



IN SEARCH OF THE MOST IMPORTANT PREDICTORS OF VIOLENCE RISK IN A GROUP OF POLISH PATIENTS IN SECURE FORENSIC PSYCHIATRY UNITS

Marlena BANASIK¹, Damian POGRZEBA¹, Józef Krzysztof GIEROWSKI^{1,2}, Agnieszka WELENTOWACKA³, Michał NOWOPOLSKI^{3,4}, Marta KRUPA¹

¹ *University of Social Sciences and Humanities, SWPS Faculty in Katowice, Poland*

² *Institute of Forensic Research, Kraków, Poland*

³ *S. Kryzan Hospital for the Nervously and Mentally Ill in Starogard Gdański, Poland*

⁴ *University of Social Sciences and Humanities, Warsaw, Poland*

Abstract

Though in common use in western European countries, structured professional judgement of criminal violence risk (SPJ) is a relatively new approach in the Polish forensic psychiatry system. The research presented in this study, whose primary aim is to identify the most important predictors of violence risk level in a group of Polish patients receiving treatment in forensic psychiatry units, is mostly exploratory. The 101 participants in the research were exclusively Polish, male detainees at three psychiatric hospitals with forensic psychiatry wards: the S. Kryzan Hospital for the Nervously and Mentally Ill in Starogard Gdański, the State Hospital for Mental Diseases in Rybnik, and the Józef Babiński Psychiatric Hospital in Kraków. Statistical analysis of the results confirmed a low, positive relationship between a risk factor summary and final case prioritisation assessment. The six most important risk level predictors were also selected: H1c. Violence as an Adult, H10. Treatment or supervision response, C2. Violent ideation or intent, C4c. Cognitive instability, R2. Living situation, R3. Personal support. The practical implications of this study point to the constant need for further development of risk management tools in Poland and the introduction of modern solutions at the institutional level.

Keywords

Violence risk factors; Forensic psychiatry patients; Violent offenders.

Received 10 February 2021; accepted 2 March 2021

Introduction

Risk assessment is a process that aims to understand the potential for risk behaviours, such as violence, sexual assault or suicide, in order to prevent their recurrence (Towl, Farrington, Crighton, Hughes, 2008). The assessment process as a basis for selecting a repertoire of therapeutic interventions and implementing a specific treatment plan occupies an important place within the concept of Risk-Need-Responsivity (RNR; cf. Ward, Brown, 2004; Ward, Gannon, 2006; Ward,

Mann, Gannon, 2007; Ward, Marshall, 2004), which specifies the conditions for effective rehabilitation of offenders with the use of therapeutic interventions. It is based on the principles of risk, need and responsivity, while also taking into account the principle of professional discretion (Bonta, 1996; Andrews, Bonta, 2003; Looman, Abracen, 2013). In the simplest terms, it can be said that implementing these principles makes it possible – based on the established level of risk of re-offending and taking into account the needs and individual predispositions of the convicted person

– to shape therapeutic interactions with offenders so as to minimise future risk and hence to manage it (Bonta, 1996; Andrews, Bonta, 2003; Ward, Melser, Yates, 2007; Wormith, 2017).

Over the past thirty years, violence risk assessment has become one of the most important branches of forensic psychology (Crighton, Towl, 2010). In Poland, the use of advanced, structured assessment tools has a short history. Unfortunately, the national legislation does not favour innovation in this area, remaining with the solutions created during the communist era, where penalties, not protective measures, play the main role (Góralski, 2015). Greater stress began to be placed on the need for wider use of methods of professional risk assessment in Polish psychiatry and forensic psychology following publication of the Act of 22 November 2013 on Proceedings Against Persons with Mental Disorders Posing a Threat to the Life, Health or Sexual Freedom of others (Journal of Laws, 2014, item 24), whose provisions oblige experts to assess the probability that perpetrators will violate legal rules in the future (Gierowski, 2014). Moreover, this assessment is the most important determinant of whether an offender should be placed in the National Centre for the Prevention of Dissocial Behaviours (KOZZD). Since 2015, expert psychiatrists and psychologists have also been compulsorily appointed by the court for the purpose of giving an opinion on the appropriateness of the application, modification or revocation of therapeutic and preventive measures (Gierowski, 2018). Without robust, evidence-based risk-assessment tools, the ability to make a professional and accurate judgement in this area is clearly hampered. Expert witnesses are also unlikely to meet the legislature's high expectations regarding the required precision of measurement (Bocheński, 2016). Currently, neither the quality or reliability of expert opinions is rated highly (Gierowski, 2004). The unsatisfactory level of ability to select appropriate techniques and methods for the purposes of forensic psychological examinations has been listed among the significant errors evident in expert reports examined by a team – established to provide recommendations to experts – from the Polish Psychological Association (Gierowski, 2004). The problem of lack of use of the latest research and expertise in opinions also concerns psychiatric experts (cf. Bogdanowicz, Hajdukiewicz, 1997; Habzda-Siwek, 2002). It is highly likely that the difficulties described translate into a disinclination to overrule, or fear of overruling, treatment in secure forensic psychiatry units. This is indirectly indicated by an analysis of the average length of such treatment and of the disproportion observed between the number of patients referred to and released

from secure forensic psychiatry units. Cases of release are, of course, much less frequent (cf. Connell et al., 2019; Gulla, 2014; Welento-Nowacka, 2017). It is worth noting that in Poland a periodic risk assessment is required every six months, and the head of the psychiatric institution is obliged to inform the court about changes in a patient's condition. This is regulated by article 204 of the Executive Penal Code: "The court shall, at least every six months, in the event of an opinion that it is no longer necessary to keep the offender in a secure institution where preventive measures are being carried out, rule without delay on the continuation of the measures. If necessary, the court shall consult experts."

In practice, opinions are drawn up by the therapeutic team of the unit where the patient is located. This task is complicated by the lack of uniform standards, the dynamic nature of risk assessment and ambiguity regarding the required assessment methodology (Gulla, 2014). It would be a great deal easier were it possible to use a model of proceedings standardised for Poland and based on the application of methods of structured risk assessment. This would provide an opportunity to extend the prognosis with proposals for risk management solutions based on extensive information about the patient – the resources and deficits on which therapeutic management has so far pivoted – and possible changes in the level of probability of violence. Perhaps in the coming years, thanks to the involvement of psychiatrists and psychologists from several psychiatric hospitals in Poland (led by the hospital in Starogard Gdański, where the team responsible for the Polish adaptation of the HCR20-v3 scale and SAPROF operates; Nowopolski, Welento-Nowacka, Ciszewski, Axer, 2016), where structured assessment of the risk of violence has been part of daily practice since 2016, uniform standards of assessment drawn from foreign experience and adapted to Polish realities will be created. It will then be possible to implement the principles embodied in the RNR concept more fully.

Methodological basis of modern methods of violence risk assessment

In the simplest terms, risk assessment methods can be divided into three groups (Towl et al. 2008):

1. Unstructured assessment: otherwise known as clinical assessment; based solely on the assessor's experience of working with similar cases and their knowledge of the patient. This method is now

considered inaccurate and unacceptable due to the lack of empirical evidence to supporting its effectiveness and the subjectivity of the opinions produced (Kahneman, Slovic, Tversky, 1982).

2. Statistical assessment: this is based on conclusions drawn from scientific research conducted to identify variables that are strongly related to re-offending (measured by so-called actuarial methods).
3. Structured assessment: this combines the advantages of both of the previously mentioned assessment approaches; also known as the anamnestic approach (Gierowski, 2018). A professional using SPJ (structured professional judgement of criminal violence risk) clinically assesses the validity of individual risk factors given the context, dynamics, and severity of a patient's risk behaviours. It is now the most widely used risk assessment method, and the need for it to be introduced has been emphasised by many researchers (Fuller, Cowan, 1999; Gray, Snowden, Taylor, MacCulloch, 2004). Many tools have been developed for professional risk assessment using the SPJ approach, e.g. Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20), Structured Assessment of Protective Factors for Risk of Violence (SAPROF), Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) and Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). The pillars of the SPJ approach can be boiled down to the following: violence, risk, assessment, management, evidence-based decision making and integration (Douglas, Hart, Webster, Belfrage, 2013).

Stages and objectives of violence risk assessment

Broadly speaking, risk assessment consists of two major phases: prognosis and planning/management (Heilbrun, 1997). The phases mentioned above are highly interdependent and bi-directionally linked: good planning cannot occur without forethought about what behaviours the subject might engage in in the future, so – again – forecasting would appear impossible without considering what could be done to manage risk. In a procedural sense, we can distinguish a number of risk assessment stages (Webster, Müller-Isberner, Fransson, 2002). These are: explaining the purpose of conducting a risk assessment, gathering and synthesising information, analysing the information gathered to determine the presence of relevant risk factors, weighing and combining risk factors to characterise the potential for violence, planning a preferred course of action to prevent it, and communicating findings and opinions.

The overarching goal of a violence risk assessment is to prevent violence from occurring (Guy, Douglas, Hart, 2015). Ko Hummelen, Robbert-Jan Verkes and Michiel van der Wolf (2018) define risk management as the totality of interventions and measures to reduce the risk of criminal behaviour and violence to a minimum. In practice, it refers to four basic activities: monitoring, treatment, perpetrator supervision, and planning for victim safety (Douglas, Webster, Hart, 2001). Risk management is based on analysing the results of a structured professional risk assessment and coexists with patient monitoring and the delivery of therapy to target current risk factors (Kropp, Hart, Lyon, LePard, 2002). An important element of management is the creation of a plan to prevent the recurrence of criminal behaviour, designed to address priority risk factors and the means of controlling them. For example, if the patient is someone who has committed crimes while under the influence of hard drugs, part of the risk management plan will be to constantly monitor the level of prohibited substances in their system. If the rules are broken, staff impose a number of restrictions on the patient, such as suspending their entitlement to passes allowing them to leave the unit. The restriction of individual rights or freedoms is an element of supervision, and its framework is regulated precisely by the provisions of the Penal Code. Treatment involves the implementation of specific therapeutic plans (pharmacological and psychotherapeutic) focusing on the individual needs and deficits in the functioning of the patient. Planning for victim safety includes, but is not limited to, creating scenarios that identify possible future victims of a particular perpetrator (Welento-Nowacka, 2017). Protective factors are also considered when assessing and managing risk in institutional settings. As part of the management plan, patients are taught how to get a job and how to spend the day in a productive manner, and they encounter new hobby options and build a supportive social network around them (de Vogel, de Ruiter, Bouman, de Vries Robbé, 2012).

Risk of violence in a group of mentally ill people

Many analyses have been carried out in search of the determinants of the magnitude of the risk of violence in groups of psychiatric patients and in pursuit of a way to describe it. The research findings obtained in this context not only serve forensic psychiatric professionals in optimising their actions and decisions, but may also help to allay the social anxieties associated with the functioning of mentally ill individuals beyond secure units. Due to the limited space available to this

study, selected findings from the literature review are presented briefly in Table 1.

A review of this summary suggests, among other things, a significant role for dual diagnosis in the increase of the risk of violence. Patients with comorbid psychotic problems with substance abuse and personality disorders are more likely than other psychiatric patients to resort to violence in the short and long term. Contrary to popular opinion, the role of active psychotic symptoms is not crucial for the emergence of aggressive behaviour. The lack of analyses involving Polish patients led the authors to search for determinants of risk assessment relevant to this group. It was decided to focus on examining the relationship between the sum of the risk factor subscores and the final case score on the HCR-20v3 scale. The long-standing attachment of Polish specialists to clinical risk assessment and the low prevalence of structured assessment methods have resulted in a lack of access to such data

and concomitant low confidence in their results. There is still a strong belief that assessment in the clinical setting depends most on the experience and knowledge of the specialist. It is worth recalling at this point that in HCR-20v3 the final score – the case-priority score – is a qualitative appraisal rather than a simple reflection of the sum of risk factors observed in the patient. The interview is structured to ensure that each professional has access to the same basis of assessment established through scientific research, thereby making it objective. The second aim of this study was to identify the strongest predictors of risk in the group of psychiatric patients. In addition to its cognitive value, the results of the analysis verify the role of static and dynamic factors in the final evaluation. The excessive focus on historical factors alone in the risk measurement process has been repeatedly criticised in the literature and was one of the motivations for developing methods such as the HCR-20.

Table 1

Correlates and severity of violence risk in psychiatric patients (original work based on Andreasson et al., 2014; Beck, 2004; Dack, Ross, Papadopoulos, Stewart, 2013; Eronen, Hakola, Tiihonen, 1996; Kudumija Slijepčević et al., 2014; Mullen, 2006; Ross, Querengässer, Fontao, Hoffmann, 2012; Swanson, Swartz, Van Dorn, Elbogen, Wagner, 2006; Tiihonen, Isohanni, Rasanen, Koiranen, Moring, 1997)

Demonstrated associations	Authors of the analysis
Unmarried, young men diagnosed with schizophrenia who were forcibly admitted to forensic psychiatry wards, with a large number of previous hospitalisations and a history of addiction to psychoactive substances are much more aggressive during hospitalisation than other patients	Dack et al. (2013)
Long-term psychiatric hospitalisation (over 10 years) is often associated with the diagnosis of personality disorders or mental retardation, low socio-economic status, lack of stable interpersonal relationships and low social activity	Ross et al. (2012)
A relationship between the occurrence of psychotic disorders and the use of psychoactive substances in the group of patients undergoing long-term treatment	Andreasson et al. (2014)
The overall violence risk among people with schizophrenia is seven times higher than among people without mental illness	Tiihonen et al. (1997)
Prior history of violence, alcohol addiction and antisocial personality disorder combined together significantly increase the risk of future aggressive behaviour in psychiatric patients; people diagnosed with schizophrenia are characterised by higher violence risk than people in the general population	Eronen et al. (1996)
There is a relationship between the presence of psychotic symptoms (mainly delusion of persecutions and auditory hallucinations) and the presence of violence	Swanson et al. (2006)
The importance of substance abuse in increasing the risk of violence in the group of psychiatric patients; delusional psychotic symptoms have rarely been associated with violence, but when present, have almost always resulted in aggressive behaviour	Beck (2004)
Older age, the duration of the untreated phase of the disease before first contact with psychiatric centres and alcohol abuse are indicated as predictors of violent crime in the group of patients diagnosed with paranoid schizophrenia; harmful alcohol consumption was the strongest predictor of increased risk of violence; patients from the violent group also showed higher rates of psychopathy, emotional stability and lower education than those not using violence	Kudumija Slijepčević et al. (2014)
Only 10%–15% of patients diagnosed with schizophrenia manifest serious acts of violence, in the indicated group treatment should be targeted at the following risk factors: criminogenic personality traits, lack of employment and / or organised activities, abuse of psychoactive substances, and the lack of appropriate and supportive networks and social relationships	Mullen (2006)

Research methodology

The respondent group and the course of the study

The study involved 101 men hospitalised in the basic-security level forensic psychiatry units at the S. Kryzan Hospital for the Nervously and Mentally Ill in Starogard Gdański, the State Hospital for the Nervously and Mentally Ill in Rybnik, and the Dr. Józef Babiński Clinical Hospital in Kraków. The mean age was 38.8 years ($SD = 10.97$) and the age range was 28–72 years. The dominant type of violence among the internees appeared to be physical violence (55%), followed by verbal violence (14%), domestic and partner violence (13%), non-violent attack (9%), sexual violence (5%) and manipulative behaviour (4%). The vast majority of patients had been diagnosed with psychotic disorders (80%), while twenty patients (20%) had received a dual diagnosis (psychotic disorders together with personality disorders). These data are displayed in Table 2.

The research procedure consisted of three stages:

1. Gathering essential information about the subject based on an interview and analysis of records according to the guidelines in the HCR-20v3 manual (May 2019 to May 2020).
2. Assessment of the severity and presence of risk factors according to the HCR-20v3 guidelines and determination of the final risk score, that is, determination of what is known as case priority (May 2020).
3. Data entry into IBM SPSS Statistics v. 26 and appropriate coding of variables (May 2020).

The data obtained were anonymised and the subjects consented to the study. The final violence risk assessment for the HCR-20v3 instrument refers to a situation in which a subject is discharged from a facility where preventive psychiatric measures are being implemented.

Measurement tools

Basic data needed for further statistical analyses were collected by means of an in-depth, semi-structured interview and inspection of medical records, community interviews and forensic psychiatric opinions. The individual factors included in the HCR-20v3 scale were then evaluated and the case-priority level for future violence when the patient was discharged was determined.

HCR-20v3

The HCR-20v3 (*Historical Clinical Risk Management-20 Version 3*; Douglas et al., 2013) is one of the world's best-known and most widely used tools for assessing and managing violence risk in adults. It is used to decide the required level of security to be applied to a psychiatric internee, as guidance for further treatment, to set treatment goals, and to decide whether to terminate treatment. The HCR-20v3 research procedure includes seven steps: information collection, assessment of the presence of risk factors, assessment of the significance of risk factors, risk study, management scenarios, conclusions and opinions. The tool consists of twenty risk factors that are divided into three scales: historical (ten factors), clinical (five factors) and risk management (five factors). The presence (no presence, partial presence or factor is present) and relevance (no relevance, partial relevance or factor is significant) of each item are assessed on a three-grade scale. The assessment is based on an in-depth, semi-structured interview with the subject, as well as on medical records, community interviews, forensic psychiatric opinions, and the notes of prison psychologists or the police (Banasik, 2015). Principles and guidelines for the assessment of individual aspects and for the issuance of the final assessment are included in the

Table 2

The study group by diagnosis and dominant type of violence

	The study group (N = 101)	Diagnosis		Dominant type of violence					
		Only psychotic disorders	Psychotic and personality disorders	Physical	Verbal	Domestic and intimate partner	Non-violent attack	Sexual	Manipulative behaviour
n (%)	101 (100)	81 (80)	20 (20)	56 (55)	14 (14)	13 (13)	9 (9)	5 (5)	4 (4)
Age (years), M, SD	38.8 (10.9)	36.4 (9.7)	37.3 (10.5)	38.5 (10.9)	39.1 (10.8)	37.6 (9.6)	38.1 (10.5)	39.2 (11.0)	38.7 (10.4)

HCR-20v3 application manual, which has also been translated into Polish. Due to the lack of scale normalisation for research purposes, the sum of individual factor scores was used instead. The reliability of the tool was tested by comparing the evaluation results of thirty-two cases between three evaluators. The internal reliability of Cronbach's alpha was compared with the consistency of the ratings (Douglas, Belfrage, 2014). The results for the consistency of the scores between the subscales oscillated around 0.82–0.93, which can be considered a very good result, and for the internal reliability around 0.60–0.80, which can be assessed as between good and very good (Fleiss, 1981).

Statistical analysis

The data obtained were statistically analysed using SPSS Statistics v. 26 (IBM), as recommended in the manual *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (Field, 2018). Because the data were ranked, Spearman's rho correlation coefficient was used to calculate the correlation between the study variables. A one-way Anova analysis of variance was used for further calculations, treating the summed scores obtained for the historical, clinical and violence risk management scales as the continuous variable. This procedure is not part of the HCR-20v3 standard

operating procedure, during which point values are not assigned, but it is used in research for statistical analysis. The assigned values reflect the severity of each risk factor: absence was scored as 0, partial presence of a factor was expressed by a value of 1, and 2 points were awarded for clear presence of a factor. To identify the HCR-20v3 factors that exert the greatest influence on case-priority assessment, it was decided to perform a linear regression analysis.

Research results

The relationship between summary assessment of individual risk factors and priority-case assessment for future violence (low, moderate, high)

For the group of patients studied, a positive, statistically significant relationship between the total points obtained for the various risk factors and the priority-case rating for future violence on the HCR-20 scale ($\rho = 0.194$, $p = 0.008$) was observed. The results of the subsequent Anova one-way analysis of variance for independent samples with planned comparisons made it possible to add new statistics to the results, which showed that the sum of individual risk factor scores differentiates the final priority-case rating (low,

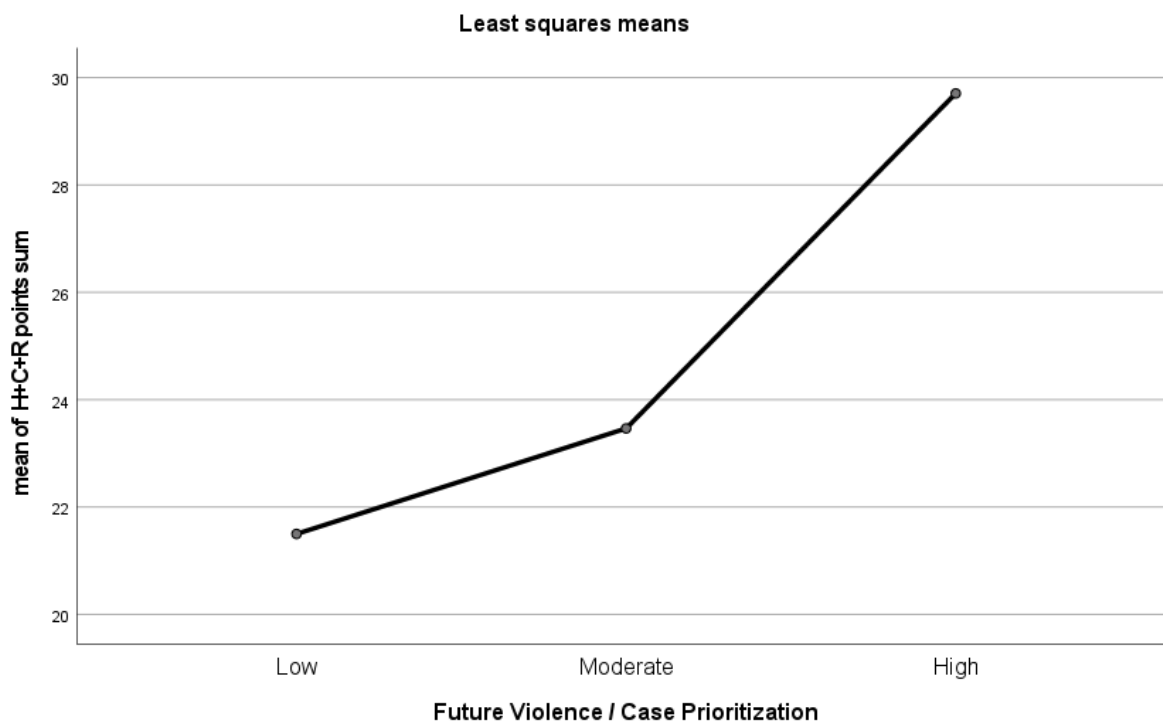


Figure 1. Least squares means for the study group ($n = 101$).

moderate, high) to a degree that is statistically significant: $F(2.96) = 4.76$; $p = 0.011$; $r = 0.30$. Patients at low risk had the lowest mean score for the risk summary score ($M = 21.50$), subjects at moderate risk had a medium score ($M = 23.47$), and those at high risk had the highest mean summary score ($M = 29.71$). Planned comparisons for the study patient group showed that low priority-case scores were accompanied by statistically significant lower summary risks calculated for all HCR-20 subscales than moderate and high case priority scores ($t(96) = 2.37$, $p = 0.02$, $r = 0.23$). These data are displayed in Figure 1.

HCR-20v3 factors significantly affecting priority-case rating (low, moderate, high)

A linear regression model was used to identify the strongest predictors of priority-case ratings. The analysis was conducted in three steps. In the first, historical scale factors were inserted into the model, in the second clinical scale factors, and in the last violence risk management scale factors. The model fit proved to be statistically significant. The results distinguished six factors significantly influencing case-priority ratings for future violence – two for each of the HCR-20v3 scales. The highest beta standardised coefficient was obtained for factor H1c – violence as an adult ($\beta = 0.345$), followed by R3 – personal support ($\beta = 0.254$), C2 – violent ideation or intent ($\beta = 0.252$), R2 – living situation ($\beta = 0.25$), and C4c – cognitive instability ($\beta = 0.212$). A negative beta standardised coefficient ($\beta = -0.294$) was obtained for the H10 coefficient: response to treatment and supervision. The risk management scale has the highest percentage of explanation of the whole model (21%), followed by the historical scale (19.8%) and the clinical scale (11.1%). These dependencies are shown in Table 3.

Discussion

The relationship between summary rating of individual risk factors and case-priority rating for future violence (low, moderate, high)

There was a weak, positive association between the summary scores of individual risk factors and the case-priority rating for future violence on the HCR-20 scale. The results obtained are in line with the view that the use of methods of professional structured risk assessment is an important step towards objectifying the diagnosis and reflects the assumptions of the anamnestic approach. Although the sum of risk factors observed during the interview and during analysis of medical records does not directly translate into the final score, the need to consider each factor in the assessment minimises subjectivity in perceptions of patients – especially where they remain in units long term. At the same time, this does not exclude the possibility of identifying key factors for a particular subject. To focus on the presence of positive symptoms and on the current results of pharmacological treatment without considering the broader background of the patient's behaviour does not effectively predict the appearance of aggressive acts in the future. Reaching out in the assessment process to factors that are not apparent at first glance in a patient's everyday functioning in the unit, such as the diagnosis of the presence of a support network (family and institutional), or to personality or environmental conditioning of previous antisocial acts, may be crucial in this case for the prevention of violence. Studies performed by Mullen (2006), Kudemija Slijepčević et al. (2014) and Ross et al. (2012) reached similar conclusions.

HCR-20v3 factors significantly affecting case-priority rating for future violence (low, moderate, high)

It was possible based on the results to identify six factors that significantly affect case-priority ratings: violence in adulthood, response to treatment and supervision, future problems with social support, future problems with living situation, current problems with

Table 3
Linear regression analysis results

	Statistically significant predictors						HCR-20v3 scales		
	H1c	H10	C2	C4c	R3	R2	H	C	R
Standardised beta coefficient (β)	0.345	-0.294	0.252	0.212	0.254	0.250			
Percentage of model explanation (%)							19.8	11.1	21.0

ideas and intentions about violence, and current problems with cognitive instability. The role of past violent behaviours in shaping risk has been admirably confirmed in the literature in many populations of subjects and is not in doubt (Banasik, Gierowski, 2015). In contrast, the negative nature of the association between response to supervision and treatment and risk of future violence provides interesting insights. The results of the regression analysis suggest that patients who show a positive response to specialist interventions and who have not violated the rules of therapy and general functioning in the treatment facility in the past, present a higher risk of violence in the future. A likely explanation for this observed relationship is the process of institutionalisation associated with long-term hospitalisation (Loch, 2014). In the study group, patients stayed in the forensic psychiatric unit for an average of 3.5 years (the maximum recorded length of hospitalisation was approximately sixteen years), and for many of them this was not the only hospitalisation in their lives. Long-term internment is not without its impact on patients' capacity to adapt to conditions outside the institution. A psychiatric unit is an artificial and controlled social environment, in which hospital routine is combined with specific requirements for social contact and problem solving. It is not surprising, therefore, that patients who have been interned for a long time, despite conforming to internal rules, do not augur well in terms of functioning independently outside the unit. Loch (2014) suggests that the process of positive deinstitutionalisation for psychiatric patients can only proceed properly with the support of appropriate outpatient services that are easily accessible and whose principles have been systematically implemented. Based on an analysis of the consequences of long-term hospitalisation in a group of Italian patients, Frieri, Montemagni, Rocca, Rocca, Villari (2013) postulate that psychiatric intervention should include stabilisation of symptoms, adjustment of treatment and preparation of the ground for outpatient care. Although this study does not apply directly to forensic psychiatry, it is hard to resist the impression that their guidelines can be summed up succinctly: risk management should displace the propensity for long-term isolation.

It is worth noting that factors from each of the subscales of the HCR-20 scale (historical, clinical, and future risk) were among the strongest predictors of risk. This clearly demonstrates the need for a holistic view of the patient, without excessive focus on historical or clinical factors. This conclusion is also supported by the data on the percentage contribution of each component of the tool in explaining the variation in the

final scores. In fact it has been shown that knowledge of the availability of methods to manage the risk in a particular case plays the greatest role in deciding the level of risk. It is not without reason that risk management is cited as the overarching objective of evaluation (Guy, Douglas, Hart, 2015; Hummelen, Verkes, van der Wolf, 2018). Thus, to go no further than an analysis of historical and clinical factors leads to a significant loss of knowledge about the risk presented by a patient. The importance of combining monitoring, treatment, supervision and planning for victims' safety in the process of minimising the likelihood of future violence cannot be overstated (Douglas et al., 2001). The results of the analysis also direct researchers' attention to the fact that case-priority judgements depend strongly on context. After all, the options for managing risk within a secure unit and in the community are utterly unlike. Here it is worth citing the findings of Paul Mullen's study of a group of patients with a diagnosis of schizophrenia (2006), in which he confirmed that the risk-management efforts of specialist staff should be directed, *inter alia*, towards providing a support network and establishing prosocial and sustainable relationships with the environment. Similar conclusions were also reached by Witt, Van Dorn and Fazel (2013), whose findings suggest that future problems with support and living situations are also decisive. Satisfying, daily interpersonal interactions with members of the social group facilitate risk management by improving the psychological and social adjustment of patients (Douglas et al., 2013). According to the developers of the HCR-20, difficulties in this area are not necessarily due only to patients' lack of skills, but also to objective weaknesses in the social network. An even broader spectrum of patient functioning is illuminated by assessment of future problems in the living situation, such as the quality of home conditions and opportunities for supervision there, the employment environment and the neighbourhood environment, including likelihood of exposure to factors which increase the risk of violence, such as easy access to psychoactive substances. Strand, Belfrage, Fransson and Levander (1999), who demonstrated the great significance of dynamic factors for assessing the likelihood of future violence, paid particular attention to factors from the violence risk management scale, such as lack of support, response to treatment and stress. The problem of low uptake of modern risk assessment methods among forensic psychiatrists seems all the more acute in view of the literature review and the data obtained in this study. Access to modern tools created as part of the trend in evidence-based treatment will undoubtedly bring many benefits to forensic

psychologists and psychiatrists, as well as to patients. Before this happens, though, it is necessary to conduct further research in a group of people subject to preventive psychiatric treatment and to intensify the discussion among professionals about these benefits.

Final conclusions

There was a weak, positive association between the summary scores of individual risk factors and the priority-case assessment for future violence on the HCR-20 scale.

The particular, practical value of the results lie in indicating the most important historical and dynamic factors for the final risk assessment and in signalling the significance of the management of future risk of violence.

The observations made in the group of Polish patients from secure forensic psychiatry units broadly confirm the results of similar studies published in the international literature.

This research, which was funded by NCN, was carried out in the Department of Forensic Psychology at the SWPS University within the framework of a project entitled: The Role of Risk and Protective Factors in Assessing and Monitoring the Likelihood of Committing a Criminal Act in Offenders Subject to the Isolation System of Therapeutic and Preventive Measures and Serving a Prison Sentence (competition OPUS 15, no. 2018/29/B/HS5/00474).

References

1. Andreasson, H., Nyman, M., Krona, H., Meyer, L., Anckarsäter, H., Nilsson, T., Hofvander, B. (2014). Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 635–642.
2. Andrews, D. A., Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati: Routledge.
3. Banasik, M. (2015). *Psychopatyczne zaburzenie osobowości oraz ryzyko pojawienia się przemocy na tle różnic międzypłciowych*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
4. Banasik, M., Gierowski, J. K. (2015). Predictors of aggressive criminality among sentenced women and men with psychopathic characteristics. *Problems of Forensic Sciences*, 102, 96–114.
5. Beck, J. C. (2004). Delusions, substance abuse, and serious violence. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 169–172.
6. Bocheński, M. (2016). Practical aspects of assessment of risk of re-offending by “especially dangerous” offenders in the context of the judgement of the constitutional tribunal of 23 November 2016. *Problems of Forensic Sciences*, 108, 632–650.
7. Bogdanowicz, E., Hajdukiewicz, D. (1997). Opinie sądowo-psychiatryczne wydane po obserwacjach szpitalnych w Polsce w latach 1995–1996 – ocena poprawności pod względem formalnym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 6(4), 461–469.
8. Bonta, J. (1996). Risk-needs assessment. (In) A. T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply* (pp. 293–335). London: Sage Publications.
9. Connell, C., Seppänen, A., Scarpa, F., Gosek, P., Heitzman, J., Furtado, V. (2019). Czynniki zewnętrzne wpływające na długość pobytu w ośrodkach psychiatrii sądowej – badanie europejskie. *Psychiatria Polska*, 53(3), 673–689.
10. Crighton, D., Towl, G. (2010). *Forensic psychology* (pp. 296–298). Malden: BPS Blackwell.
11. Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. B. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255–268.
12. Douglas, K. S., Belfrage, H. (2014). Interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 Version 3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 130–139. DOI:10.1080/14999013.2014.908429.
13. Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H. (2013). *HCR-20v3: Assessing risk for violence – User guide*. Burnaby: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
14. Douglas, K. S., Webster, C. D., Hart, S. D. (2001). *HCR-20 Violence risk management companion guide*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
15. Eronen, M., Hakola, P., Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 497–501. DOI:10.1001/archpsyc.1996.01830060039005.
16. Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
17. Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2nd ed.). New York: Wiley.
18. Frieri, T., Montemagni, C., Rocca, G., Rocca, P., Villari, V. (2013). Clinical outcome and length of stay in an Italian Psychiatric Emergency Service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 1013–1020.
19. Fuller, J., Cowan, J. (1999). Risk assessment in a multidisciplinary forensic setting: Clinical judgement revisited. *Journal of Forensic Psychiatry*, 10(2), 276–289. DOI:10.1080/0958518990840368148.

20. Gierowski, J. K. (2004). Błędy w opiniowaniu sądowo-psychologicznym w świetle podstawowych standardów psychologii sądowej. *Palestra* 49, 7–8.
21. Gierowski, J. K. (2018). Kilka uwag o potrzebie wprowadzenia nowych zasad oceny i monitorowania ryzyka przemocy kryminalnej w polskim systemie prawa karnego. (In) K. Banasik, K. A. Kargol, A. Kubiak-Cyrul, M. Lubelski, E. Plebanek, A. Strzelec (Eds.), *W poszukiwaniu prawdy. Rozważania o prawie, historii i sprawiedliwości* (pp. 211–230). Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
22. Gierowski, J. K. (2014). Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 82, 15–46.
23. Gierowski, J. K., Paprzycki, L. (2014). Kontrowersje związane z ustawą z dnia 2 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób – perspektywa prawna i psychiatryczno-psychologiczna. *Palestra*, 9, 144–161.
24. Gierowski, J. K., Paprzycki, L. (2012). Środki zabezpieczające: umieszczenia – pobytu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, w zakładzie karnym, w zakładzie zamkniętym przeznaczonym dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych albo skierowania takich sprawców na leczenie ambulatoryjne oraz terapia i elektroniczna kontrola miejsca pobytu stosowane wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniem osobowości. (In) L. Paprzycki (Ed.), *System prawa karnego. Tom 7. Środki zabezpieczające* (pp. 131–285). Warszawa: CH Beck.
25. Góralski, P. (2015). *Środki zabezpieczające w polskim prawie karnym*. Warszawa: Instytut Wydawniczy EuroPrawo.
26. Gray, N. S., Snowden, R. J., MacCulloch, S., Philips, H., Taylor, J., MacCulloch, M. J. (2004). Relative efficacy of criminological, clinical and personality measures of future risk of offending in mentally disordered offenders: A comparative study of HCR-20, PCL:SV and OGRS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 523–530. DOI:10.1037/0022-006X.72.3.523.
27. Gulla, B. (2014). Stosowanie leczniczych środków zabezpieczających wobec chorych psychicznie sprawców czynów zabronionych. (In) M. Szpitalak, K. Kasperek (Eds.), *Psychologia sądowa. Wybrane zagadnienia* (pp. 309–323). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
28. Guy, L. S., Douglas, K. S., Hart, S. D. (2015). Risk assessment and communication. (In) B. Cutler, P. Zapf (Eds.), *APA handbook of forensic psychology: Vol. 1. Individual and situational influences in criminal and civil contexts* (pp. 35–86). Washington, DC: American Psychological Association.
29. Habzda-Siwiek, E. (2002). *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*. Kraków: Wydawnictwo Zakamycze.
30. Heilbrun, K. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment: The importance of legal decision-making context. *Law and Human Behavior*, 21, 347–359.
31. Hummelen, J. W., Verkes, R. J., Wolf, M. J. F., van der (2018). *Forensische psychiatrie en de rechtspraak*. Utrecht: Tijdstroom.
32. Kahneman, D., Slovic, S. P., Tversky, A. (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.
33. Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D., Le Pard, D. (2002). Managing stalkers: Coordinating treatment and supervision. (In) L. Sheridan, J. Boon (Eds.), *Stalking and psychosexual obsession: Psychological perspectives for prevention, policing and treatment* (pp. 138–160). Chichester: Wiley.
34. Kudumija Slijepčević, M., Jukić, V., Novalić, D., Žarković-Palijan, T., Milošević, M., Rosenzweig, I. (2014). Alcohol abuse as the strongest risk factor for violent offending in patients with paranoid schizophrenia. *Croatian Medical Journal*, 55, 156–62. DOI:10.3325/cmj.2014.55.156.
35. Loch, A. A. (2014). Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 137–145.
36. Looman, J., Abracen, J. (2013). The risk need responsivity model of offender rehabilitation: Is there really a need for a paradigm shift? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3–4), 30–36.
37. Mullen, P. (2006). Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(4), 239–248. DOI:10.1192/apt.12.4.239.
38. Nowopolski, M., Welento-Nowacka, A., Ciszewski, L., Axer, A. (2016). SAPROF. Wytyczne do oceny czynników ochronnych dotyczących ryzyka przemocy. Retrieved March 28, 2020 from: www.ryzykoprzemoc.pl.
39. Ross, T., Querengässer, J., Fontao, M. I., Hoffmann, K. (2012). Predicting discharge in forensic psychiatry: The legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 213–221.
40. Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G., Lavender, S. (1999). Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders – more important than historical data? A retrospective study of 40 mentally disordered offenders assessed with the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 67–76.

41. Swanson, J., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490–499.
42. Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M., Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 840–845. DOI: 10.1176/ajp.154.6.840.
43. Towl, G. J., Farrington, D. P., Crighton, D. A., Hughes, G. (2008). *Dictionary of forensic psychology*. Willan Publishing.
44. Vogel, V., de., Ruiter, C., de., Bouman, Y. H. A., Vries Robbé, M., de (2012). *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten.
45. Ward, T., Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243–257. DOI:10.1080/10683160410001662744.
46. Ward, T., Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77–94. DOI:10.1016/j.avb.2005.06.001.
47. Ward, T., Mann, R. E., Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87–107.
48. Ward, T., Marshall, W. L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression*, 10, 153–169. DOI:10.1080/13552600412331290102.
49. Ward, T., Melser, J., Yates, P. M. (2007). Reconstructing the risk-need-responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208–228. DOI:10.1016/j.avb.2006.07.001.
50. Webster, C. D., Müller-Isberner, R., Fransson, G. (2002). Violence risk assessment: Using structured clinical guides professionally. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 185–193. DOI: 10.1080/14999013.2002.10471173.
51. Welento-Nowacka, A. (2017). Zastosowanie oraz założenia teoretyczne narzędzi opartych na modelu ustrukturyzowanej oceny ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą w praktyce klinicznej. *Psychiatria*, 14(1), 21–27.
52. Witt, K., Van Dorn, R., Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLOS ONE*, 8(9). DOI:10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38.
53. Wormith, J. (2017). Automated offender risk assessment. *Criminology & Public Policy*, 16(1), 281–303.

Corresponding author

Dr. Marlena Banasik
University of Social Sciences and Humanities
ul. Techników 9
PL 40-326 Katowice
e-mail: m.banasik@swps.edu.pl

W POSZUKIWANIU NAJWAŻNIEJSZYCH PREDYKTORÓW OCENY NASILENIA RYZYKA PRZEMOCY W GRUPIE POLSKICH PACJENTÓW Z ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII SĄDOWEJ

Wprowadzenie

Ocena ryzyka to proces mający na celu zrozumienie możliwości wystąpienia zachowań ryzykownych, na przykład przemocy, przemocy na tle seksualnym czy samobójstwa, w celu prewencji ich ponownego wystąpienia (Towl, Farrington, Crighton, Hughes, 2008). Proces oceny jako baza dla doboru repertuaru oddziaływań terapeutycznych i wdrażania specyficznego planu leczenia zajmuje istotne miejsce w ramach koncepcji *Risk-Need-Responsivity* (RNR; por. Ward, Brown, 2004; Ward, Gannon, 2006; Ward, Mann, Gannon, 2007; Ward, Marshall, 2004). Precyzuje ona warunki skutecznej resocjalizacji sprawców czynów zabronionych z wykorzystaniem oddziaływań terapeutycznych. Opiera się na następujących zasadach: ryzyka (*risk*), potrzeby (*need*), reagowania (*responsivity*) i dodatkowo uwzględnia zasadę profesjonalnej dyskrecjonalności (*professional discretion principle*, Bonta, 1996; Andrews, Bonta, 2003; Looman, Abracen, 2013). W największym uproszczeniu można stwierdzić, że realizacja opisanych zasad pozwala na oparciu o ustalony poziom ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa oraz uwzględnienie potrzeb i indywidualnych predyspozycji skazanego ukształtować oddziaływania terapeutyczne wobec sprawców czynów zabronionych w taki sposób, aby zminimalizować ryzyko w przyszłości (Bonta, 1996; Andrews, Bonta, 2003; Ward, Melser, Yates, 2007; Wormith, 2017), a więc zarządzać nim.

Przez ostatnie 30 lat ocena ryzyka przemocy stała się jedną z najważniejszych gałęzi psychologii sądowej (Crighton, Towl, 2010). W Polsce stosowanie zaawansowanych, ustrukturyzowanych narzędzi oceny ma krótką historię. Niestety krajowe ustawodawstwo nie sprzyja innowacjom w tym zakresie, pozostając przy rozwiązaniach stworzonych w czasach komunistycznych, gdzie główną rolę odgrywały kary, nie zaś środki zabezpieczające (Góralski, 2015). Na potrzebę szerszego wykorzystania metod profesjonalnej oceny ryzyka na gruncie polskiej psychiatrii i psychologii sądowej zaczęto bardziej stanowczo wskazywać od momentu opublikowania Ustawy z dnia 22 listopada 2013 o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. 2014 poz. 24), której zapisy obligują biegłych do oceny stopnia prawdopodobieństwa naruszenia zasad prawnych przez sprawców w przyszłości (Gierowski, 2014). Co więcej, wysokość tego prawdopodobieństwa

jest najważniejszym argumentem rozstrzygającym o konieczności umieszczenia sprawcy w Krajowym Ośrodku ds. Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym (KOZZD). Począwszy od 2015 roku biegli psychiatrzy i psychologowie są także obowiązkowo powoływani przez sąd na potrzeby opiniowania o zasadności zastosowania, zmiany lub uchylecia środków leczniczo-zabezpieczających (Gierowski, 2018). Bez solidnych, opartych na naukowych dowodach narzędzi do oceny ryzyka możliwość wydania profesjonalnej i trafnej opinii w tym obszarze jest wyraźnie utrudniona. Biegły nie ma także szans spełnić wysokich oczekiwań ustawodawcy w kwestii wymaganej precyzji pomiaru (Bocheński, 2016). Aktualnie jakość wydawanych opinii i ich rzetelność nie jest oceniana wysoko (Gierowski, 2004). Niska umiejętność doboru odpowiednich technik i metod do celów badania na potrzeby opiniowania sądowo-psychologicznego została wymieniona w grupie istotnych błędów uwidaczniających się w ekspertyzach badanych przez zespół Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, który został powołany w celu przyznawania rekomendacji biegłym (Gierowski, 2004). Problem braku korzystania z najnowszych doniesień i wiedzy specjalistycznej w opiniach dotyczy także biegłych psychiatrów (por. Bogdanowicz, Hajdukiewicz, 1997; Habzda-Siwek, 2002). Jest wysoce prawdopodobne, że opisane trudności przekładają się na niską skłonność czy obawę przed uchylaniem środków leczniczo-zabezpieczających w postaci leczenia w zamkniętym oddziale psychiatrycznym. Pośrednio wskazuje na to analiza średniej długości ich realizacji oraz obserwowana dysproporcja pomiędzy liczbą pacjentów kierowanych do oddziałów sądowych i zwalnianych z nich. Przypadki zwalniania zdarzają się, rzecz jasna, o wiele rzadziej (por. Connell i in., 2019; Gulla, 2014; Welento-Nowacka, 2017). Warto zaznaczyć, że okresowa ocena ryzyka w polskich warunkach wymagana jest co pół roku, a kierownik zakładu psychiatrycznego ma obowiązek informować sąd o zmianach w stanie zdrowia pacjenta. Reguluje to artykuł 204 Kodeksu karnego wykonawczego: „Sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawienie sprawcy w zamkniętym zakładzie, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie jest konieczne, bezzwłocznie orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka. W razie potrzeby sąd zasięga opinii biegłych”.

W praktyce opinie sporządza zespół terapeutyczny oddziału, na którym pacjent się znajduje. Brak jednolitych standardów, dynamiczny charakter oceny ryzyka,

jak również niejasność co do wymaganej metodologii oceny komplikują to zadanie (Gulla, 2014). Bez wątpienia możliwość skorzystania z wystandaryzowanego w warunkach polskich modelu postępowania opartego na zastosowaniu metod ustrukturyzowanej oceny ryzyka byłaby w tym przypadku ogromnym ułatwieniem. Dałaby szansę na poszerzenie prognozy o propozycje rozwiązań w kwestii zarządzania ryzykiem na bazie obszernych informacji o pacjencie – jego zasobach i deficytach stanowiących oś dotychczasowego postępowania terapeutycznego i ewentualnych zmian w poziomie prawdopodobieństwa pojawienia się przemocy. Być może w najbliższych latach dzięki zaangażowaniu psychiatrów i psychologów z kilku szpitali psychiatrycznych w Polsce (na czele ze szpitalem w Starogardzie Gdańskim, w którym działa zespół odpowiedzialny za polską adaptację skali HCR20-v3 oraz SAPROF; Nowopolski, Welento-Nowacka, Ciszewski, Axer, 2016), gdzie ustrukturyzowana ocena ryzyka przemocy stanowi od 2016 roku element codziennej praktyki, powstaną jednolite standardy oceny czerpiące z doświadczeń zagranicznych i dostosowane do krajowych realiów. Wówczas będzie możliwa pełniejsza realizacja zasad ujętych w koncepcji RNR.

Metodologiczne podstawy nowoczesnych metod oceny ryzyka przemocy

W największym uproszczeniu metody oceny ryzyka można podzielić na trzy grupy (Towl i in., 2008):

1. Ocena nieustrukturyzowana – inaczej kliniczna; bazuje jedynie na doświadczeniu w pracy z podobnymi przypadkami osoby przeprowadzającej ocenę oraz jego wiedzy na temat badanego. Ta metoda uważana jest obecnie za nietrafną i nieakceptowaną ze względu na brak empirycznych dowodów potwierdzających jej skuteczność oraz na subiektywność wydawanej opinii (Kahneman, Slovic, Tversky, 1982).
2. Ocena o charakterze statystycznym – bazuje na wnioskach wyciągniętych z przeprowadzonych badań naukowych, których celem była identyfikacja zmiennych silnie powiązanych z ponownym popełnieniem przestępstwa (pomiaru dokonuje się przy pomocy tzw. metod aktuarialnych).
3. Ocena ustrukturyzowana – łączy ze sobą zalety obu wymienionych wcześniej sposobów oceny, nazywana również podejściem anamnestycznym (Gierowski, 2018). Specjalista korzystający z ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny ryzyka przemocy kryminalnej (*Structured Professional Judgement*, SPJ) dokonuje klinicznej oceny ważności poszczególnych czynników ryzyka, biorąc pod uwagę kontekst, dynamikę oraz nasilenie zachowań ryzykownych występujących u pacjenta. Metoda ta jest obecnie najczęściej stosowana wśród metod oceny ryzyka, a potrzebę

jej wprowadzenia podkreślało wielu badaczy (Fuller, Cowan, 1999; Gray, Snowden, Taylor, MacCulloch, 2004). Powstało wiele narzędzi, które służą profesjonalnej ocenie ryzyka w nurcie SPJ, np. *Historical-Clinical-Risk Management-20* (HCR-20), *Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk* (SAPROF), *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20), *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY). Filary podejścia SPJ można sprowadzić do następujących zagadnień: przemoc, ryzyko, ocena, zarządzanie, podejmowanie decyzji opartych na dowodach, integracja (Douglas, Hart, Webster, Belfrage, 2013).

Etapy i cele oceny ryzyka przemocy

Najogólniej rzecz ujmując – na ocenę ryzyka składają się dwie zasadnicze fazy: prognoza i planowanie/zarządzanie (Heilbrun, 1997). Wymienione fazy są silnie zależne od siebie i powiązane dwukierunkowo – dobre planowanie nie może zaistnieć bez przemyślenia, jakich zachowań może dopuścić się w przyszłości osoba badana, zatem znów prognozowanie wydaje się niemożliwe bez rozważenia tego, co mogłoby być zrobione w celu zarządzania ryzykiem. W sensie proceduralnym możemy wyróżnić szereg etapów oceny ryzyka (Webster, Müller-Isberner, Fransson, 2002). Są to: wyjaśnienie celu przeprowadzenia oceny ryzyka, gromadzenie i synteza informacji, analizowanie zebranych informacji w celu ustalenia obecności odpowiednich czynników ryzyka, ważenie oraz łączenie czynników ryzyka w celu scharakteryzowania potencjału wystąpienia przemocy, zaplanowanie preferowanego sposobu postępowania w celu jej zapobiegania, przekazanie ustaleń i opinii.

Nadrzędnym celem oceny ryzyka przemocy jest zapobieganie jej występowaniu (Guy, Douglas, Hart, 2015). Hummelen, Verkes i van der Wolf (2018) definiują zarządzanie ryzykiem jako całość interwencji i środków mających na celu zmniejszenie ryzyka zachowań przestępczych i przemocy do minimum. W praktyce odnosi się do czterech podstawowych działań: monitorowania, leczenia, nadzoru sprawców i planowania bezpieczeństwa ofiar (Douglas, Webster, Hart, 2001). Zarządzanie ryzykiem opiera się na analizie wyników ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny ryzyka oraz współlistnieje z prowadzeniem terapii skierowanej na aktualne czynniki ryzyka i monitorowaniem zachowania pacjenta (Kropp, Hart, Lyon, LePard, 2002). Ważnym elementem zarządzania jest stworzenie planu zapobiegającego nawrotowi zachowań przestępczych, opracowanego z uwzględnieniem priorytetowych czynników ryzyka i sposobów ich kontroli. Dla przykładu: jeśli pacjentem jest osoba, która popełniała przestępstwa pod wpływem twardych narkotyków, częścią planu zarządzania ryzykiem będzie stałe

kontrolowanie poziomu substancji zakazanych w jej organizmie. Jeśli zasady zostaną złamane, personel nakłada szereg ograniczeń na pacjenta – np. zakaz realizowania przepustek poza jednostką. Ograniczenie praw lub wolności jednostki jest elementem nadzoru, a jego ramy regulowane są precyzyjnie przepisami kodeksu karnego. Leczenie zakłada realizację konkretnych planów terapeutycznych (farmakologicznych i psychoterapeutycznych), koncentrujących się na indywidualnych potrzebach i deficytach w funkcjonowaniu pacjenta. Planowanie bezpieczeństwa ofiar obejmuje między innymi tworzenie scenariuszy identyfikujących ewentualne przyszłe ofiary konkretnego sprawcy (Welento-Nowacka, 2017). Podczas oceny i zarządzania ryzykiem w warunkach instytucjonalnych brane są pod uwagę także czynniki ochronne. W ramach planu zarządzania pacjenci uczeni są jak zdobyć pracę, jak spędzić wartościowo dzień, poznają nowe hobby, budują wokół siebie wspierającą sieć społeczną (de Vogel, de Ruiter, Bouman, de Vries Robbé, 2012).

Ryzyko przemocy w grupie osób chorych psychicznie

Przeprowadzono wiele analiz w poszukiwaniu uwarunkowań i opisu rozmiarów ryzyka przemocy w grupie pacjentów psychiatrycznych. Wyniki badań uzyskane w tym kontekście służą nie tylko specjalistom z zakresu psychiatrii sądowej w optymalizacji ich działań i decyzji, lecz mogą stanowić także próbę złagodzenia lęków społecznych związanych z funkcjonowaniem osób chorych psychicznie poza zamkniętymi oddziałami. Z uwagi na rozmiary niniejszego opracowania wybrane ustalenia poczynione na bazie przeglądu literatury zaprezentowano skrótowno w tabeli 1.

Przegląd tego zestawienia sugeruje między innymi znaczącą rolę podwójnej diagnozy dla wzrostu ryzyka przemocy. Pacjentów ze współistniejącymi z zaburzeniami psychotycznymi problemami z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz zaburzeniami osobowości charakteryzuje większe niż innych pacjentów psychiatrycznych prawdopodobieństwo ujawnienia przemocy w przyszłości bliższej i dalszej. Wbrew potocznej opinii rola aktywnych objawów psychotycznych nie jest dla pojawienia się agresywnego zachowania kluczowa. Brak analiz z udziałem polskich pacjentów skłonił autorów do poszukiwania uwarunkowań oceny ryzyka istotnych w tej grupie. Postanowiono skupić się na zbadaniu zależności pomiędzy sumą ocen cząstkowych w zakresie czynników ryzyka a oceną końcową przypadku w skali HCR-20v3. Wieloletnie przywiązanie polskich specjalistów do klinicznej oceny ryzyka i niskie rozpowszechnienie ustrukturyzowanych metod oceny spowodowały brak dostępu do danych tego rodzaju i jednocześnie niskie zaufanie do ich wyników. Wciąż istnieje silne

przekonanie, że ocena w warunkach klinicznych zależy jest w największym stopniu od doświadczenia i wiedzy specjalisty. Warto w tym miejscu przypomnieć, że ocena końcowa, czyli ocena priorytetu przypadku, nie stanowi w HCR-20v3 prostego odzwierciedlenia sumy czynników ryzyka zaobserwowanych u pacjenta. Ma charakter jakościowy. Strukturyzacja wywiadu ma na celu zapewnienie każdemu specjalistcie dostępu do jednakowych podstaw oceny ustalonych na drodze badań naukowych, a tym samym obiektywizację jej. Drugim celem przeprowadzonego badania było wskazanie najsilniejszych predyktorów ryzyka w grupie pacjentów psychiatrycznych. Oprócz wartości poznawczej wyniki analizy pozwolą na zweryfikowanie roli czynników statycznych i dynamicznych w ocenie końcowej. Nadmierne skupianie się w procesie pomiaru ryzyka wyłącznie na czynnikach historycznych było w literaturze wielokrotnie krytykowane i stanowiło jedną z pobudek do opracowania metod takich jak HCR-20.

Metodologia badań

Grupa osób badanych i przebieg badania

W badaniu wzięło udział 101 mężczyzn hospitalizowanych na oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym poziomie zabezpieczenia w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. S. Kryzana w Starogardzie Gdańskim, Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku oraz Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Średnia wieku wyniosła 38,8 lat (SD = 10,97), a przedział wiekowy 28–72 lat. Dominującym typem przemocy wśród internowanych okazała się przemoc fizyczna (55%), następnie przemoc werbalna (14%), przemoc domowa i partnerska (13%), atak bez użycia przemocy (9%), przemoc seksualna (5%) oraz zachowania manipulacyjne (4%). U zdecydowanej większości pacjentów zdiagnozowano zaburzenia psychotyczne (80%), u 20 (20%) pacjentów postawiono podwójną diagnozę (zaburzenia psychotyczne wraz z zaburzeniami osobowości). Dane te przedstawiono w tabeli 2.

Procedura badawcza składała się z trzech etapów:

1. Zebranie niezbędnych informacji o osobie badanej na podstawie wywiadu i analizy dokumentacji według wytycznych z podręcznika do skali HCR-20v3 (maj 2019 roku do maja 2020 roku).
2. Ocena nasilenia i obecności czynników ryzyka zgodnie z wytycznymi skali HCR-20v3 oraz ustalenie oceny końcowej ryzyka – określenie tzw. priorytetu przypadku (maj 2020 roku).

3. Wprowadzenie danych do programu IBM SPSS Statistics v. 26 oraz odpowiednie zakodowanie zmiennych (maj 2020 roku).

Uzyskane dane zostały zanonimizowane, a osoby badane wyraziły zgodę na przeprowadzenie badania. Ocena końcowa ryzyka przemocy dla narzędzia HCR-20v3 odnosi się do sytuacji zwolnienia osoby badanej z placówki, gdzie realizowane są środki leczniczo-zabezpieczające.

Narzędzia pomiaru

Podstawowe dane potrzebne do przeprowadzenia dalszych analiz statystycznych zebrano za pomocą pogłębianego wywiadu semiustrukturyzowanego, wglądu do dokumentacji medycznej, wywiadów środowiskowych oraz opinii sądowo-psychiatrycznych. Następnie poddano ocenie poszczególne czynniki uwzględnione w skali HCR-20v3 oraz określono poziom przemocy w przyszłości/poziom priorytetu przypadku w sytuacji zwolnienia pacjenta z pobytu w szpitalu.

HCR-20v3

HCR-20v3 (*Historical Clinical Risk Management-20 Version 3*; Douglas, Hart, Webster, Belfrage, 2013) to jedno z najbardziej znanych na świecie i najczęściej używanych narzędzi służących do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy, mające zastosowanie dla osób pełnoletnich. Narzędzie to jest używane przy podejmowaniu decyzji dotyczących wymaganego poziomu zabezpieczenia, który należy zastosować względem internowanego psychiatrycznie, wskazówek dotyczących dalszego procesu leczenia, ustalaniu celu leczenia czy też podejmowaniu decyzji o zakończeniu leczenia. Procedura badawcza HCR-20v3 obejmuje siedem etapów: zebranie informacji, ocena obecności czynników ryzyka, ocena istotności czynników ryzyka, opracowanie dotyczące ryzyka, scenariusze zarządzania, wnioski i opinie. Narzędzie składa się z 20 czynników ryzyka, które zostały podzielone na trzy skale: historyczna (10 czynników), kliniczna (5 czynników), zarządzania ryzykiem (5 czynników). Dla poszczególnych pozycji ocenia się na 3 stopniowej skali ich obecność (brak obecności, częściowa obecność lub czynnik obecny) oraz istotność (brak istotności, częściowa istotność lub czynnik istotny). Ocena jest dokonana na podstawie pogłębianego, semiustrukturyzowanego wywiadu z badanym, dokumentacji medycznej, wywiadów środowiskowych, opinii sądowo-psychiatrycznych, notatek psychologów więziennych czy notatek policji (Banasik, 2015). Zasady i wskazówki dotyczące oceny poszczególnych aspektów oraz wydania oceny końcowej zostały umieszczone w instrukcji stosowania HCR-20v3, która została przetłumaczona również na język polski. Ze względu na brak normalizacji skali w celach badawczych można wykorzystać sumę ocen poszczególnych

czynników. Rzetelność narzędzia została zbadana poprzez porównanie wyników oceny 32 przypadków pomiędzy trzema osobami dokonującymi oceny. Porównano rzetelność wewnętrzną alfa Cronbacha ze zgodnością ocen (Douglas, Belfrage, 2014). Wyniki zgodności ocen pomiędzy podskalami oscylowały wokół 0,82–0,93, co można uznać za wynik bardzo dobry, a dla rzetelności wewnętrznej wokół 0,60–0,80, co można ocenić jako wynik zawierający się między dobrym a bardzo dobrym (Fleiss, 1981).

Analiza statystyczna

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej w programie SPSS Statistics v. 26 (IBM), zgodnie z zaleceniami podręcznika *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (Field, 2018). Ze względu na rangowy charakter danych do obliczenia korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi użyto współczynnika korelacji rho Spearmana. W celu przeprowadzenia dalszych obliczeń posłużono się jednoczynnikową analizą wariancji Anova, traktując jako zmienną ciągłą sumaryczną liczbę punktów uzyskanych dla skali historycznej, klinicznej oraz zarządzania ryzykiem przemocy. Zabieg ten nie jest elementem standardowej procedury postępowania w ramach HCR-20v3, podczas której nie przydziela się wartości punktowych, lecz jest stosowany w badaniach naukowych na potrzeby analiz statystycznych. Przydzielone wartości odzwierciedlają nasilenie poszczególnych czynników ryzyka: brak punktowano jako 0, częściowa obecność czynnika wyrażana była wartością 1, a za wyraźną obecność czynnika przyznawano 2 punkty. Aby wyłonić najbardziej wpływające na ocenę priorytetu przypadku w przyszłości czynniki HCR-20v3, postanowiono wykonać analizę regresji liniowej.

Wyniki badań

Związek pomiędzy sumaryczną oceną poszczególnych czynników ryzyka a oceną priorytetu przypadku przemocy w przyszłości (niski, umiarkowany, wysoki)

Dla badanej grupy pacjentów zaobserwowano istotny statystycznie pozytywny związek pomiędzy sumaryczną liczbą punktów uzyskanych dla poszczególnych czynników ryzyka a oceną priorytetu przypadku przemocy w przyszłości ($\rho = 0,194$, $p = 0,008$). Wyniki przeprowadzonej następnie jednoczynnikowej analizy wariancji Anova dla prób niezależnych z porównaniami planowanymi pozwoliły rozszerzyć uzyskane rezultaty o nowe dane statystyczne świadczące o tym, że suma ocen poszczególnych czynników ryzyka istotnie statystycznie różnicuje ocenę końcową priorytetu przypadku

w przyszłości (niski, umiarkowany, wysoki) – $F(2,96) = 4,76$, $p = 0,011$, $r = 0,30$. Pacjenci charakteryzujący się niskim ryzykiem uzyskali najniższą średnią ocen dla sumarycznej oceny ryzyka ($M = 21,50$), internowani z umiarkowanym ryzykiem uzyskali wynik na średnim poziomie ($M = 23,47$), a ci o wysokim poziomie ryzyka – najwyższy średni wynik sumaryczny ($M = 29,71$). Porównania planowane dla badanej grupy pacjentów wykazały, że niskiemu poziomowi oceny priorytetu przypadku w przyszłości towarzyszy istotnie statystycznie niższe sumaryczne ryzyko obliczone dla wszystkich podskal HCR-20 niż dla umiarkowanej oraz wysokiej oceny priorytetu przypadku ($t(96) = 2,37$, $p = 0,02$, $r = 0,23$). Dane te przedstawiono na ryc. 1.

Czynniki HCR-20v3 znacząco wpływające na ocenę priorytetu przypadku w przyszłości (niski, umiarkowany, wysoki)

W celu wyłonienia najsilniejszych predyktorów oceny priorytetu przypadku w przyszłości posłużono się modelem regresji liniowej. Analizę przeprowadzono w trzech krokach. W pierwszym wstawiono do modelu czynniki skali historycznej, w drugim czynniki skali klinicznej, a w ostatnim czynniki skali zarządzania ryzykiem przemocy. Dopasowanie modelu okazało się istotne statystycznie. Uzyskane wyniki pozwoliły wyróżnić sześć czynników znacząco wpływających na ocenę priorytetu przypadku w przyszłości, po dwa dla każdej ze skal HCR-20v3. Najwyższy współczynnik standaryzowany beta uzyskano dla czynnika H1c – przemoc jako osoba dorosła ($\beta = 0,345$), następnie R3 – wsparcie społeczne ($\beta = 0,254$), C2 – wyobrażenia i zamiary dotyczące przemocy ($\beta = 0,252$), R2 – sytuacja życiowa ($\beta = 0,25$), C4c – niestabilność poznawcza ($\beta = 0,212$). Dla współczynnika H10 – odpowiedź na leczenie i nadzór uzyskano ujemny współczynnik standaryzowany beta ($\beta = -0,294$). Skala zarządzania ryzykiem ma największy udział procentowy w wyjaśnieniu całego modelu (21%), następnie skala historyczna (19,8%) oraz skala kliniczna (11,1%). Zależności te przedstawiono w tabeli 3.

Dyskusja wyników

Związek pomiędzy sumaryczną oceną poszczególnych czynników ryzyka a oceną priorytetu przypadku przemocy w przyszłości (niski, umiarkowany, wysoki)

Wykazano słaby, pozytywny związek pomiędzy sumaryczną oceną poszczególnych czynników ryzyka a oceną priorytetu przypadku przemocy w przyszłości w skali HCR-20. Otrzymane rezultaty wpisują się w pogląd, że korzystanie z metod profesjonalnej ustrukturyzowanej

oceny ryzyka jest istotnym krokiem w celu obiektywizacji diagnozy i odzwierciedla założenia podejścia anamnesticznego. Mimo że suma czynników ryzyka zaobserwowanych w trakcie wywiadu i analizy dokumentacji medycznej nie przekłada się wprost na wysokość oceny końcowej, konieczność uwzględnienia każdego z czynników w ocenie minimalizuje subiektywizm w spostrzeganiu pacjenta, w szczególności w sytuacji jego długotrwałej obecności na oddziale. Nie wyklucza to jednocześnie możliwości wskazania czynników kluczowych dla konkretnego badanego. Koncentracja na obecności objawów wytwórczych i na aktualnych rezultatach leczenia farmakologicznego bez uwzględnienia szerszego tła zachowania chorego nie pozwala skutecznie przewidzieć pojawienia się agresywnych aktów w przyszłości. Sięganie w procesie oceny do czynników, które nie są widoczne na pierwszy rzut oka w codziennym funkcjonowaniu pacjenta na oddziale, jak na przykład diagnoza obecności sieci wsparcia (rodzinnego i instytucjonalnego) czy osobowościowego lub środowiskowego uwarunkowania uprzednich czynów antyspołecznych, może być w tym wypadku kluczowe dla zapobiegania przemocy w przyszłości. Do podobnych wniosków doszli w swoich badaniach chociażby Mullen (2006), Kudumija Slijepčević i in. (2014) czy Ross i in. (2012).

Czynniki HCR-20v3 znacząco wpływające na ocenę priorytetu przypadku w przyszłości (niski, umiarkowany, wysoki)

Uzyskane wyniki pozwoliły wyróżnić sześć czynników znacząco wpływających na ocenę priorytetu przypadku w przyszłości: przemoc w dorosłości, odpowiedź na leczenie i nadzór, przeszłe problemy z wsparciem społecznym, przeszłe problemy z sytuacją życiową, aktualne problemy z wyobrażeniami i zamiarami dotyczącymi przemocy oraz aktualne problemy z niestabilnością poznawczą. Rola przeszłych zachowań o charakterze przemocy w kształtowaniu ryzyka została znakomicie potwierdzona w literaturze w wielu populacjach osób badanych i nie ulega wątpliwości (Banasik, Gierowski, 2015). Ciekawych spostrzeżeń dostarcza natomiast negatywny charakter powiązań pomiędzy odpowiedzią na nadzór i leczenie a ryzykiem przemocy w przyszłości. Rezultaty analizy regresji sugerują, że pacjenci wykazujący pozytywną reakcję na podejmowane wobec nich oddziaływania specjalistyczne i nienaruszający w przeszłości zasad terapii i ogólnego funkcjonowania w placówce leczniczej prezentują wyższy poziom ryzyka przemocy w przyszłości. Prawdopodobnym wyjaśnieniem zaobserwowanej zależności jest proces instytucjonalizacji związany z długoletnią hospitalizacją (Loch, 2014). W badanej grupie pacjenci przebywali na oddziale sądowo-psychiatrycznym średnio 3,5 roku (maksymalna odnotowana długość hospitalizacji to ok. 16 lat), przy czym dla wielu z nich

nie była to jedyna hospitalizacja w życiu. Długotrwała internacja nie pozostaje bez wpływu na zdolność adaptacji pacjenta do warunków panujących poza instytucją. Oddział psychiatryczny jest sztucznym i kontrolowanym otoczeniem społecznym, rutyna szpitalna łączy się ze specyficznymi wymaganiami w zakresie kontaktów społecznych i odnośnie rozwiązywania problemów. Nie dziwi zatem, że długotrwale przebywający w warunkach internacji pacjenci mimo podporządkowania się zasadom wewnętrznym nie rokują dobrze w kwestii samodzielnego funkcjonowania na zewnątrz. Loch (2014) sugeruje, że proces pozytywnej deinstytucjonalizacji w przypadku pacjentów psychiatrycznych może przebiegać prawidłowo jedynie przy wsparciu odpowiednich, łatwo dostępnych i poprzedzonych systematycznym wdrażaniem w ich zasady usług ambulatoryjnych. Frieri, Montemagni, Rocca, Rocca, Villari (2013) na bazie analizy konsekwencji długiej hospitalizacji w grupie włoskich pacjentów postulują, aby interwencja psychiatryczna obejmowała: stabilizację objawów, dostosowanie leczenia oraz przygotowanie gruntu pod opiekę ambulatoryjną. Mimo że ustalenia Frieri i in. (2013) nie odnoszą się wprost do psychiatrii sądowej, trudno nie odnieść wrażenia, że ich wytyczne da się podsumować w prosty sposób – zarządzanie ryzykiem powinno wypierać skłonność do długotrwałej izolacji.

Wart podkreślenia jest fakt, że wśród najsilniejszych predyktorów ryzyka znalazły się czynniki z każdej z podskal skali HCR-20: historycznej, klinicznej oraz przyszłego ryzyka. Świadczy to wyraźnie o konieczności całościowego spostrzegania pacjenta, bez nadmiernej koncentracji na czynnikach historycznych czy klinicznych. Wniosek ten wspierają także dane dotyczące procentowego udziału poszczególnych składowych narzędzi w wyjaśnianiu zmienności oceny końcowej. Wykazano bowiem, że największą rolę w decyzji o nasileniu ryzyka pełni wiedza o dostępności metod zarządzania nim w konkretnym przypadku. Nie bez przyczyny zarządzanie ryzykiem jest wymieniane jako nadrzędny cel oceny (Guy, Douglas, Hart, 2015; Hummelen i in., 2018). Poprzestanie na analizie czynników historycznych i klinicznych prowadzi zatem do znaczącej utraty wiedzy na temat prezentowanego przez pacjenta ryzyka. Nie da się przecenić wagi monitorowania, leczenia, nadzoru i planowania bezpieczeństwa ofiar (Douglas i in., 2001), stosowanych łącznie w procesie minimalizowania prawdopodobieństwa pojawienia się przemocy w przyszłości. Wyniki analizy kierują także uwagę badaczy na silną zależność oceny priorytetu przypadku od kontekstu. Możliwości zarządzania ryzykiem w obrębie oddziału zamkniętego oraz w środowisku są wszak zgoła odmienne. W tym miejscu warto przytoczyć wnioski z badania Mullena (2006). Badacz potwierdził, że w grupie pacjentów z diagnozą schizofrenii wysiłki personelu specjalistycznego w procesie zarządzania ryzykiem

powinny zostać skierowane między innymi na zapewnienie sieci wsparcia i prospołecznych i trwałych relacji z otoczeniem. Do podobnych konkluzji doszli także Witt, Van Dorn i Fazel (2013). Przyszłe problemy ze wsparciem i sytuacją życiową jawią się jako kluczowe także w obliczu dokonanych przez autorów niniejszego opracowania ustaleń. Codzienne satysfakcjonujące kontakty interpersonalne z członkami grupy społecznej ułatwiają zarządzanie ryzykiem poprzez poprawę przystosowania psychologicznego i społecznego chorego (Douglas i in., 2013). Zdaniem twórców HCR-20 trudności w tym obszarze nie muszą wynikać tylko z braku umiejętności pacjenta, lecz także z obiektywnych słabych właściwości sieci społecznej. Ocena przyszłych problemów w zakresie sytuacji życiowej dotyczy jeszcze szerszego spektrum funkcjonowania pacjenta. Bierze pod uwagę jakość warunków i możliwość nadzoru miejsca zamieszkania, zatrudnienia oraz środowiska sąsiedzkiego, w tym także łatwość ekspozycji na czynniki zwiększające ryzyko przemocy, przykładowo w konsekwencji łatwego dostępu do substancji psychoaktywnych. Strand, Belfrage, Fransson i Levander (1999) wykazali wysoką istotność czynników dynamicznych dla oceny prawdopodobieństwa przemocy w przyszłości. Zwracali przy tym szczególną uwagę na czynniki ze skali zarządzania ryzykiem przemocy, takie jak: brak wsparcia, odpowiedź na leczenie i stres. W obliczu dokonanego przeglądu literatury oraz uzyskanych danych problem niskiego rozpowszechnienia wśród specjalistów z zakresu psychiatrii sądowej nowoczesnych metod oceny ryzyka wydaje się tym bardziej dolegliwy. Dostęp do nowoczesnych narzędzi tworzących w nurcie *evidence based* przyniesie bez wątpienia wiele korzyści zarówno psychologom i psychiatrom sądowym, jak i pacjentom. Zanim do tego dojdzie, niezbędne jest prowadzenie dalszych badań w grupie osób, wobec których realizowane są środki leczniczo-zabezpieczające oraz zintensyfikowanie dyskusji w środowisku specjalistów na temat wspomnianych korzyści.

Wnioski końcowe

1. Wykazano słaby pozytywny związek pomiędzy sumaryczną oceną poszczególnych czynników ryzyka a oceną priorytetu przypadku przemocy w przyszłości w skali HCR-20.
2. Za szczególnie cenną z punktu widzenia aplikacji otrzymanych rezultatów należy uznać podjętą próbę wskazania najistotniejszych dla końcowej oceny ryzyka czynników o charakterze historycznym, dynamicznym oraz dotyczących zarządzania przyszłym ryzykiem przemocy.
3. Obserwacje poczynione w grupie polskich pacjentów z oddziałów psychiatrii sądowej zasadniczo

potwierdzają wyniki podobnych badań publikowanych w literaturze światowej.

Badanie przeprowadzono w ramach projektu pt. Rola czynników ryzyka i czynników ochronnych w ocenie i monitorowaniu prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego u sprawców objętych izolacyjnym systemem środków leczniczo-zabezpieczających oraz odbywających karę pozbawienia wolności realizowanego w Zakładzie Psychologii Sądowej Uniwersytetu SWPS i finansowanego ze środków NCN (konkurs OPUS 15, nr 2018/29/B/HS5/00474).