

ОЦЕНКА РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ

О.А. Макушкина¹, С.В. Полубинская^{1,2}

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России

² ФГБУН Институт государства и права Российской академии наук

Определение вероятности общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами в целях его предупреждения является актуальной задачей судебно-психиатрической экспертной деятельности и общей психиатрической практики. Российским судебным психиатрам приходится давать такие оценки при рекомендациях о назначении и выборе вида принудительных мер медицинского характера (ст. 97, 99–102 Уголовного кодекса РФ). Риск опасного поведения определяется при продлении, изменении и отмене принудительного лечения, а также при решении вопросов о применении недобровольных психиатрических мер и установлении за больным активного диспансерного наблюдения. Кроме того, потенциальная опасность пациента учитывается при выборе условий его содержания в психиатрическом стационаре и тактики необходимого лечения. Сходные задачи приходится решать специалистам национальных психиатрических служб во многих зарубежных странах.

Научные исследования, посвященные оценке и прогнозу риска насилия со стороны лиц с психическими расстройствами, включая насилие сексуальное, за более чем три десятилетия привели к созданию разнообразных инструментов, пригодных для использования в судебно-психиатрической практике. По разным оценкам, их число на сегодняшний день варьируется от 200 до 400, а география применения охватывает Северную и Южную Америки, Европу и Азию [5, 17, 33].

В литературе выделяется несколько поколений исследовательских методов и созданных на их основе формализованных инструментов оценки вероятности насильственного поведения у лиц с психическими расстройствами [20]. Так, методы первого поколения по преимуществу сводятся к клиническому подходу («неструктурированные профессиональные суждения»), при котором психиатры и иные специ-

алисты в области психического здоровья оценивают риск насилия, используя индивидуальные клинические характеристики пациентов, выделяя факторы риска, исходя из своих знаний и опыта, и основывая выводы об опасности на собственных оценках. При этом отбор факторов риска в значительной степени субъективен и может существенно отличаться от случая к случаю [27].

В методиках второго поколения применяются математические и статистические методы, прогноз строится на использовании факторов риска, установленных в эмпирических исследованиях и обладающих статистической значимостью. Такой исследовательский подход, называемый в зарубежной литературе актуарным, использует эмпирически взвешенные факторы риска, полученные при изучении группы индивидов, для прогноза будущего насилия в отношении конкретного субъекта. Примером актуарного формализованного инструмента может служить VRAG (Violence Risk Appraisal Guide – Руководство по оценке риска насилия) и его пересмотренная версия VRAG-R [21, 29].

Для улучшения точности прогноза риска насилия в исследованиях третьего поколения предложены методики, называемые «структурированными профессиональными суждениями» (SPJ), сочетающие в себе клинические и статистические методы. В отличие от актуарных инструментов, опирающихся преимущественно на статичные (неизменяемые) факторы риска (пол субъекта, предыдущие аресты и осуждения за насильственные и иные преступления, случаи применения насилия в прошлом и т.п.), методики SPJ включают в себя и динамичные (изменяемые) факторы. Учет, к примеру, тяжести и динамики психического расстройства лица, его нахождения в состоянии стресса, наличия работы или другого вида занятости, а также семьи либо иной социальной поддержки, позволяет не только прогно-

зирать вероятность насильственного поведения, но и предупреждать его, определяя стратегию и план лечебно-реабилитационных мероприятий. Наиболее известным и используемым инструментом из этой группы является HCR-20 (Violence Risk Assessment Scheme-20 – Шкала оценка риска насилия-20), что подтверждается опросом специалистов в области психического здоровья из 44 стран [15, 33, 38].

Формализованные инструменты, относящиеся к «структурированным профессиональным суждениям», как и разработанные на основе актуарного подхода, позволяют оценивать вероятность опасного поведения субъекта с использованием статистических показателей. В роли фактора риска может выступать «любая переменная, которая измерима и прогнозируема» [37], это однако не означает, что данный фактор является причиной насильственного поведения. В исследованиях устанавливается лишь корреляция определенного параметра (переменной) с таким поведением при условии, что этот фактор ему предшествует. Установление же причин насильственного поведения лиц с психическими расстройствами с целью его предупреждения обосновывается в литературе как новое направление в исследованиях риска [34].

В начале 2000-х годов появились методики четвертого поколения, в которых, наряду с факторами риска, учитываются и динамичные защитные (протективные) факторы, то есть признаки, снижающие вероятность насильственного поведения в будущем [7]. Такими факторами могут быть индивидуальные психологические характеристики субъекта, обстоятельства его социальной жизни, особенности жизненной ситуации и т.д. Сутью этого исследовательского подхода является комплексная оценка обеих групп факторов у пациента с планированием превентивных мероприятий [20].

Формализованные инструменты определения риска насильственного поведения лиц с психическими расстройствами широко используются в зарубежной клинической и судебно-психиатрической практике, хотя их прогностические возможности являются предметом научных дискуссий [22, 23]. В литературе описываются и перспективные пути развития научных исследований. Важными признаются: совершенствование уже имеющихся прогностических методик; определение механизмов корреляции факторов риска и насильственного поведения; укрепление клинической полезности актуарных инструментов [6]. Подчеркивается значимость изучения влияния протективных факторов на рецидив опасных действий лиц с психическими расстройствами [7, 12]. Указывается, что при прогнозе риска насилия совместный учет факторов риска и защитных факторов не только позволяет дать более сбалансированную оценку в индивидуальных случаях, но и помогает объяснить, почему некоторые лица с психическими расстройствами, попавшие

в группу повышенного риска, на самом деле не совершают новых опасных действий. Кроме того, такой подход обладает хорошим потенциалом для выработки стратегии лечения и управления риском в отношении конкретного пациента, ориентируя превентивные мероприятия не только на снижение факторов риска, но и на укрепление протективных параметров [11].

Примером реализации данного подхода может послужить созданный голландскими специалистами формализованный инструмент SAPROF (the Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk – Структурированная оценка защитных факторов риска насилия) [9], исследовательская версия которого появилась в Нидерландах в 2004 году. При его разработке, помимо информации из литературных источников, авторы использовали опыт специалистов в области психического здоровья, работающих в Клинике Ван дер Хувен, которых при анализе применения HCR-20 просили предложить факторы, защищающие от рецидива насилия. В 2006 году на базе двух судебно-психиатрических больниц и одного судебно-психиатрического амбулаторного учреждения было проведено пилотное исследование, участники которого заполняли формализованный бланк с предлагаемыми защитными факторами, а затем комментировали содержащиеся в нем признаки и инструмент в целом. Полученные результаты, как и новые данные из научной литературы, были учтены в первой версии SAPROF, опубликованной в 2007 году [8].

SAPROF создавался как методика из группы «структурированных профессиональных суждений» и планировался для использования в отношении совершеннолетних мужчин, совершавших в прошлом акты насилия и страдающих психическими заболеваниями (шизофрения, биполярное расстройство и т.п.) либо расстройствами личности. Начиная работу, его создатели отбирали такие эмпирически установленные и описанные в литературе защитные факторы риска, которые можно было бы использовать в клинической практике при определении тактики лечения и управления риском. Целью авторов была разработка единого инструмента для оценки защитных факторов риска насилия в целом и насилия сексуального, который следует применять не самостоятельно, а в сочетании со сходной по дизайну методикой оценки риска, такой, к примеру, как HCR-20 или HCR-20V3 (SVR-20 для сексуального насилия) [9].

В SAPROF входят 17 признаков (факторов), снижающих риск насилия, 15 из которых являются динамичными. Формализованный бланк разделен на три шкалы и содержит признаки внутренние (1), к которым относятся личностные качества пациента, мотивационные (2), отражающие его мотивацию на положительную жизнь в обществе, и внешние (3), характеризующие социальный «контекст», в котором живет больной.

К внутренним защитным факторам авторы относят интеллект, безопасную привязанность в детстве, эмпатию, копинг (умение справляться со стрессовыми ситуациями) и самоконтроль. Мотивационные признаки охватывают наличие работы, активный досуг, распоряжение своими финансами, мотивацию на лечение, отношение к властям, жизненные цели и медикаментозное лечение. Внешние или другими словами – контекстуальные обстоятельства включают в себя социальные связи, интимные взаимоотношения, профессиональный уход, условия жизни и внешний контроль.

На первом этапе в зависимости от степени проявления каждый признак оценивается и кодируется в баллах: 0 – признак не применяется, исходя из доступной информации; 1 – признак возможно или частично присутствует; 2 – признак определенно присутствует. В результате создается персональный оценочный «защитный» профиль пациента. На следующем этапе специалист, заполняющий бланк, должен отметить так называемые «опорные точки», то есть те пункты из инструмента, которые существенны для конкретного пациента. При этом в методике проводится различие между защитными ключевыми признаками (key item), уже существующими в данном случае, и признаками целевыми (goal item), которые могут появиться после медицинских и иных интервенций и стать целью управления риском. Далее специалисту необходимо обобщить полученные результаты, чтобы получить окончательную оценку наличия факторов, снижающих риск насилия (Final Protection Judgment) как низкую, среднюю или высокую. Эта оценка будет иметь значение для определенного периода времени или при определенных условиях (во время лечения, к примеру, или в условиях стационара). Затем вывод о защитных факторах объединяется с результатами применения HCR-20 либо иного инструмента оценки риска и отражается в бланке как обобщенный окончательный вывод (Integrative Final Risk Judgment) о риске будущего насилия со стороны данного пациента (низкий, средний или высокий) [9].

Проверка прогностической точности SAPROF проводилась в Нидерландах, а после его перевода на английский (2009), немецкий (2010), испанский, французский, шведский (2011) и другие языки и в других странах. По общему правилу для проверки способности инструмента прогнозировать проявления насилия в будущем исследователи с помощью математических (вероятностных) методик строят прогнозную модель отнесения случайно выбранной личности к категории представляющих либо не представляющих риск насилия. Ориентиром являются показатели прогностической точности (или прогностической силы), большие или меньшие, чем 0,75 (медиана между 0,5 и 1) (AUC), поскольку показатель, равный 0,5 означает абсолютно случайный выбор (как подбрасывание монетки), а точность

прогноза, равная 1, практически недостижима [16, 31, 32].

Предметом первой проверки стала прогностическая сила SAPROF в отношении оценки вероятности рецидива насилия для 126 пациентов мужчин, находившихся в Клинике Ван дер Хувен (Нидерланды) по решению суда¹ и выписанных оттуда за период с 1990 по 2006 годы. Одновременно с помощью корреляционного анализа, в частности, расчета внутриклассового коэффициента корреляции (ICC), тестировалась и надежность методики [10]. В окончательную выборку вошли 105 больных, 56% которых находились на лечении после совершения убийства либо покушения на него, 12% – поджогов и 32% – иных насильственных преступлений. У 83% из них диагностировались расстройства личности; 19% страдали психическими заболеваниями, такими как шизофрения и биполярное расстройство. Сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) отмечалось у 65%. Исследование носило ретроспективный характер, информация для создания оценочных профилей пациентов по HCR-20 и SAPROF бралась из медицинской документации. Кодирование осуществляли специально подготовленные специалисты, включая трех авторов SAPROF. Рецидив понимался как новое осуждение лица за любое насильственное преступление. Для получения информации использовалась официальная уголовная статистика Министерства юстиции Нидерландов за период в 12, 24 и 36 месяцев со дня выписки из Клиники Ван дер Хувен. Три фиксированные срока наблюдения использовались для сравнения прогностической точности инструмента в зависимости от времени, прошедшего с момента окончания лечения.

По окончательной оценке SAPROF на момент выписки 52 пациента (41%) попали в группу с низкой защитой, у 64 (51%) уровень защиты оценивался как средний и у 10 (8%) как высокий. Рецидив в последней группе составлял 0% за 1 год после выписки, 0% за 2 года и 3% за 3 года. В группе со средним уровнем защиты этот показатель был 2, 6 и 10%, а в группе с низкой защитой – 22, 34 и 41% соответственно. Таким образом, эмпирические данные о низкой распространенности рецидива насилия в группе пациентов с высоким уровнем проявления защитных факторов риска подтверждают прогностическую пригодность инструмента.

Статистические показатели прогностической точности (AUC) для HCR-20, SAPROF и обобщенных окончательных выводов, полученных при их совместном применении, подтвердили хорошую

¹ Судебное решение в этом случае называется TBS-order и выносится в отношении лиц, совершивших тяжкие, как правило, насильственные преступления, чья способность к вменению по причине психического расстройства либо уменьшена, либо отсутствует при высоком риске совершения ими новых уголовно наказуемых деяний.

прогностическую силу инструмента в отношении рецидива насилия [10]. Была подтверждена и исследовательская гипотеза об увеличении точности оценки при комбинированном измерении риска с помощью SAPROF и HCR-20 по сравнению с каждой из методик, применяемой по отдельности. Среди других результатов исследования интерес представляет вывод о том, что наилучшими защитными факторами оказались такие признаки, как самоконтроль и наличие работы. Последующие исследования, в том числе в отношении сексуальных преступников, также дали хорошие результаты для SAPROF и подтвердили получение более точных оценок при совместном применении этого инструмента с иными методиками оценки риска насилия [11, 13].

В другом исследовании 108 судебно-психиатрических пациентов в Нидерландах, совершивших насильственные преступления, сравнивались оценки риска насилия с применением двух инструментов (HCR-20 и SAPROF) до и после проведения стационарного лечения. Большинству был поставлен диагноз расстройства личности (66%), примерно у 15% диагностировалось психотическое расстройство, например, шизофрения, 68% обследованных злоупотребляли ПАВ. Минимальный срок наблюдения после выписки составлял 12 месяцев, максимальный – 11 лет. В течение года за повторные насильственные преступления было осуждено 6 человек, а за максимальный период наблюдения – 33 человека. В целом и это исследование подтвердило хорошие прогностические возможности совместного применения обоих инструментов, как при краткосрочном, так и при долгосрочном наблюдении. Пациенты, лечение которых было наиболее успешным, продемонстрировали существенно более низкий уровень рецидива насилия после его завершения.

Одновременно авторы обратили внимание на определенные ограничения, связанные с дизайном этого исследования и особенностями включенных в выборку больных, что требует аккуратности в переносе полученных результатов на другие категории пациентов. Так, описанное исследование носило ретроспективный характер, и сведения были получены из медицинской документации. Кроме того, данные о рецидиве насильственных преступлений собирались из полицейской документации, которая может не в полной мере отражать все случаи насильственного поведения. И, наконец, выборку составляла группа пациентов с высоким риском насилия и преобладанием в ней лиц с расстройствами личности, проходивших длительное лечение в судебно-психиатрических стационарах. В этой связи авторы сделали вывод о необходимости дальнейших исследований динамических факторов риска опасного поведения, включая защитные, с привлечением других категорий лиц с психическими расстройствами [14].

Помимо SAPROF существуют еще несколько формализованных инструментов оценки риска

насилия, использующих защитные факторы, однако имеющих более ограниченную область применения. Один из них – START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability – Краткосрочная оценка риска и способности к лечению) – создавался для динамической оценки в краткосрочной перспективе различных проявлений деструктивного поведения больных в повседневной психиатрической практике. Выделенные авторами области оценок охватывают опасность для других, а также риски самоубийства, нанесения самоповреждений, отказа от удовлетворения основных жизненных потребностей (self-neglect), злоупотребления ПАВ, побега и виктимизации [39].

Инструмент включает 20 изменяемых параметров, среди которых: социальные навыки и отношения, профессиональная занятость, хобби и досуг, самообслуживание, употребление ПАВ, контроль влечений, социальная установка, приверженность лечению и установленным правилам, тенденции поведения, самооценка, планирование, совладание со стрессом и прочее. Каждый из пунктов оценивается у пациента сначала с позиции факторов риска (уязвимости этой сферы), а затем с позиции протективности (сохраненных звеньев). Эта концептуализация параметров оценки как полярных концов единой шкалы противоположна тенденции их разделения. Тем самым методика START основана на взаимосвязи и взаимодополняемости факторов риска и протективных факторов. Однако данный инструмент представляет собой, скорее, дополнение в области определения риска, поскольку состоит только из динамических переменных, которые изменяются в зависимости от успешности лечения и усилий самого пациента. START первоначально предназначался для применения в условиях психиатрического стационара [19], но проверялся и во внебольничных условиях [36].

Другой инструмент – SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth – Структурированная оценка риска насилия в юности) создан для оценки риска насилия со стороны несовершеннолетних правонарушителей в возрасте 12–18 лет. Методика включает 6 протективных факторов (склонность учитывать общественные интересы, сильная социальная поддержка, прочные привязанности и связи, позитивное отношение к вмешательству и авторитету, прочная приверженность школе, устойчивые черты личности) как дополнение к 24 факторам риска [4]. SAVRY используется в системе уголовной юстиции для несовершеннолетних и показывает хорошую прогностическую силу [18, 26]. Зарубежные исследования, посвященные применению этого инструмента, показали, что заложенные в нем протективные факторы являются надежными предикторами снижения вероятности насилия и имеют дополнительную ценность для оценки риска [25, 28].

Значение возрастного фактора в формировании и особенностях проявления общественной опасности

несовершеннолетних определяет необходимость его учета при разработке оценочных методик. Установлено, что чем более конкретна категория лиц, для которой они создаются, тем большей прогностической точностью будут обладать [30]. Не случайно, что авторы SAPROF в 2013–2014 годы работали над специальным инструментом для оценки протективных факторов применительно к несовершеннолетним в возрасте от 12 до 18 лет с возможным его применением и к лицам, не достигшим 23 лет (SAPROF – Youth Version). Кроме того, поскольку специалистами признаются различия в факторах риска для женщин и мужчин, то, не исключая использования SAPROF для женщин при осторожности в интерпретировании результатов, его авторы планируют также предложить соответствующее дополнение методики.

Результаты проведенных проверок формализованных зарубежных инструментов для оценки риска насилия с применением протективных факторов являются весьма многообещающими и свидетельствуют о повышении точности прогноза, расширении возможностей более индивидуализированного планирования медицинских и иных мероприятий для лиц с психическими расстройствами. Однако, использованные в исследованиях выборки относительно невелики и довольно специфичны, чтобы можно было с абсолютной достоверностью полагаться на полученные в них данные. Это во многом определяет направления будущих исследований с целью создания теоретической и эмпирической базы для формализованных инструментов, в которых используются признаки, снижающие вероятность насильственного поведения. Актуальна проверка их надежности и прогностической силы на больших выборках пациентов судебно-психиатрических и обычных психиатрических учреждений в разных странах.

В отечественной судебно-психиатрической литературе, посвященной прогнозированию опасного поведения лиц с психическими расстройствами, традиционно используется клинический подход. Оценка вероятности опасных действий таких лиц связывается, прежде всего, с особенностями их психического состояния, его тяжестью и динамикой. При этом отечественные специалисты никогда не отрицали роли социальных факторов в механизме опасного поведения психически больных и предлагали учитывать их при разработке мер судебно-психиатрической профилактики.

Механическое внедрение зарубежных формализованных инструментов оценки риска в практику отечественной психиатрии невозможно не только потому, что эти методики были разработаны в ином социальном, культурном и правовом контексте, но и по причине их нацеленности преимущественно на прогноз вероятности насилия. Российское уголовное законодательство и судебная психиатрия исходят

из широкого понимания опасности лица с психическим расстройством, включающего возможное совершение любых общественно опасных действий, предусмотренных уголовным законом как преступления [3]. Вместе с тем, заложенный в них принцип определения потенциальной общественной опасности на основе статистически значимых критериев можно отнести к факторам, обеспечивающим сопоставимость результатов, повышающим объективность оценки.

С целью повышения эффективности прогноза риска, его объективизации и доказательности, следуя подходу «Структурированного профессионального суждения» (SPJ), в отделе судебно-психиатрической профилактики НМИЦ ПН им.В.П.Сербского была разработана оригинальная методика Структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) [1]. В основе СОРОП – результаты исследования 507 больных с психическими расстройствами. Методика включает 22 параметра оценки, распределенных между тремя блоками признаков (клинических; связанных с историей жизни больного; характеризующих его социальную адаптацию). Проводилось несколько этапов апробации и ре-тестов надежности, а также изучение прогностической ценности СОРОП, что определяет ее доказательный характер. В частности, по результатам обследования 506 больных продемонстрированы надежность (α -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 77,0% соответственно [2]. Для удобства применения методики разработана программа для ЭВМ «Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных»².

СОРОП была составлена с позиции оценки наличия у больного как факторов риска совершения опасных действий, так и протективных факторов [1]. В частности, к сдерживающим (защитным) параметрам относятся: приверженность лечению; возраст старше 60 лет; наличие помощи и поддержки родных, близких; стабильная трудовая занятость; трудовая занятость, связанная с выполнением квалифицированного труда. Несмотря на то, что методика имеет преимущественно «негативные» формулировки пунктов с позиции факторов риска, с точки зрения внутренней организации расчёта количественной оценки, один и тот же параметр может оцениваться и с точки зрения риска, и с позиции протективности. Используемые в данном инструменте прогностиче-

² 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 <http://serbsky.ru/index.php/scientificunit/justice-psychiatry-prevention.html>

ские коэффициенты при их суммировании могут повышать общий балл, свидетельствуя о высоком риске совершения опасных действий, а могут снижать вследствие наличия параметров, сдерживающих опасное поведение [1].

В перспективе дальнейших исследований планируется рассмотреть, описать и апробировать методику СОРОП с точки зрения защитных факторов. Будет проведена статистическая проверка ряда существующих пунктов и их прогностических коэффициентов на предмет выраженности протективности и влияния на снижение риска общественной опасности. Помимо этого, планируется выявление дополнительных динамических параметров, сдерживающих противоправное поведение у лиц с психическими расстройствами, не включенных в методику СОРОП, с формированием оригинального отечественного инструмента их оценки.

При этом следует отметить, что само понятие протективных факторов, как и механизм их действия, остаются пока теоретически не в полной мере осмысленными. В литературе они рассматриваются или как противоположность признакам риска, или как простое отсутствие таких признаков в конкретных случаях. К примеру, если родительская гиперопека – фактор риска, то надлежащий родительский контроль играет роль протективного фактора. Обосновывается точка зрения, согласно которой защитные факторы могут существовать самостоятельно, без корреспондирующего им фактора риска [9]. Существует и теория о действии протективных параметров лишь при взаимодействии с факторами риска, когда они снижают или смягчают эффект последних. При таком подходе их изучение и учет приобретают смысл лишь при наличии факторов риска, в комплексе с ними. Предлагается также разделять факторы на профилактические (promotive), то есть переменные, позволяющие оценить риск совершения правонарушения как низкий, и протективные, защитные в строгом смысле слова, снижающие риск совершения правонарушения лицами, подверженными влиянию факторов риска [35]. Последние могут быть ранжированы

на изменяемые и неизменяемые, индивидуальные и общественные, что представляет практический интерес в части выбора направления профилактического вмешательства.

Заключение

Создание теоретической модели защитных факторов в механизме противоправного поведения лиц с психическими расстройствами – одно из перспективных исследовательских направлений. Их истинный потенциал длительное время недооценивался и не получал научного осмысления. Результаты исследований зарубежных авторов свидетельствуют о том, что прогнозирование вероятности общественной опасности с учетом протективных факторов приводит к более сбалансированной оценке, способствует успешному управлению рисками в клинической практике.

Лечебно-реабилитационная работа, направленная не только на минимизацию факторов риска, но и на выявление сдерживающих механизмов, с тем, чтобы в дальнейшем способствовать усилению их влияния, может значительно повысить эффективность мер по предупреждению опасных действий лиц с психическими расстройствами. Для обеспечения результативности программ превенции и психосоциальной реабилитации, направленных на активизацию протективных ресурсов в структуре личности больного и его окружении, важно иметь возможность доказательно оценить наличие и выраженность сдерживающих факторов, а также их влияние на снижение риска совершения опасных действий. Специалисты заинтересованы в разработке достаточно надежных методик такой оценки, помогающих принимать клинические и экспертные решения. Учитывая, что причины противоправного поведения многообразны, работа по их преодолению должна вестись с использованием опыта и навыков представителей различных специальностей, что подчеркивает значимость биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи, междисциплинарного подхода к оценке риска и работе по его преодолению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2016. №10. С. 18–26.
2. Макушкина О.А., Березкин А.С., Дурнева М.Ю., Авдонина С.М. Апробация и внедрение методики структурированной оценки риска опасного поведения у лиц с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 4. С. 18–24.
3. Полубинская С.В., Макушкина О.А. Прогноз риска опасных действий лиц с психическими расстройствами: зарубежный опыт и российские перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 3. С. 96–100.
4. Borum R., Lodewijks H., Bartel P.A., Forth A.E. Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) / Otto R.K., Douglas K.S. (Eds.) // Handbook of Violence Risk Assessment. N.Y., London: Routledge, 2010. P. 63–79.
5. Brown J., Singh J.P. Forensic Risk Assessment: A Beginner's Guide // Arch. Forensic Psychol. 2014, Vol. 1. N 1. P. 55.
6. Buchanan A. Risk of Violence by Psychiatric Patients: Beyond the "Actuarial Versus Clinical" Assessment Debate // Psychiatr. Serv. 2008. Vol. 59. P. 184–190.
7. de Ruiter C., Nickolls T.L. Protective Factors in Forensic Mental Health: A New Frontier // In. J. Forensic Mental Health. 2011. Vol. 10. N 3. P. 160–170.
8. de Vogel V., de Ruiter C., Bouman Y., de Vries Robb'e M. Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk. Versie 1. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief, 2007
9. de Vogel V., de Vries Robbe M., de Ruiter C., Bouman Y.H.A. Assessing Protective Factors in Forensic Psychiatric Practice: Introducing the SAPROF // Int. J. Forensic Mental Health. 2011. Vol.10. N.3. P.171–177.
10. de Vries Robb'e M., de Vogel V., de Spa E. Protective Factors for

- Violence Risk in Forensic Psychiatric Patients: A Retrospective Validation Study of the SAPROF // *Int. J. Forensic Mental Health*. 2011. Vol. 10. N 3. P. 178–186.
11. de Vries Robbé M., de Vogel V., Stam J. Protective Factors for Violence Risk: The Value of Clinical Practice // *Psychology*. 2012. Vol. 3. N 12A. P. 1259–1263.
 12. de Vries Robbé M., de Vogel V., Douglas K.S. Risk Factors and Protective Factors: A Two-sided Dynamic Approach to Violence Risk Assessment // *Int. J. Forensic Psychiatr. Psychol.* 2013. Vol. 24. N 4. P. 440–457.
 13. de Vries Robbé M., de Vogel V., Koster K., Bogaerts S. Assessing Protective Factors for Sexually Violent Offending with the SAPROF // *Sexual Abuse: J. Res. Treatment*. 2015. Vol. 15. N 1. P. 51–70.
 14. de Vries Robbé M., de Vogel V., Douglas K.S., Nijman H.L. Changes in Dynamic Risk and Protective Factors for Violence During Inpatient Forensic Psychiatric Treatment: Predictive Reduction in Postdischarge Community Recidivism // *Law Human Behav.* 2015. Vol. 39. N 1. P. 53–61.
 15. Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H. HCR-20 V3: Assessing Risk for Violence – User Guide. Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University. 2013.
 16. Douglas K.S., Shaffer C., Blanchard A.J.E. et al. HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #1. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University. 2014. P. 32–33. Доступно на сайте: www.HRC-20.com.
 17. Douglas T., Pugh J., Singh I., Savulescu J., Fazel S. Risk assessment tools in criminal justice and forensic psychiatry: The need for better data // *Eur. Psychiatry*. 2017. Vol. 42. P. 134.
 18. Gammelgard M., Koivisto A.M., Eronen M., Kaltiala-Heino R. Predictive validity of the structured assessment of violence risk in youth: A 4-year follow-up // *Crim. Behav. Mental Health*. 2015. Vol. 25. N 3. P. 192–206.
 19. Gray N.S., Benson R., Craig R. et al. The Short-Time Assessment of Risk and Treatability (START): A Prospective Study of Inpatient Behavior // *Int. Forensic Mental Health*. 2011. Vol. 10. N 4. P. 306.
 20. Haque Q. Implementation of Violence Risk Assessment Instruments in Mental Health Settings // *Int. Perspectives on Violence Risk Assessment / P. Jay Singh, S. Bjorkly, S. Fazel. (Eds.). Oxford, New York: Oxford University Press*. 2016. P. 40–41.
 21. Harris G.T., Rice M.E., Quinsey V.L. Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument // *Crim. Justice Behavior*. 1993. Vol. 20. N 4. P. 315–335.
 22. Hart S.D., Michie C., Cooke D.J. Precision of Actuarial Risk Assessment Instruments: Evaluating the ‘Margin of Error’ of Group v. Individual Prediction of Violence // *Br. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 190. N 49. P. 60–65.
 23. Hart S.D., Cooke D.J. Another Look at the (Im-)precision of Individual Risk Estimates Made Using Actuarial Risk Assessment Instruments // *Behav. Sci. Law*. 2013. Vol. 31. No. 1. P. 81–102.
 24. Lodewijks H.P.B., Doreleijers T.A.H., de Ruiter C., Borum R. Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment // *Int. J. Law Psychiatry* 2008. Vol. 31. N 3. P. 263–271.
 25. Lodewijks H.P.B., Ruiter C., de Doreleijers T.A.H. The impact of protective factors in desistance from violent reoffending: A study in three samples of adolescent offenders // *J. Interpers. Violence*. 2010. Vol. 25. P. 568–587.
 26. Meyers J.R., Schmidt F. Predictive Validity of the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY) with Juvenile Offenders // *Crim. Justice Behavior*. 2008. Vol. 33. N 3. P. 344–355.
 27. Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients // *Virginia Law Review*. 2006. Vol. 92. N 3. P. 405–406.
 28. Rennie C., Dolan M. Predictive validity of the youth level of service/case management inventory in custody sample in England // *J. Forensic Psychiatry Psychology*. 2010. Vol. 21. P. 407–425.
 29. Rice M.E., Harris G.T., Lang C. Validation of and Revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R) // *Psychol. Assessment*. 2013. Vol. 25. N 3. P. 951–965.
 30. Singh J.P., Grann M., Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants // *Crim. Psychol.* 2011. Vol. 31. N 3. P. 499–513.
 31. Singh J.P. Predictive Validity Performance Indicators in Violence Risk Assessment: A Methodological Primer // *Behav. Sci. Law*. 2013. Vol. 31. P. 8–22.
 32. 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.
 33. Singh J.P., Desmarais S.L., Hurdacas 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.
 34. Skeem J.L., Monahan J. Current Directions in Violence Risk Assessment // *Curr. Directions Psychological Sci.* 2011. Vol. 20. N 1. P. 38–42.
 35. The Oxford Handbook of Crime Prevention Edited by Brandon C. Welsh, David P. Farrington, Oxford University Press, 2011.
 36. Troquete N.A.C., van den Brink R.H.S., Beintema H. et al. Predictive Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability for Violent Behavior in Outpatient Forensic Psychiatric Patients // *Psychol. Assessment*. 2015. Vol. 27. N 2. P. 377–391.
 37. Ward T., Beech A.R. Dynamic Risk Factors: a Theoretical Dead-End? // *Psychology, Crime Law*. 2015. Vol. 21. N 2. P. 100.
 38. Webster C.D., Eaves D., Douglas K.S., Wintrup A. The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk (Version 1). Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University and Forensic Services Commission of British Columbia, 1995.
 39. Webster Ch.D., Nicholls T.L., Martin M.-L., Desmarais S.L., Brink J. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): the case for a new structured professional judgment scheme // *Behav. Sci. Law*. 2006. Vol. 24. N 6. P. 747–766.

ОЦЕНКА РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ

О.А. Макушкина, С.В. Полубинская

Определение риска опасного поведения лиц с психическими расстройствами для его предупреждения является актуальной задачей отечественной и зарубежной судебно-психиатрической экспертной деятельности и общей психиатрической практики. За несколько десятилетий исследований инструменты такой оценки прошли эволюцию от субъективных неструктурированных суждений до методик, основанных на применении клинических и статистических методов, с учетом, наряду с факторами риска, динамичных защитных (протективных) факторов. В статье анализируются три формализованных инструмента, созданных зарубежными исследователями и реализующих такой подход: SAPROF (the Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk), START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability), SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth), а также отечественная методика СОПОП (Структурированная оценка

риска опасного поведения лиц с психическими расстройствами). Приводятся данные, демонстрирующие их хорошую прогностическую силу. По мнению авторов, механическое внедрение зарубежных формализованных инструментов оценки риска опасного поведения в практику российской психиатрии вряд ли возможно и требуется развивать отечественные исследования в этой области. Одним из перспективных направлений является создание теоретической модели защитных факторов в механизме опасного поведения лиц с психическими расстройствами с формированием и внедрением валидных отечественных инструментов их оценки.

Ключевые слова: предупреждение опасных действий лиц с психическими расстройствами, оценка риска, структурированные профессиональные суждения, динамичные факторы риска, протективные факторы, SAPROF, START, SAVRY, СОПОП.

VIOLENCE RISK ASSESSMENT WITH REGARD FOR PROTECTIVE FACTORS IN FORENSIC-PSYCHIATRIC PRACTICE

O.A. Makushkina, S.V. Polubinskaya

Violence risk assessment happens to be an important part of both forensic psychiatric evaluation and general psychiatric practice in this country and abroad. Recent decades have shown the evolution of risk assessment instruments from subjective non-structured judgements to techniques based on clinical and statistical methods, with regard for dynamic protective factors. In this article, the authors analyze three instruments developed by foreign researchers, specifically, the SAPROF (the Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk), the START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) and the SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth), and also a Russian instrument called SOROP (Structured Risk Assessment of Violent Behavior in Persons with Mental Disorders).

The authors refer to data that show good predictive value of mentioned instruments. However, the authors emphasize that mechanical borrowing and use of foreign formalised instruments for violence risk assessment in Russian psychiatric practice are hardly possible, and stress the importance of domestic research in this direction. One of such directions could be development of a theoretic model of protective factors in dangerous behaviours of mentally disordered patients, and development and practical application of valid domestic risk assessment instruments.

Key words: prevention of violent behaviour of mentally disordered offenders, risk assessment, structured professional judgments, dynamic risk factors, SAPROF, START, SAVRY, SOROP

Макушкина Оксана Анатольевна – доктор медицинских наук, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: makushkina@serbsky.ru

Полубинская Светлана Вениаминовна – кандидат юридических наук, ведущий научный сотрудник отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, ведущий научный сотрудник сектора Уголовного права, уголовного процесса и криминологии ФГБУН Институт государства и права Российской академии наук; e-mail: svepol@yandex.ru