha 0,8) and validity (Kendall concordance correlation reaching 0,85) of this instrument. ROC-analysis shows high predictive value (AUC higher than 0,75). Parameters of sensitivity and specificity were respectively 93,8%

and 77%. The authors describe gender differences in risk assessment of dangerous behaviours. Findings of this research allow to recommend the instrument СОРОП for practical use for the purpose of risk assessment of dangerous behaviours in mentally disordered persons. A formalized instrument is expected to make risk evaluation more objective and evidence-based.

**Key words:** instrument for structured risk assessment of dangerous behaviours, socially dangerous act, mental disorders, psychometric analysis.

---

**Макушкина Оксана Анатольевна** – доктор медицинских наук, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: makushkina@serbsky.ru

**Березкин Александр Сергеевич** – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая больница №5» Департамента здравоохранения г. Москвы; e-mail: asberezkin@yandex.ru

**Дурнева Марина Юрьевна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: mkelina84@mail.ru

**Авдонина Серафима Михайловна** – лаборант-исследователь Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: serafimaavdonina@mail.ru