

Agnieszka Welento-Nowacka

Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim

# Zastosowanie oraz założenia teoretyczne narzędzi opartych na modelu ustrukturyzowanej oceny ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą w praktyce klinicznej

*Structured professional judgement of the violence risk and its potential applications in clinical practice*

## Abstract

This article describes the problems of assessing the risks of behaviors related to violence, focused mainly on the approach known as structured professional judgment (hereinafter referred to as SPJ — structured professional judgement). The paper presents the development of the approach. Describes in detail the main assumptions of the model, which consists of violence, risk assessment, management, decision-making based on evidence and integration. Currently, two (HCR-20 v.3 and SAPROF) of the many tools based approach, SPJ has been translated into Polish with the consent of the authors, which allowed for their release. The article describes these tools and its utility in clinical practice.

*Psychiatria* 2017; 14, 1: 21–27

**Key words:** violence risk assessment, structured professional judgement, HCR-20 V3, SAPROF

## Wstęp

Najpowszechniej stosowaną metodą oceny stopnia zagrożenia przemocą jest opieranie własnego osądu na intuicji i doświadczeniu. Ze względu na swój nieustrukturyzowany charakter określa się ją mianem uznaniowej lub klinicznej, gdyż nie może dostarczać dowodów empirycznych ani zostać poddana badaniom w celu określenia jej rzetelności czy zgodności pomiędzy oceniającymi. W związku z pojawiającą się coraz częściej potrzebą stosowania w każdej dziedzinie medycyny metod opartych na dowodach, intuicja wydaje się niewystarczająca. Dała ona jednak punkt wyjścia do dalszych badań nad możliwościami rzetelnego określenia prawdopodobieństwa zagrożenia przemocą.

Zwiększająca się baza dowodowa [1, 2], potwierdzająca znaczenie poszczególnych czynników ryzyka zwiększają-

cych prawdopodobieństwo wystąpienia lub ponowienia przemy, pozwoliła na rozwój podejścia aktuarialnego i ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny ryzyka.

Ocena aktuarialna jest „metodą formalną”, która „wykorzystuje równanie, formułę, wykres lub tabelę statystyczną, by ustalić prawdopodobieństwo lub oczekiwaną wartość jakiegoś wyniku” [3]. Założenie owej metody polega na tym, że jest to obiektywna, mechanistyczna, powtarzalna kombinacja czynników predykcyjnych dla znanego kontekstu, wybranych i zatwierdzonych przez badania empiryczne [4]. W następstwie dalszego rozwoju okazało się, że włączenie doświadczenia klinicznego może znacząco poprawić ocenę. Skutkiem tych rozważań było powstanie podejścia, nazywanego ustrukturyzowaną profesjonalną oceną (SPJ, *structured professional judgement*). To podejście do oceny i zarządzania ryzykiem przemy składa się z siedmiu etapów: 1) zbierania informacji, 2, 3) określenia obecności i istotności czynników ryzyka, 4) stworzenia opracowania dotyczącego ryzyka przemy, 5) opracowania scenariuszy przemy, 6) opracowania planów zarządzania danym

## Adres do korespondencji:

Agnieszka Welento-Nowacka  
Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych  
ul. Kasztanowa 13, 83–200 Starogard Gdański  
tel.: 605 208 908  
e-mail: a.welento@gmail.com

przypadkiem na podstawie tych scenariuszy i 7) opisanie wniosków końcowych [5]. Łączy ono w sobie oparte na empirycznych dowodach podejście aktuarialne z doświadczeniem klinicznym i pozwala na bardziej indywidualne podejście do danego przypadku.

Metody oceny oparte na modelu SPJ mają szerokie zastosowanie w wielu obszarach praktycznych i są używane na świecie od ponad 20 lat. Potrzeba zastosowania ich do oceny poziomu ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą, monitorowania postępów leczenia i planowania dalszej terapii jest widoczna również i podkreślana przez wielu praktyków i badaczy w Polsce [6].

### Narzędzia oparte na podejściu SPJ oraz ich zastosowanie w praktyce

Obecnie na świecie używa się wielu narzędzi, których punktem wyjścia stał się model SPJ. Większość z nich opiera się głównie na predyktorach ryzyka, które korelują ze zwiększeniem prawdopodobieństwa wystąpienia za-

chowań związanych z przemocą w przyszłości. Pojawiła się jednak krytyka, że większość badań oraz opartych na nich metod, przeznaczonych dla osób dorosłych, skupia się wyłącznie na czynnikach ryzyka, całkowicie wykluczając czynniki ochronne [7]. Zaczęto dostrzegać potrzebę bardziej dynamicznej oceny pacjenta, tak by zobaczyć nie tylko negatywne, ale i pozytywne strony jednostki [8]. Doprowadziło to do powstania narzędzi służących do zastosowania łącznie z metodami skupiającymi się na czynnikach ryzyka, a opisujących zasoby badanego. Wspólne zastosowanie powyższych metod pozwoliło na bardziej zindywidualizowane podejście, dokładniejsze monitorowanie subtelnych zmian, jakie dokonują się pod wpływem działań leczniczych oraz ustalanie szczegółowych planów dotyczących konkretnego przypadku. W tabelach 1 i 2 przedstawiono przeznaczenie poszczególnych metod, ich autorów oraz dostępność w Polsce. Narzędzia opisane w tabelach 1 i 2 mogą być stosowane nie tylko w praktyce klinicznej, w więziennictwie, ale

**Tabela 1.** Najczęściej stosowane metody oceniające poziom ryzyka wystąpienia bądź ponowienia przemy w przyszłości

**Table 1.** The most commonly used methods of assessing the risk or recurrence of violence in the future

| Narzędzie  | Rodzaj przemy  | Polskie tłumaczenie   |
|------------|--|---|
| HCR-20 v.3 | Każdy rodzaj przemy u dorosłych  | Michał Nowopolski, Agnieszka Welento-Nowacka, Leszek Ciszewski i wsp. |
| SARA       | Przemoc partnerska/domowa u dorosłych  | W przygotowaniu   |
| SVR20      | Przemoc seksualna u dorosłych  | W przygotowaniu   |
| FAM        | Przemoc stosowana przez kobiety. Dodatek do HCR-20   |   |
| START      | Krótkoterminowa ocena przemy u dorosłych   |   |
| SAVRY      | Każdy rodzaj przemy u nieletnich (od 10. rż.)<br>Również częściowo ocenia czynniki chroniące | W przygotowaniu   |

SAVRY — Structured Assessment Of Violence Risk in Youth; FAM — Family Assessment Measure; objaśnienia pozostałych skrótów w tekście

**Tabela 2** Metody oceniające poziom ochrony przed wystąpieniem bądź ponowieniem przemy w przyszłości

**Table 2.** Methods of assessing level of protection against the occurrence or recurrence of violence in the future

| Narzędzie                        | Ocena czynników chroniących przed przemocą            | Polskie tłumaczenie  |
|----------------------------------|---|--|
| SAPROF                           | Każdy rodzaj przemy u dorosłych                       | Michał Nowopolski, Agnieszka Welento-Nowacka, Leszek Ciszewski, Andrzej Axer |
| SAPROF-YV                        | Każdy rodzaj przemy u młodzieży                       | W przygotowaniu  |
| SAPROF-Intensive Care            | Każdy rodzaj przemy u pacjentów leczonych długotrwale |  |
| SAPROF-Sexual Offending          | Przemoc seksualna u dorosłych                         |  |
| SAPROF-Intellectual disabilities | Każdy rodzaj przemy u osób upośledzonych umysłowo     |  |

również przez kuratorów, pracowników socjalnych czy opiekunów w placówkach wychowawczych. Najszerze zastosowanie metody te mają jednak w psychiatrii sądowej oraz opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym, zarówno karnym, jak i w sprawach nieletnich. Na oddziałach psychiatrii sądowej, niezależnie od stopnia zabezpieczenia, kierownik zakładu psychiatrycznego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy jest zobowiązany do przesłania do sądu opinii o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii; opinię taką należy przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawienie w zakładzie nie jest konieczne (k.k.w. Rozdział XIII Środki zabezpieczające art. 203 § 1). Podejmując decyzję dotyczącą konieczności dalszego przebywania w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, trzeba mieć na uwadze, że ten środek zabezpieczający w świetle art. 93 b § 1 k.k. można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości, czyli praktycznie mówiąc czynu głównie związanego z przemocą. W związku z tym przy sporządzaniu opinii o stanie zdrowia na mocy art. 203 § 1 niezbędne jest ustrukturyzowanie wiedzy o przebywającym w oddziale pacjencie, dogłębna analiza historii badanego oraz wskazanie obszarów do dalszej pracy. Zastosowanie w takim przypadku narzędzi opartych o SPJ, zwłaszcza przez interdyscyplinarne zespoły, obiektywizuje ocenę oraz pozwala na wyeliminowanie osobistych przekonań czy subiektywnego spojrzenia na badanego. W konsekwencji tak dokonana ocena i podjęte na jej podstawie decyzje mogą zapobiegać niepotrzebnie przedłużającej się detencji oraz wskazywać indywidualny kierunek pracy z pacjentem [9]. Polski kodeks karny przewiduje obecnie również dwie możliwości, kiedy osoba, nie będąc chora psychicznie, może zostać umieszczona w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Jedną z nich jest ustawa z 22 listopada 2013 o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. 2014 r., poz. 24). Ustawa ta dotyczy osób, u których stwierdzone zaburzenia psychiczne mają taki charakter lub takie nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. Artykuł 3 tej ustawy mówi o tym, że wobec osoby stwarzającej zagrożenie stosuje się nadzór prewencyjny albo umieszczenie w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym. Drugim przypadkiem jest możliwość zastosowania środka zabezpieczającego

w postaci umieszczenie w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia (k.k. rozdział XIII art. 93 c pkt 4).

W sytuacji kiedy biegli pytani są o prawdopodobieństwo popełnienia czynu o znacznej szkodliwości społecznej, używanie narzędzi opartych na SPJ w opiniowaniu ułatwia ocenę, podejmowanie decyzji oraz pozwala się wypowiedzieć na temat zastosowania, adekwatnego do zagrożenia, środka zabezpieczającego. Dają one też możliwość jasnego i precyzyjnego przedstawienia swoich wniosków w trakcie przesłuchania biegłych, gdyż jedną z zalet wymienianych przez autorów jest przejrzystość narzędzi. Czynniki ryzyka i czynniki ochronne są skonstruowane tak, by ich znaczenie nie budziło wątpliwości i było zrozumiałe dla każdej z osób mających kontakt z badanym [10].

Metody te mają również zastosowanie w codziennej praktyce lekarza psychiatry, na przykład w celu oceny, czy nowo przyjęty pacjent stwarza zagrożenie wystąpienia niebezpiecznych zachowań w trakcie hospitalizacji. W tych przypadkach sprawdza się zastosowanie *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START) jako metody służącej do ocen krótkoterminowych i skupiającej się na mocnych stronach i podatności na zranienie, a czynniki w tym przypadku mają charakter wyłącznie dynamiczny [11]. Oczywiście należy zauważyć, że w codziennej praktyce, kiedy należy podjąć natychmiastową decyzję, zwłaszcza w sytuacji agresji pacjenta, wskazane jest opieranie się na doświadczeniu i intuicji, gdyż jest to metoda zdecydowanie najkrótsza do przeprowadzenia.

Zastosowanie narzędzi opartych na modelu SPJ nie ogranicza się wyłącznie do kontekstu klinicznego. Pracownicy służb penitencjarnych są zobligowani do określenia prawdopodobieństwa pojawienia się u osób przebywających w zakładzie karnym, a także go opuszczających, negatywnych konsekwencji w postaci szczególnych zachowań, mogących potencjalnie być przyczyną poważnego fizycznego lub psychicznego cierpienia innych [12]. Na świecie są to narzędzia szeroko stosowane w więziennictwie, zarówno w celu monitorowania ryzyka podczas odbywania kary, jak i w sytuacji konieczności podjęcia decyzji o zwolnieniu warunkowym.

W przypadku narzędzi skonstruowanych dla młodzieży mogą one być również przydatne do oceny zagrożenia wystąpienia zachowań związanych z przemocą

w placówkach wychowawczych, przez Opiniodawcze Zespoły Sądowych Specjalistów czy biegłych opiniujących w sprawach nieletnich w przypadku konieczności zastosowania wobec nieletniego środków wychowawczych lub leczniczych.

Zarówno w psychiatrii sądowej, jak i w innych kontekstach, również w przypadku leczenia ambulatoryjnego, narzędzia te służą nie tylko do oceny zachowań związanych z przemocą, ale również do monitorowania zmian ryzyka w trakcie leczenia, zwłaszcza w przypadku ocen dokonywanych systematycznie w określonych odstępach czasu. Skupiają się one bowiem nie tylko na czynnikach statycznych, jakimi są informacje dotyczące przeszłości badanego, ale przede wszystkim na czynnikach dynamicznych, czyli na przykład na ocenie obecnego stanu psychicznego, wglądu czy obecności niestabilności emocjonalnej, planach na przyszłość czy sytuacji życiowej, które mogą ulegać zmianie pod wpływem zastosowanych metod terapeutycznych czy resocjalizacyjnych [13]. Przydatne do monitorowania zmian ryzyka są zwłaszcza czynniki ochronne, które określają tak zwane „mocne strony” badanego, ale też wskazują kierunek dalszej pracy. Na podstawie wniosków zawartych w ocenie można określić indywidualny plan działań, który należy podjąć, aby zminimalizować ryzyko.

Reasumując, uzyskane oceny pozwalają na dogłębną analizę danych dotyczących badanego oraz stworzenie szczegółowych scenariuszy dotyczących prawdopodobieństwa dokonania przemy w przyszłości, na przykład jakie mogą być prawdopodobne okoliczności przemy, co będzie czynnikiem wyzwalającym, jakie będzie jej nasilenie, kto może stać się ofiarą. Narzędzia te nie są testami psychologicznymi, nie pozwalają na uzyskanie konkretnego wyniku w skali punktowej. Są jakościowe i opierają się nie tylko na liście kontrolnej, ale i na doświadczeniu badającego, który po otrzymaniu wyników podejmuje decyzje dotyczące nie tylko oceny poziomu zagrożenia, ale także planuje dalsze kroki, jakie należy podjąć w konkretnym przypadku.

### SPJ — rozwój podejścia

Na początku lat 90. XX wieku nastąpił rozwój podejścia anamnestycznego, którego wytyczne stały się bardziej szczegółowe i konkretne. Opisywały one nie tylko, jakie informacje i w jaki sposób zebrać, ale też jak wykorzystać je do oceny występowania konkretnych czynników, zwiększających ryzyko oraz podejmowania związanych z nim decyzji. Rozwój ten stał się możliwy dzięki stale rosnącej bazie dowodowej, która zawierała badania dotyczące zarówno trafności konkretnych czynników ryzyka, jak i teoretycznych modeli przemy. Wyrazem początku podejścia SPJ było stworzenie narzędzi *Spousal Assault*

*Risk Assessment Guide (SARA)* i *Historical-Clinical-Risk (HCR-20)*, jak również *Sexual Violence Risk 20 (SVR-20)* [14] i *Risk for Sexual Violence Protocol (RP)* [15] — oba do oceny ryzyka przemy seksualnej, oraz *Guideline for Stalking Assessment and Management (SAM)* [16] — do oceny ryzyka i zarządzania w odniesieniu do stalkingu, oraz wiele innych narzędzi.

Za początek współczesnego podejścia SPJ i podejść aktuarialnych w związku z oceną ryzyka przemy uważa się rok 1993. W tym czasie grupa składająca się Catheriny Cormier, Granta Harrisa, Vernona Quinseya, Marnie Rice i Christophera Webstera stworzyła praktyczne zalecenia dotyczące oceny ryzyka przemy — *Violence Prediction Scheme* [17]. Autorzy uznali jednak, że nie ma możliwości kompromisu, który pozwoliłby na połączenie wyników ocen uzyskanych za pomocą podejść aktuarialnych i podejść SPJ. To zapoczątkowało dalszy rozwój podejścia SPJ, gdyż Harris, Rice i Quinsey [18] oraz Webster i wsp. [17] uzgodnili, że aktuarialne metody mogłyby dzięki klinicznemu dostosowaniu dostarczać lepszych wyników nawet o 10%. Webster przeniósł się do British Columbia i kontynuował rozwój podejścia SPJ razem ze współpracownikami związanymi z Uniwersytetem Simona Frasera. Współpraca doprowadziła do wydania w 1995 roku dwóch pierwszych narzędzi opartych na podejściu SPJ. Jako pierwsze powstało narzędzie SARA do oceny przemy partnerskiej, a zaledwie kilka miesięcy później wydana została pierwsza wersja HCR-20 — narzędzia do oceny ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą.

### Ogólne założenia teoretyczne podejścia SPJ

Znajomość założeń modelu SPJ jest niezbędna do tego, by właściwie używać opartych na nim metod, rzetelnie oceniać ryzyko wystąpienia zachowań związanych z przemocą, a także prawidłowo zarządzać ryzykiem poprzez tworzenie zintegrowanych scenariuszy wystąpienia przemy, koncentrując się również na możliwościach zmniejszenia tegoż ryzyka. Podejście SPJ opiera się na kluczowych elementach, jakimi są: przemoc, ryzyko, ocena, zarządzanie oraz integracja, które w konsekwencji przekładają się na siedmiostopniowy model oceny.

### Przemoc

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), przyjęta w 1996 roku i obowiązująca do tej pory, określa przemoc jako „Celowe użycie siły fizycznej lub władzy, sformułowane jako groźba lub rzeczywiście użyte, skierowane przeciwko samemu sobie, innej osobie, grupie lub społeczności, które albo prowadzi do, albo z którym wiąże się wysokie prawdopodobieństwo spowodowania obrażeń cielesnych,

śmierci, szkód psychologicznych, wad rozwoju lub braku elementów niezbędnych do normalnego życia i zdrowia” [19].

W podejściu SPJ definicja przemocy jest spójna z definicją WHO. Autorzy dookreślają jednak pewne kwestie z nią związane, jak na przykład istotę krzywdy psychicznej, którą jest strach przed fizycznym cierpieniem lub inne konsekwencje emocjonalne, psychiczne bądź poznawcze, które znacząco zaburzają stan zdrowia ofiary. W definicji według autorów nie mieszczą się również te zachowania, które generalnie powodują cierpienie fizyczne osób trzecich, ale są dokonywane za zgodą tych osób, na przykład sporty walki, zabiegi medyczne. Z definicji wyłącza się również między innymi działania wojskowe czy użycie siły przez policję zgodnie z procedurami [10].

### Ryzyko

Ryzyko oznacza zagrożenie lub niebezpieczeństwo, które nie jest w pełni zrozumiałe, a tym samym jego wystąpienie można przewidzieć tylko w pewnym zakresie [20]. Wyniki licznych badań wskazują na to, że ryzyko wystąpienia przemocy ma wiele aspektów i jest zjawiskiem zmieniającym się w czasie oraz odnosi się nie tylko do rodzaju zagrożenia, ale i jego prawdopodobieństwa czy następstw. W związku z tym pojęcie ryzyka jest z natury dynamiczne i zależy od kontekstu, w którym pojawia się zagrożenie, ale również od miejsca pobytu sprawców, form kontroli i nadzoru, planu terapeutycznego, jaki zostanie wdrożony, motywacji do funkcjonowania w życiu społecznym bez stosowania przemocy oraz prawdopodobieństwa wystąpienia dodatkowych stresorów [21–27]. Ryzyko wystąpienia przemocy jest trudne do obiektywnej oceny. Wpływają na nią również subiektywne czynniki, takie jak przekonania, emocje i cechy osobowości oceniającego. Dlatego ważne jest, by ryzyko wystąpienia zachowań związanych z przemocą odbywało się według jasnych, opracowanych na bazie wiedzy medycznej, ustrukturyzowanych metod, w interdyscyplinarnym zespole, co pozwoli ułatwić i zobiektywizować ocenę.

### Ocena

Ocena to proces zbierania informacji niezbędnych do wykorzystania w procesie podejmowania decyzji (*American Educational Research Association/American Psychological Association/National Council on Measurement in Education* [28]).

W celu dokonania rzetelnej oceny niezbędne jest ustrukturyzowanie wiedzy dotyczącej badanego, z uwzględnieniem jak najszerszej możliwie bazy danych, zarówno jego przeszłości, jak i danych dotyczących obecnego funkcjonowania, realności planów na przyszłość oraz sytuacji życiowej. Ocena musi być przeprowadzona w taki sposób i koncentrować się na takich czynnikach ryzyka, by można było określić, które

z nich są kluczowe dla wystąpienia przemocy w przyszłości, co pozwoli na opracowanie indywidualnych zaleceń, pozwalających na zapobieganie aktom przemocy. Czynnikiem ryzyka jest pojęciem (stanem, cechą, zdarzeniem etc.) wyraźnie obecnym przed wystąpieniem zagrożenia i — w zależności od postrzegania rzeczywistości przez oceniającego — może odgrywać rolę w jego powstaniu [29].

### Zarządzanie

Zarządzanie polega na wczesnym wykrywaniu oraz opracowaniu szczegółowych i indywidualnych działań, jakie należy podjąć w konkretnym przypadku w celu minimalizacji zagrożenia przemocą.

Obecnie najbardziej popularnymi modelami dotyczącymi zarządzania ryzykiem są *Risk-Need-Responsivity* (RNR) i *Good Lives Model* (GLM). Zarządzanie ryzykiem według modelu SPJ odnosi się do czterech podstawowych działań: monitorowania, leczenia, nadzoru i planowania bezpieczeństwa ofiar [1]. Wybór strategii zarządzania należy do oceniającego. Powinien on opierać się na stopniu zagrożenia, rodzaju i istotności czynników ryzyka, motywach oraz identyfikacji przyszłych ofiar. Monitorowanie polega, w przeciwieństwie do nadzoru, głównie na kontaktach terapeutycznych, wyznaczaniu konkretnych ram czasowych takiego kontaktu, wyznaczaniu terminów ponownych ocen jak również na dozorze elektronicznym, badaniach na obecność narkotyków itp. Dzięki poddaniu badanego monitorowaniu można uchwycić pierwsze „sygnały ostrzegawcze”, jak na przykład niestawianie się na wyznaczone wizyty, pojawienie się objawów psychotycznych lub złamanie abstynencji. Takie sytuacje wymagają ponownienia oceny ryzyka, gdyż mogą świadczyć o tym, że ryzyko wystąpienia zachowań związanych z przemocą rośnie [30].

Leczenie to ustalenie konkretnych planów terapeutycznych, koncentrujących się indywidualnych potrzebach i deficytach w funkcjonowaniu pacjenta. Obejmuje nie tylko działania farmakologiczne, ale również różne rodzaje terapii, jak na przykład terapię behawioralno-poznawczą, terapię indywidualną czy grupową oraz treningi, na przykład trening radzenia sobie z agresją. Nadzór polega na ograniczeniu praw lub wolności jednostki. Kontrolę i nadzór w Polsce określają określone przepisy kodeku karnego. Szczególnym przypadkiem nadzoru jest nadzór stosowany u osób, u których stwierdzono niepoczytalność i orzeczono wobec nich środek zabezpieczający. Według kodeksu karnego, artykuł dotyczący środków zabezpieczających określa konkretnie, jakie formy nadzoru mogą być stosowane. Po nowelizacji ustawy w lipcu 2015 roku, środkami zabezpieczającymi w Polsce są: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień oraz pobyt w zamkniętym

zakładzie psychiatrycznym (k.k. Rozdział X art. 93 a § 1 pkt 1–3). Nadzór powinien być realizowany na poziomie adekwatnym do ryzyka stwarzanego przez jednostkę.

### **Podejmowanie decyzji opartych na dowodach**

Podejmowanie decyzji opartych na dowodach polega na systematycznym zbieraniu istotnych informacji o badaniach, danych statystycznych lub dobrze potwierdzonych teoriach (np. [31, 32]). Są to powszechnie stosowane w różnych dziedzinach medycyny zasady EBM (*evidence base medicine*). Choć uważa się, że baza dowodowa zawsze będzie niekompletna lub niewystarczająca, powinno się opierać swoje decyzje na obecnie istniejącej bazie dowodowej, potwierdzającej prawdziwość założonych hipotez. Ujmuje ona proces podejmowania decyzji oparty na dowodach jako przewodnią filozofię, podstawową wartość lub standard, do którego należy dążyć [33].

### **Integracja**

Reasumując, ocenę opartą na dowodach oraz zarządzanie ryzykiem przemocy można zdefiniować jako proces gromadzenia spójnych informacji o badanych oraz kierowanie się najnowszą dostępną wiedzą naukową i kliniczną, w celu zrozumienia predyspozycji danej jednostki do dokonywania aktów przemocy w przyszłości oraz określenia ewentualnych środków zapobiegawczych [34, 35].

### **Wnioski**

Zrozumienie predyspozycji badanej osoby do zachowań związanych z przemocą polega na dokonywaniu szczegółowych analiz przeszłości badanego, zwłaszcza obecności zachowań związanych z przemocą, deficytów lub zasobów, sytuacji życiowej i społecznej badanego, jego planów na przyszłość i możliwości ich realizacji. Pozwala to zrozumieć, jaki rodzaj przemocy może przejawiać badany, jakie będą jego motywami, przeciwko komu skierowany i w jakich okolicznościach. Dane te nie pozwalają nam na określenie ryzyka przemocy w sposób ilościowy, dając konkretny wynik liczbowy, ale pozwalają na tworzenie zindywidualizowanych prognoz dotyczących konkretnego przypadku. Umożliwia to określenie, jakie wydarzenia i zjawiska mogą zwiększyć lub zmniejszyć predyspozycje badanego do przemocy. Celem tego działania jest zapobieganie przyszłej przemocy (czyli zarządzanie przypadkiem) poprzez opracowanie zindywidualizowanego planu nadzoru i leczenia.

W Polsce coraz częściej działania biegłych psychiatrów są poddawane ocenie — nie tylko przez wymiar sprawiedliwości i innych biegłych, ale również przez opinię publiczną i media. Jednym z fundamentalnych pytań do biegłych psychiatrów jest pytanie o ryzyko wystąpienia zachowań o znacznej szkodliwości społecznej, czyli

przede wszystkim zachowań związanych z przemocą. Dotychczasowa kliniczna ocena ryzyka przemocy jest niewystarczająca, nie opiera się na istniejącej bazie danych medycznych i przede wszystkim nie jest zgodna z najnowszą dostępną wiedzą medyczną.

Według dostępnych badań dotyczących trafności, rzetelności oraz zgodności narzędzi opartych na modelu SPJ [36] wydaje się, że ocena ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą może być dokonywana w sposób bardziej rzetelny, dokładny i ustrukturyzowany dzięki powyższym narzędziom. Dodatkowo daje nam ona możliwość stworzenia szczegółowych planów zarządzania ryzykiem oraz pokazuje, w jaki sposób możemy to ryzyko zminimalizować.

W kilku ośrodkach w Polsce podejmowano próby wdrażania narzędzi opartych o SPJ, zwłaszcza narzędzia HCR-20, a osoby, które zetknęły się narzędziem i używały go do celów oceny ryzyka, podchodzą optymistycznie do możliwości jego zastosowania.

W Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim od 2015 roku trwały prace nad przetłumaczeniem, za zgodą autorów, narzędzia HCR-20 oraz *Structured Assessment of Protective Factors* (SAPROF), co zakończyło się wydaniem po raz pierwszy tych narzędzi w Polsce w 2016 roku.

Już w trakcie tłumaczenia rozpoczęto ich stosowanie w codziennej praktyce klinicznej, a początek ich stosowania zbiegł się w czasie z nowelizacją kodeksu karnego, dotyczącą między innymi środków zabezpieczających, gdzie pojawiły się inne niż dotychczas jego formy, które dają możliwość zarządzania ryzykiem, na przykład zastosowania wobec pacjenta takich form nadzoru jak terapia, terapia uzależnień lub dozór elektroniczny.

Oczywiście niezbędne są dalsze badania mające na celu walidację narzędzi w warunkach polskich, pierwsze doświadczenia autorki niniejszej pracy są jednak zadowalające, zwłaszcza w przypadku ocen dokonywanych przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny. Zastosowanie narzędzi wśród pacjentów oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia pozwoliło na bardziej dogłębną analizę naszych pacjentów, często również na rewizję przekonań, zwłaszcza dotyczących tych z pacjentów, którzy od wielu lat przebywają na detencji. Niniejsze wstępne wnioski wskazują, że narzędzia te stosowane w codziennej praktyce mogą stanowić istotny element, który pomoże ocenić ryzyko zachowań związanych z przemocą. Metody te są przejrzyste i zrozumiałe dla różnych instytucji, co pozwala na lepszą komunikację z wymiarem sprawiedliwości, czy pracownikami socjalnymi, a także pozwala na jasne i klarowne przedstawienie swoich wniosków dotyczących danego pacjenta w opiniach sądowo-psychiatrycznych.

**Streszczenie**

W niniejszym artykule opisano problematykę oceny zagrożenia wystąpienia zachowań związanych z przemocą, skupiając się głównie na podejściu nazywanym ustrukturyzowaną profesjonalną oceną (SPJ). Przedstawiono rozwój podejścia i opisano szczegółowo główne założenia modelu, na który składa się przemoc, ryzyko, ocena, zarządzanie, podejmowanie decyzji opartych na dowodach i integracja. Obecnie dwa (HCR-20 v.3 i SAPROF) spośród licznych narzędzi opierających się na podejściu SPJ, opisane w niniejszej pracy, zostały przetłumaczone na język polski za zgodą autorów, co pozwoliło na ich wydanie. Przeanalizowano ich zastosowanie w praktyce klinicznej.

*Psychiatria* 2017; 14, 1: 21–27

**Słowa kluczowe:** ocena ryzyka przemocy, ustrukturyzowana profesjonalna ocena, HCR-20 v3, SAPROF

**Piśmiennictwo:**

- Hart SD, Webster CD, Douglas KS. Risk management using the HCR-20: A general overview focusing on historical factors. *Mental Health Law & Policy Faculty Publications; University of South Florida Scholar Commons*. 2001; 1; 1–27.
- Monahan, J. A jurisprudence of risk assessment: Forecasting harm among prisoners, predators, and patients. *Virginia Law Review*. 2006; 92: 391–435.
- Grove W, Meehl P. Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*. 1996; 2(2): 293–323, doi: [10.1037//1076-8971.2.2.293](https://doi.org/10.1037//1076-8971.2.2.293).
- Otto RK, Douglas KS. *Handbook of violence risk assessment*. Routledge, Oxford 2010: 5–6.
- Brunt BV. Structured Professional JUDGMENT. Harm to Others. 2015: 121–137, doi: [10.1002/9781119221678.ch7](https://doi.org/10.1002/9781119221678.ch7).
- Gierowski JK., Paprzycki L. Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne. C.H. Beck, Warszawa 2013; 308–327.
- Rogers R. The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law Hum Behav*. 2000; 24(5): 595–605, doi: [10.1023/a:1005575113507](https://doi.org/10.1023/a:1005575113507), indexed in Pubmed: [11026213](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11026213/).
- Robbè M, Vogel Vde, Stam J. Protective Factors for Violence Risk: The Value for Clinical Practice. *Psychology*. 2012; 03(12): 1259–1263, doi: [10.4236/psych.2012.312a187](https://doi.org/10.4236/psych.2012.312a187).
- De Vogel V, De Ruitter C, Bouman Y, De Vries Robbè M. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk, Van der Hoeven Kliniek, Utrecht. 2009; 11–20
- Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H. HCR-20V3: Assessing risk for violence – User guide. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University 2013; 2; 20–40.
- O’Shea L, Dickens G. Predictive Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for Aggression and Self-Harm in a Secure Mental Health Service: Gender Differences. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2015; 14(2): 132–146, doi: [10.1080/14999013.2015.1033112](https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1033112).
- Kettles AM. A concept analysis of forensic risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004; 11(4): 484–493, doi: [10.1111/j.1365-2850.2004.00752.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00752.x), indexed in Pubmed: [15255924](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15255924/).
- Belfrage H, Douglas K. Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2002; 1(1): 25–36, doi: [10.1080/14999013.2002.10471158](https://doi.org/10.1080/14999013.2002.10471158).
- Boer DP, Hart SD, Kropp PR, Webster CD. Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University 1977.
- Hart SD, Kropp PR, Laws DR, Klaver J, Logan C, Watt KA The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Burnaby, Canada; Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University 2003.
- Kropp PR, Hart SD, Lyon D. Guidelines for Stalking Assessment and Management (SAM): User manual. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions Inc. 2008.
- Webster CD, Harris GT, Rice ME, Cormier C, Quinsey VL. The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men. Toronto, Canada: University of Toronto Press. 1994; 1–99.
- Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders: The Development of a Statistical Prediction Instrument. *Criminal Justice and Behavior*. 1993; 20(4): 315–335, doi: [10.1177/0093854893020004001](https://doi.org/10.1177/0093854893020004001).
- Krug E, Mercy J, Dahlberg L, et al. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002; 360(9339): 1083–1088, doi: [10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0).
- Winer R, Bernstein P. Against the Gods: The Remarkable Story of Risk. *Journal of Marketing*. 1997; 61(3): 112, doi: [10.2307/1251793](https://doi.org/10.2307/1251793).
- Dix G. Clinical Evaluation of the „Dangerousness“ of „Normal“ Criminal Defendants. *Virginia Law Review*. 1980; 66(3): 523–581, doi: [10.2307/1072660](https://doi.org/10.2307/1072660).
- Hart S. The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*. 2011; 3(1): 121–137, doi: [10.1111/j.2044-8333.1998.tb00354.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.1998.tb00354.x).
- Hart, S. D. Assessing and managing violence risk. HCR-20 violence risk management companion guide. Mental Health Law & Policy Faculty Publications. ; 2001: 13–25.
- Janus E, Meehl P. Assessing the legal standard for predictions of dangerousness in sex offender commitment proceedings. *Psychology, Public Policy, and Law*. 1997; 3(1): 33–64, doi: [10.1037//1076-8971.3.1.33](https://doi.org/10.1037//1076-8971.3.1.33).
- Kapur N. Evaluating risks. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000; 6(6): 399–406, doi: [10.1192/apt.6.6.399](https://doi.org/10.1192/apt.6.6.399).
- Otto RK. Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *J Clin Psychol*. 2000; 56(10): 1239–1262, doi: [10.1002/1097-4679\(200010\)56:10<1239::AID-JCLP2>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200010)56:10<1239::AID-JCLP2>3.0.CO;2-J), indexed in Pubmed: [11051058](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11051058/).
- Scott PD. Assessing dangerousness in criminals. *Br J Psychiatry*. 1977; 131: 127–142, doi: [10.1192/bjp.131.2.127](https://doi.org/10.1192/bjp.131.2.127), indexed in Pubmed: [912214](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/912214/).
- American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association 1999.
- Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, et al. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54(4): 337–343, doi: [10.1001/archpsyc.1997.01830160065009](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009), indexed in Pubmed: [9107150](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9107150/).
- Kropp PR, Hart SD, Lyon D, LePard D. Managing stalkers: Coordinating treatment and supervision. Wiley, New Jersey 2008; 138–160.
- Mears D. Towards rational and evidence-based crime policy. *Journal of Criminal Justice*. 2007; 35(6): 667–682, doi: [10.1016/j.jcrimjus.2007.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2007.09.003).
- Pfeffer J, Sutton RI. Evidence-based management. *Harvard Business Review*, January 2006; 63–74.
- Sackett DL, Rosenberg WM. On the need for evidence-based medicine. *J Public Health Med*. 1995; 17(3): 330–334, doi: [10.1002/0470011815.b2a08019](https://doi.org/10.1002/0470011815.b2a08019), indexed in Pubmed: [8527187](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8527187/).
- Hart SD. Evidence-based assessment of risk for sexual violence. *Chapman Journal of Criminal Justice*. 2009; 1; 143–165.
- Hart S, Sturmey P, Logan C, et al. Forensic Case Formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2011; 10(2): 118–126, doi: [10.1080/14999013.2011.577137](https://doi.org/10.1080/14999013.2011.577137).
- Singh JP, 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. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(3): 499–513, doi: [10.1016/j.cpr.2010.11.009](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009), indexed in Pubmed: [21255891](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21255891/).