



**Uniwersytet  
SWPS**

Wydział Psychologii w Warszawie

Michał Nowopolski

**OSOBOWOŚĆ SPRAWCY I INNE ASPEKTY KSZTAŁTUJĄCE OCENĘ RYZYKA  
PRZEMOCY U PACJENTÓW INTERNOWANYCH W ODDZIAŁACH PSYCHIATRII  
SĄDOWEJ.**

Perpetrator's personality and other aspects shaping violence risk assessment of patients  
detained in forensic psychiatry wards.

Praca doktorska

Napisana pod kierunkiem

Prof. dr. hab. Józefa K. Gierowskiego

Promotor pomocniczy: dr Marlena Banasik

Gdańsk, 2024

Badania do pracy doktorskiej zostały przeprowadzone w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki OPUS 15 pod tytułem „*Rola czynników ryzyka i czynników ochronnych w ocenianiu i monitorowaniu prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego u sprawców objętych izolacyjnym systemem środków leczniczo-zabezpieczających oraz odbywających karę pozbawienia wolności*” realizowanego w SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny z siedzibą w Warszawie, Wydział Zamiejscowy w Katowicach (numer programu: 2018/29/B/HS5/00474, kierownik projektu: prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski). Otrzymały one zgodę na realizację wydana przez Wydziałową Komisję ds. Etyki Badań Uniwersytetu SWPS (nr zgody: WKEB57/04/2019)

## Podziękowania

**Profesorowi Józefowi Krzysztofowi Gierowskiemu** – za inspirację do podjęcia trudu studiów doktoranckich. Dziękuję też za to, że Profesor zapewnił mi rozwój naukowy i wsparcie finansowe, angażując mnie w grantie naukowym. Dziękuję za to, że życzliwie i systematycznie wspierał mnie zarówno w trakcie realizacji grantu, jak i podczas realizacji studiów doktoranckich.

**Doktor Marlenie Banasik** – za to, że życzliwie wspierała mnie na początku drogi naukowej, a w licznych rozmowach ze spokojem i rozwagą rozwiewała moje wątpliwości. Dziękuję również za współpracę we wszystkich projektach, wystąpieniach i publikacjach oraz rzeczowe i szczegółowe uwagi do pracy doktorskiej.

**Profesorowi Stephenowi D. Hart** – za to, że w 2014 r. otworzył mi oczy na nowe możliwości - pokazał mi, że można z powodzeniem łączyć świat nauki ze światem praktyki, z różnymi aktywnościami w zawodzie psychologa klinicznego i sądowego. Dziękuję również za to, że wraz ze współpracownikami udzielił mi zgody na realizację polskiej wersji narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

**Doktorowi Krzysztofowi Wrześniewskiemu** – za merytoryczne wsparcie w trakcie pisania pracy doktorskiej.

**Doktorowi Leszkowi Ciszewskiemu** – za to, że przyczynił się do tego, że podjęty w rozprawie doktorskiej temat oceny ryzyka przemocy mogliśmy wdrożyć w opiniowanie w zakresie środków zabezpieczających. Dziękuję również za nieustanne wsparcie w rozwoju zawodowym.

**Doktorowi Krzysztofowi Żukowi** – za to, że przyczynił się do wdrożenia metod służących do oceny ryzyka przemocy z nurtu SPJ – do opiniowania sprawców poważnych czynów przeciwko wolności seksualnej.

**Mamie** za codzienną naukę optymizmu, ciepła, doceniania drobnych rzeczy i rozmowy w trudnych chwilach.

**Tacie** – za wszystkie narzędzia, dzięki którym jestem w świecie nauki, za inspirację i pasję zawodową, za informację zwrotną, dzięki której nie ustaję w staraniach, aby być lepszym.

**Izabeli** – za miłość, cierpliwość i pomoc w dostrzeganiu postępów, wiarę, że się uda, codzienną obecność.

**Justynie** - za możliwość regularnego monitorowania postępów w pracy doktorskiej i pomoc w obraniu właściwych rozwiązań.

**Pacjentom** – za to, że wyrazili zgodę na udział w badaniu do pracy doktorskiej. Dziękuję za to, że zgodzili się podzielić swoimi historiami życiowymi, co niejednokrotnie było dla nich trudnym doświadczeniem.

Osobowość sprawcy i inne aspekty w ocenie ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej.

**Słowa kluczowe: psychiatria sądowa, ocena ryzyka przemocy, czynniki ryzyka przemocy, czynniki ochronne, psychopatia, impulsywność, samoregulacja**

**Problem:** Psychopatia, impulsywność i samoregulacja są konstruktami osobowościowymi, powszechnie omawianymi w kontekście występowania przemocy. Dotychczasowe publikacje w niewielkim jednak stopniu odnoszą się do związku pomiędzy tymi zmiennymi a samą procedurą oceny ryzyka przemocy w populacji osób internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej. Niewiele publikacji dotyczy również związku pomiędzy tymi zmiennymi osobowościowymi a zmianami zachodzącymi w ocenie czynników ryzyka i czynników ochronnych w kontekście przemocy wraz z upływem czasu. Stosunkowo niewiele wiadomo również o tym, jak zarówno zmienne osobowościowe, jak i ocena poszczególnych czynników ryzyka i czynników ochronnych wpływa na sumaryczne oceny ryzyka i sumaryczne oceny ochrony. Projekt miał na celu wyjaśnienie tych zależności, jak i uwzględnienie dodatkowych potencjalnych zmiennych kształtujących rezultat oceny takich jak: powaga czynu, którego dopuścił się internowany sprawca, jak i stopień zabezpieczenia zakładu, w którym przebywał w trakcie badania.

**Metoda:** Badaniami objęto 152 pacjentów płci męskiej poddanych przymusowej hospitalizacji w ramach internacji sądowo-psychiatrycznej. Badani popełnili w większości poważne przestępstwa (głównie przeciwko życiu i zdrowiu), a w wyniku wyroku właściwego sądu zostali uznani za niebezpiecznych w trakcie popełnienia czynu. Badanie składało się z dwóch pomiarów. Pierwszy etap obejmował analizę dostępnej dokumentacji medycznej i przeprowadzenie kompleksowych wywiadów stanowiących podstawę oceny ryzyka przemocy według zasad wyszczególnionych w narzędziach: HCR-20<sup>V3</sup> (Douglas, Hart, Webster i Belfrage, 2013 w polskiej adaptacji: Nowopolski i in., 2016 oraz SAPROF (de Vogel, V, de Ruiters, C., Bouman, de Vries Robbé, M., 2012; w polskiej adaptacji: Nowopolski, Welent-Nowacka, Ciszewski i Axer, 2016). Następnie, na podstawie zebranych informacji przeprowadzono ocenę czynników ryzyka i czynników ochronnych w oparciu o ww. narzędzia. W trakcie pierwszego pomiaru przeprowadzono ponadto testowe badania psychologiczne trzech komponentów osobowości związanych z przemocą tj. a) psychopatii (narzędzie TriPM, Patrick, 2010; w polskiej adaptacji Pilch, Sanecka, Hyla i Atlas, 2016 oraz narzędzie PPTS (Boduszek, Dębowska, Dhingra, DeLisi, 2016), impulsywności (UPPS-P, Cyders i in., 2007; w polskiej adaptacji: Poprawa, 2016) oraz samoregulacji (SSPP, Kolańczyk, Bąk i Rocznińska, 2013). Drugi etap obejmował przeprowadzenie aktualizacji wywiadów oraz ponowne przeprowadzenie oceny czynników ryzyka i czynników ochronnych w oparciu o narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF.

**Wyniki:** Uzyskane dane wskazują, że rezultat oceny ryzyka przemocy jest w największym stopniu powiązany z szeregiem składowych impulsywności, następnie wybranymi aspektami psychopatii oraz w najmniejszym stopniu z samoregulacją prewencyjną i promocyjną. Analogiczne, choć słabsze relacje stwierdzono pomiędzy rezultatem oceny czynników ochronnych a wskazanymi zmiennymi osobowościowymi. Nie stwierdzono jednak istotnego związku pomiędzy oceną czynników ochronnych a samoregulacją promocyjną i prewencyjną. Wyniki zmian w poziomie czynników ryzyka i czynników ochronnych wskazują, że wraz z upływem czasu, na przestrzeni 6 miesięcznego leczenia dochodzi do poprawy tj. zmniejszenia

poziomu ryzyka i zwiększenia poziomu ochrony, ale zachodzące zmiany należy uznać za niewielkie. Zmienne osobowościowe nie pośredniczą w procesie zmiany ogólnego poziomu ryzyka i ogólnego poziomu ochrony. Porównania między grupami o różnym nasileniu poszczególnych aspektów psychopatii, samoregulacji i impulsywności wskazują jednak na różnice w procesie zmiany wybranych zmiennych związanych z ryzykiem i ochroną. Uzyskane dane wykazały ponadto szereg najbardziej istotnych predyktorów kształtujących ocenę czynników ryzyka i czynników ochronnych. Analizy powiązań zmiennych dodatkowych (powaga czynu i stopnia zabezpieczenia zakładu) wykazały, że powaga czynu jest powiązana z oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, oceną priorytetu przypadku i zintegrowaną oceną ryzyka przemocy. Porównania międzygrupowe wykazały, że pacjenci przebywający na oddziałach o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia wykazują wyższy poziom ogólnego poziomu ryzyka oraz wyższy poziom ryzyka historycznego niż pacjenci przebywający w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między tymi grupami w poziomie czynników ochronnych.

**Wnioski:** Uzyskane wyniki stanowią wkład w wyjaśnianie modelu podejmowania oceny czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz zmian zachodzących w tych ocenach w trakcie 6 miesięcy leczenia. Uzyskane wyniki wpisują się w nurt publikacji, których wyniki stanowią podstawę do kwestionowania możliwości uchwycenia znaczących zmian w ocenie ryzyka przemocy na podstawie pomiarów z krótkimi odstępami czasu. Tempo zmian na początku leczenia jest powolne. Biorąc pod uwagę przedział czasu, w którym dokonano pomiarów, należy uznać, że istnieje potrzeba podłużnych badań, z wielokrotnymi pomiarami, z dłuższymi okresami obserwacji w celu określenia czy zmiany wraz z upływem czasu stają się bardziej dynamiczne, czy też ich tempo pozostaje na stałym poziomie. Część z analizowanych zmiennych osobowościowych okazała się mało istotna w wyjaśnianiu tego modelu, co stanowi pierwszy etap selekcji potencjalnych zmiennych w kontekście konstruowania modelu oceny ryzyka przemocy. Analizy konstruktywne osobowościowych wydają się wskazywać na niewielką rolę konstruktu nastawienia regulacyjnego w kontekście oceny ryzyka przemocy. Uzyskane wyniki mogą ponadto sugerować, że ze wzmoczoną ostrożnością należy oceniać poprawę osób wykazujących określone cechy psychopatyczne. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że konstruktem osobowościowym, którego pomiar należy poważnie rozważyć w trakcie przeprowadzania oceny ryzyka przemocy, jest impulsywność, a zwłaszcza jego poszczególne aspekty: negatywna popędliwość, brak premedytacji (przezorności), pozytywna popędliwość.

Perpetrator's personality and other aspects shaping violence risk assessment of patients detained in forensic psychiatry wards.

**Keywords:** forensic psychiatry, violence risk assessment, violence risk factors, protective factors, psychopathy, impulsiveness, self-regulation

**Problem:** Psychopathy, impulsiveness and self-regulation are personality constructs commonly discussed in the context of violence. Previous publications, however, to a small extent refer to the relationship between these variables and the procedure of assessing the risk of violence in the population of patients detained in forensic psychiatry wards. Few publications address the relationship between these personality variables and changes in the assessment of risk factors and protective factors in the context of violence over time. Relatively little is also known about how selected personality variables and the assessment of individual risk factors and protective factors affect summary risk ratings and summary protection ratings. The project was aimed at clarifying these relationships and additional potential variables shaping violence risk assessment, such as: the seriousness of the act committed by the detained patient and the degree of security of the facility where the person is detained during assessments.

**Method:** The study involved 152 male patients, transferred to forensic institution for involuntary commitment due to be found as “not guilty by reason of insanity”. Most of the evaluatees committed serious crimes (mainly against life and health), and because of the Court's verdict they were declared insane while committing the act. The study consisted of two assessments. The first stage included conducting comprehensive interviews, which were the basis for assessing the risk of violence according to the rules specified in the tools: HCR-20<sup>V3</sup> (Douglas, Hart, Webster and Belfrage, 2013, in polish adaptation: Nowopolski et al., 2016 and SAPROF (de Vogel et al., 2012, in Polish adaptation: Nowopolski, Welento-Nowacka, Ciszewski and Axer, 2016. Then, based on the collected information, an assessment of risk factors and protective factors was carried out based on the criteria specified in the above-mentioned tools. During the first assessment, three personality components related to violence were also assessed, i.e., a) psychopathy (TriPM tool, Patrick, 2010; in the Polish adaptation Pilch, Sanecka, Hyla and Atlas, 2016 and the PPTS tool, Boduszek, Dębowska, Dhingra, DeLisi, 2016), impulsivity (UPPS-P, Cyders et al., 2007; in the Polish adaptation: Poprawa, 2016) and self-regulation (SSPP, Kolańczyk, Bąk and Roczniowska, 2013). The second step involved updating the interviews and reassessing the risk factors and protective factors based on the HCR-20<sup>V3</sup> and SAPROF tools.

**Results:** The obtained data indicate that the result of violence risk assessment is most closely related to several components of impulsivity, then selected aspects of psychopathy and to the least extent prevention and promotion mode of self-regulation. Similar, although weaker relationships were found between the results of assessment of protective factor and the indicated personality variables. There was no significant relationship between the assessment of protective factors and self-regulation. The results of changes in the level of risk and protective factors indicate that over the course of 6 months of treatment, there is improvement, i.e., a reduction in the level of risk and an increase in the level of protection, but these changes are minor. Personality variables do not contribute to the process of changing the overall level of risk and the overall level of protection. However, comparisons between groups with different level of particular aspects of psychopathy, self-regulation and impulsivity indicate differences in the process of changing selected variables related to risk and protection. The data obtained

showed the most important predictors shaping the assessment of risk and protective factors. Analyzes of the associations of additional variables (seriousness of the act and the degree of security of the facility) showed that the seriousness of the act is associated with the assessment of the risk of "serious physical harm", the assessment of the "case priority" and the "integrated overall violence risk assessment". Intergroup comparisons showed that patients staying in units with enhanced security had a higher level of overall risk and a higher level of historical risk than patients staying in units with basic security. There was no statistically significant difference between these groups in the level of protective factors.

**Conclusions:** The obtained results contribute to explaining the model for assessing risk and protective factors and the changes occurring in these assessments during 6 months of treatment. The obtained results are part of the trend of publications whose results constitute the basis for questioning the possibility of capturing significant changes in the assessment of the risk of violence based on measurements over short time intervals. The pace of change at the beginning of treatment is slow. Taking into account the time period in which the measurements were made, it should be recognized that there is a need for longitudinal studies, with repeated measurements, with longer periods of observation in order to determine whether changes become more dynamic over time or whether their pace remains constant. Some of the analyzed personality variables turned out to be of little importance in explaining this model, which seems to be the first stage of selecting potential variables in the context of constructing a broader violence risk assessment model. Analyzes of personality constructs seem to indicate a minor role of the construct of regulatory focus in the context of assessing the risk of violence. The obtained results may also suggest that the improvement of people exhibiting certain psychopathic traits should be assessed with increased caution. Based on the results obtained, it can be concluded that impulsivity is a personality construct whose measurement should be seriously considered when assessing the risk of violence, and especially its individual aspects: negative urgency, lack of premeditation (forethought), positive urgency.

## Spis treści

<i>WPROWADZENIE</i> .....	12
<i>ROZDZIAŁ I. CHARAKTERYSTYKA ŚRODOWISKA BADAŃ – OPIS ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH I JEGO UWARUNKOWAŃ PRAWNYCH</i> .....	15
1.1. Rodzaje środków zabezpieczających.....	15
1.2. Prawne uwarunkowania związane z internacją sądowo-psychiatryczną.....	17
1.2.1. Niepoczytalność, poczytalność ograniczona, poczytalność sprawcy czynu zabronionego.....	17
1.2.2. Obserwacja sądowo-psychiatryczna.....	21
1.2.3. Charakterystyka detencji, materialnoprawne aspekty jej orzekania.....	23
1.2.4. Praktyczne aspekty związane z wykonywaniem detencji sądowo-psychiatrycznej.....	27
<i>ROZDZIAŁ II. ROZWÓJ PROCEDUR I DOMINUJĄCYCH NURTÓW W OCENIE RYZYKA PRZEMOCY</i> .....	33
2.1. Procedury dyskrecjonalne (uznaniowe).....	33
2.2. Procedury niedyskrecjonalne (nieuznaniowe).....	35
2.3. Ustrukturyzowana Profesjonalna Ocena (Structured Professional Judgement, skrót: SPJ).....	38
2.3.1. Historia nurtu SPJ, jego podstawowe założenia, cechy charakterystyczne.....	38
2.3.2. Kluczowe pojęcia w nurcie SPJ.....	43
2.4. Powstanie i rozwój narzędzia służącego do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy - HCR-20 <sup>V3</sup> .....	46
2.4.1. Od pierwszego wydania narzędzia HCR-20 do wdrożenia trzeciej wersji do praktyki w Polsce.....	46
2.4.2. Etapy w procedurze HCR-20 <sup>V3</sup> .....	50
2.5. Podsumowanie najważniejszych badań z użyciem HCR-20 <sup>V3</sup> .....	54
2.5.1. Zgodność pomiędzy oceniającymi.....	54
2.5.2. Trafność diagnostyczna.....	57
2.5.3. Trafność prognostyczna.....	60
2.5.4. Dynamiczne aspekty związane ze stosowaniem HCR-20 <sup>V3</sup> .....	62
2.6. Koncepcja czynników ochronnych – narzędzie SAPROF (The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk, de Vogel i in., 2009, 2012).....	66
2.6.1. Pojęcie czynników ochronnych.....	67
2.6.2. Opis narzędzia SAPROF i procedura stosowania.....	68
2.6.3. Właściwości psychometryczne narzędzia – zgodność pomiędzy oceniającymi i trafność prognostyczna.....	72
2.6.4. Dynamiczne aspekty narzędzia SAPROF.....	75
2.7. Rozwój nurtu SPJ w Polsce.....	77
<i>ROZDZIAŁ III. ZWIĄZKI PSYCHOPATII, IMPULSYWNOŚCI I SAMOREGULACJI Z PRZEMOCĄ I RYZYKIEM PRZEMOCY</i> .....	87
3.1. Związki psychopatii z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.....	87
3.1.1. Od prototypowej listy H. Cleckleya poprzez dwuczynnikowy model R. Hare, narzędzie PCL-R i czteroczynnikowy wariant tego modelu.....	87
3.1.2. Triarchiczna koncepcja psychopatii i narzędzie TriPM.....	92
3.1.3. Model Cech Osobowości Psychopatycznej (PPTM) i narzędzie PPTS.....	94
3.1.4. Inne modele psychopatii.....	95
3.1.5. Przegląd wybranych publikacji dotyczących związków psychopatii z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.....	98
3.2. Związki impulsywności z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.....	109
3.2.1. Konstrukcja impulsywności w teoriach psychologicznych.....	109
3.2.2. Wybrane modele impulsywności i narzędzia służące do jej pomiaru.....	110



3.2.3. Przegląd wybranych publikacji dotyczących powiązań impulsywności z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.....	111
3.3. Związki samoregulacji czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi. ....	117
3.3.1. Konstrukcja samoregulacji we współczesnych teoriach psychologicznych. ....	117
3.3.2. Przegląd wybranych publikacji dotyczących powiązań impulsywności z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.....	120
3.4. Podsumowanie części teoretycznej.....	123
<i>ROZDZIAŁ IV. OPIS METODOLOGICZNY BADAŃ WŁASNYCH NAD OSOBOWOŚCIĄ I INNYMI ASPEKTAMI KSZTAŁTUJĄCYMI OCENĘ RYZYKA PRZEMOCY U PACJENTÓW INTERNOWANYCH W ODDZIAŁACH PSYCHIATRII SĄDOWEJ</i> .....	
4.1. Cele i przedmiot badań. ....	126
4.2. Problemy badawcze, pytania badawcze i hipotezy badawcze.....	130
4.3. Zmienne i narzędzia badawcze.....	148
4.3.1. Ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny na potrzeby kodowania czynników ryzyka i czynników ochronnych w kontekście ryzyka przemocy. ....	150
4.3.2. Triarchiczna miara psychopatii (Triarchic Psychopathy Measure, TriPM; Patrick, 2010; polska adaptacja: Pilch, Sanecka, Hyla i Atlas, 2015). ....	150
4.3.3. HCR-20 <sup>v3</sup> (Historical Clinical Risk Management-ment-20 Version 3; Douglas i in., 2013; polska adaptacja: Nowopolski i in., 2016). ....	151
4.3.4. SAPROF - wytyczne do oceny czynników ochronnych dotyczących ryzyka przemocy (Structured Assessment of Protective Factors; de Vogel i in., 2012; polska adaptacja: Nowopolski i in., 2016).....	152
4.3.5. The Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS, Boduszek, Debowska, Dzingra i DeLisi, 2016). ....	154
4.3.6. Skala Impulsywnego Zachowania (UPPS-P, Lynam i in., 2006, polska adaptacja Poprawa, 2016). ....	155
4.3.7. Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP, Kolańczyk, Bąk, Roczniowska 2013)....	157
4.3.8. Autorska klasyfikacja powagi czynów w systemie psychiatrii sądowej. ....	157
4.4. Organizacja badań. ....	158
4.5. Osoby badane. ....	159
4.6. Procedura badawcza. ....	160
4.7. Zastosowane metody statystyczne.....	161
<i>ROZDZIAŁ V. WYNIKI</i> .....	
5.1. Relacje między zmiennymi osobowościowymi a wyjściowym ryzykiem przemocy .....	166
5.1.1. Relacje między psychopatią a wyjściowym ryzykiem przemocy .....	166
5.1.2. Relacje między samoregulacją promocyjną i prewencyjną a wyjściowym ryzykiem przemocy. ....	171
5.1.3. Relacje między impulsywnością a wyjściowym ryzykiem przemocy. ....	172
5.2. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych. ....	175
5.2.1. Relacje między psychopatią a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.....	175
5.2.2. Relacje między samoregulacją a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.....	179
5.2.3. Relacje między impulsywnością a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.....	180
5.3. Rola zmiennych osobowościowych w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia pacjentów umieszczonych w oddziałach psychiatrii sądowej w ramach internacji. ....	182
5.3.1. Czynniki ryzyka. ....	183
5.3.2. Czynniki ochronne. ....	187
5.4. Poszukiwanie najważniejszych predyktorów oceny czynników ryzyka i czynników ochronnych w drugim pomiarze - analizy regresyjne. ....	195

5.5. Określenie najważniejszych predyktorów sumarycznych ocen ryzyka i ochrony spośród poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony oraz poszczególnych czynników ryzyka i czynników ochronnych. ....	203
5.6. Relacje dotyczące poziomu zabezpieczenia, w którym przebywa internowany a ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem.....	215
5.7. Relacja pomiędzy powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji przemocy a ogólnym nasileniem ryzyka przemocy, nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem oraz sumarycznymi ocenami ryzyka (SRR).....	217
5.8. Relacje pomiędzy powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji a ogólnym wynikiem czynników ochronnych, poszczególnymi aspektami ochrony i sumarycznymi ocenami ochrony. ....	219
5.9. Podsumowanie.....	220
<b>ROZDZIAŁ VI. ANALIZA I DISKUSJA WYNIKÓW</b> .....	<b>227</b>
Rozdział 6.1. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym (pierwszy pomiar) nasileniem czynników ryzyka przemocy.....	228
6.1.1. Relacje między psychopatią a wyjściowym nasileniem czynników ryzyka przemocy.....	228
6.1.2. Relacje między samoregulacją a wyjściowym nasileniem czynników ryzyka przemocy.....	230
6.1.3. Relacje między impulsywnością a wyjściowym nasileniem czynników ryzyka przemocy.....	232
6.2. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych. ....	234
6.2.1. Relacja między psychopatią a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.....	234
6.2.2. Relacje między samoregulacją a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.....	235
6.3. Rola zmiennych osobowościowych w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony. ....	238
6.3.1. Psychopatia w procesie zmiany nasilenia ryzyka.....	238
6.3.2. Impulsywność w procesie zmiany ryzyka.....	240
6.3.3. Samoregulacja w procesie zmiany ryzyka.....	242
6.3.4. Psychopatia w procesie kształtowania zmian w ochronie w kontekście ryzyka przemocy.....	243
6.3.5. Samoregulacja w procesie zmiany w ochronie w kontekście ryzyka przemocy. ....	244
6.3.6. Impulsywność w procesie zmiany w ochronie w kontekście ryzyka przemocy.....	246
6.4. Wyniki analiz regresyjnych. ....	246
6.4.1. Predyktory ryzyka w drugim pomiarze spośród wybranych cech osobowości. ....	246
6.4.2. Predyktory ochrony w drugim pomiarze spośród wybranych cech osobowości.....	248
6.5. Określenie najważniejszych predyktorów sumarycznych ocen ryzyka i ochrony spośród poszczególnych czynników ryzyka, czynników ochronnych i wybranych aspektów ryzyka i ochrony. ....	250
6.6. Relacje poziomu zabezpieczenia, w którym przebywa internowany z ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem. ....	254
6.7. Relacja pomiędzy powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji a ogólnym nasileniem ryzyka przemocy, nasileniem ochrony, poszczególnymi aspektami ryzyka i ochrony oraz sumarycznymi ocenami ryzyka i ochrony. ....	256
6.8. Wnioski końcowe. ....	257
6.9. Ograniczenia badań i propozycje kierunku dalszych analiz.....	258
6.10. Aplikacyjne znaczenie uzyskanych wyników. ....	261
<b>BIBLIOGRAFIA:</b> .....	<b>263</b>
<b>SPIS TABEL:</b> .....	<b>319</b>

<i>SPIS RYCIN:</i> .....	322
<i>ANEKS</i> .....	324

## WPROWADZENIE

W ostatnich latach rośnie zainteresowanie metodologią służącą do prognozowania i zarządzania ryzykiem przemocy, która byłaby bardziej rzetelna i trafna niż sądy prognostyczne wydane na podstawie intuicji, przeczucia, doświadczenia życiowego, czy też doświadczenia zawodowego. Wyniki badań wskazują, że wiodącym nurtem na świecie w ocenie ryzyka przemocy jest „Ustrukturyzowana Profesjonalna (zwana też specjalistyczną lub kliniczną) Ocena (ang. Structured Professional Judgment, stosowany powszechnie skrót: SPJ). O ile w polskim piśmiennictwie dość szybko podjęto analizę jego użyteczności, o tyle praktyczne jego wdrożenie w polskim systemie prawa karnego, w tym przede wszystkim w oddziałach psychiatrii sądowej i zakładach karnych zapoczątkowano dopiero w 2016 r., kiedy opublikowano polskie wersje narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF.

W analizach uwarunkowań ryzyka przemocy nie można pominąć jego korelatów osobowościowych. Wśród konstruktów o potwierdzonym związku z ryzykiem należy wymienić: psychopatię, impulsywność i samoregulację. Szereg dotychczasowych badań dotyczył ich związku (przede wszystkim psychopatii i impulsywności) z rezultatem ludzkiego działania, jakim jest przemoc. W stosunkowo niewielu publikacjach analizowano dotychczas ich znaczenie w kontekście decyzji klinicysty odnośnie do oceny nasilenia ryzyka. Ponadto, stosunkowo niewiele wiadomo również o predyktorach kształtujących sumaryczne oceny ryzyka i ochrony, w tym zintegrowane oceny ryzyka (uwzględniających poziom ryzyka i poziom ochrony przed przemocą) takich jak np. poszczególne aspekty ryzyka, czynniki ryzyka, czy też czynniki ochronne. Dotychczas opublikowano zaledwie jedno badanie polskie dotyczące najbardziej istotnych czynników ryzyka (predyktorów) wpływających na sumaryczne oceny ryzyka formułowane przez osobę oceniającą (Banasik, 2021).

W ramach nurtu SPJ ryzyko przemocy pojmuje się jako dynamiczne i zależne od kontekstu. W konsekwencji coraz częściej poddaje się analizom zmiany w nasileniu poszczególnych czynników ryzyka, czynników ochronnych oraz ocen końcowych na przestrzeni czasu i na skutek oddziaływań wobec sprawcy. Nadal jest to niewielka baza danych z różnych krajów uwzględniająca różne okresy obserwacji. Dotychczas nie opublikowano wyników z żadnego polskiego badania poświęconego omawianej problematyce. Po drugie, niewiele dotychczasowych badań dotyczyło związku pomiędzy zmiennymi osobowościowymi takimi jak: psychopatia, impulsywność czy samoregulacja a zachodzącymi wraz z upływem czasu zmianami w ocenach czynników ryzyka i czynników ochronnych.

W przeprowadzonych – na potrzeby omawianej pracy doktorskiej - badaniach uwzględniono ponadto zmienne kontekstowe, jak chociażby, stopień zabezpieczenia zakładu czy powagę czynu popełnionego przez ocenianego sprawcę, które w opinii badaczy i praktyków mogą mieć znaczenie w procesie kształtowania modelu oceny nasilenia ryzyka przez klinicystę. Są to zmienne, które zgodnie z doktryną prawną regulującą zasady funkcjonowania psychiatrii sądowej, nie powinny mieć decydującego znaczenia dla ocen przeprowadzanych przez klinicystów. W nielicznych publikacjach zagranicznych poruszano kwestię możliwości kształtowania się uprzedzeń u klinicystów w odpowiedzi na różne dane (Kamorowski, Schreuder, de Ruiters, Jelčić i Ask, 2018; Kamorowski, J., de Ruiters, C., Schreuder, M., Ask i Jelčić, 2020; Kamorowski, de Ruiters, Schreuder, Jelčić i Ask, 2020; Kamorowski, de Ruiters, Schreuder, Ask i Jelčić, 2022; Zapf, Kukucka, Kassin, Dror, 2018; Silva, 2020). Brak jest jednak rodzimych publikacji dotyczących związku ww. zmiennych z ocenami ryzyka przemocy.

Przeprowadzone badania stanowią zatem wkład w uzupełnienie pewnej luki w literaturze przedmiotu. Koncepcja zrealizowanych badań wypływa z sygnalizowanej przez specjalistów potrzeby ugruntowania empirycznego dla wprowadzonych w 2016 r. do polskiego systemu środków zabezpieczających dwóch głównych narzędzi z nurtu SPJ tj. HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF. Tło teoretyczne dla przeprowadzonej analizy zostało zarysowane w rozdziałach I-III. Rozdział I. zawiera zarys uwarunkowań prawno-systemowych dotyczących środowiska badawczego tj. psychiatrii sądowej, w tym najważniejszych konstrukcji prawnych związanych z umieszczeniem sprawcy w oddziale psychiatrii sądowej, takich jak: niepoczytalność, obserwacja sądowo-psychiatryczna, czy detencja. Rozdział II. prezentuje historię nurtu SPJ, jego najważniejsze założenia, etapy procedury oceny ryzyka przemocy, najważniejsze definicje, które stanowią niezbędną platformę pojęciową dla osób oceniających, a także podsumowanie najważniejszych badań dotyczących narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF. Podsumowanie rozdziału stanowi opis dotychczasowego rozwoju nurtu SPJ w Polsce. Rozdział III. stanowi przegląd wybranych publikacji dotyczących związku uwzględnionych w badaniach zmiennych osobowości tj. psychopatii, impulsywności i samoregulacji z czynnikami ryzyka, czynnikami ochronnymi, przemocą i oceną ryzyka przemocy. W ramach tego rozdziału opisano najczęściej omawiane modele i koncepcje dotyczące tych konstrukcji osobowości oraz wybrane narzędzia stosowane do ich pomiaru.

Opis metodologiczny przeprowadzonych badań i sposobu ich organizacji znajduje się w rozdziałach IV i V. Rozdział VI. szczegółowo prezentuje dane uzyskane w efekcie zaplanowanych analiz statystycznych, a następnie dyskusję otrzymanych wyników. W

podsumowaniu tego rozdziału - na podstawie przesłanek opisanych w części teoretycznej rozprawy oraz wyników badania sformułowano wnioski końcowe, opisano płynące z nich implikacje praktyczne i sugerowane kierunki dalszych badań.

## **ROZDZIAŁ I. CHARAKTERYSTYKA ŚRODOWISKA BADAŃ – OPIS ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH I JEGO UWARUNKOWAŃ PRAWNYCH**

### **1.1. Rodzaje środków zabezpieczających.**

Obowiązujący Kodeks Karny z 1997 r. uwzględnia następujący system środków penalnych tj.

- 1) kary (art. 32 – 38 k.k.),
- 2) środki karne (art. 39-43c k.k.),
- 3) przepadek i środki kompensacyjne (art. 44-63 k.k.),
- 4) środki związane z poddaniem sprawcy próbie (art. 66 – 84 k.k.),
- 5) środki zabezpieczające (art. 93a – 99 k.k.).

Cechą charakterystyczną środków zabezpieczających – odróżniającą je od kary – jest to, że nie pełnią one funkcji retributywnej (odpłaty i odwetu społeczeństwa za dokonany czyn zabroniony) ani funkcji sprawiedliwościowej. Środki zabezpieczające są zawsze skierowane wobec sprawcy czynu zabronionego. Ich rolą jest ochrona społeczeństwa przed stwarzającym zagrożenie sprawcą i zabezpieczenie przed powtórzeniem czynu zabronionego (Eichstaedt, 2022a), a przede wszystkim oddziaływanie terapeutyczne oraz farmakologiczne przystosowujące sprawcę czynu zabronionego do życia w zgodzie z obowiązującym porządkiem prawnym (Gierowski i Paprzycki, 2013).

Ustawa z dnia 20.02.2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw wprowadziła istotne zmiany nie tylko w przesłankach warunkujących orzekanie środków zabezpieczających, ale także poszerzyła katalog środków zabezpieczających. Art. 93a k.k. wymienia aktualnie następujące środki zabezpieczające:

- 1) elektroniczną kontrolę miejsca pobytu,
- 2) terapię,
- 3) terapię uzależnień,
- 4) pobyt w zakładzie psychiatrycznym.

Ustawodawca umożliwia również zastosowanie - łącznie ze środkami zabezpieczającymi - nakazów i zakazów karnych wymienionych w art. 39 pkt 2-3 k.k. Są to dość szczegółowe i praktyczne zakazy i nakazy dotyczące określonego zachowania np. zakaz zajmowania określonego stanowiska np. wychowawcy osób małoletnich, zakaz zbliżania się do określonej osoby, czy też zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych. Te swoiste formy dolegliwości mają na celu ewidentnie redukcję zagrożenia ponowienia czynów zabronionych.

Elementem wspólnym dla wykonywania wszystkich środków zabezpieczających jest to, że są one orzekane na czas nieoznaczony (art. 93d §1 k.k.). Środki zabezpieczające stosowane są tak długo, dopóty nie ustanie przyczyna, z powodu której zostały orzeczone. Uchyla się je, gdy ich dalsze stosowanie nie jest konieczne tzn., gdy ustanie materialnoprawna przesłanka ich stosowania (art. 93 b §2 k. k.). Aktualny stan prawny uwzględnia stosowanie trzech nieizolacyjnych środków zabezpieczających tj. terapii, terapii uzależnień i elektronicznej kontroli miejsca pobytu oraz jednego izolacyjnego środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia sprawcy czynu zabronionego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

Wybór określonego środka zabezpieczającego przez Sąd podyktowany jest trzema zasadami: a) zasadą konieczności (niezbędności), b) zasadą subsydiarności oraz c) zasadą proporcjonalności. W doktrynie prawnej wymienia się ponadto z reguły trzy zasady kształtujące zasady ustalania środków zabezpieczających tj. a) zasadę ultima ratio, b) zasadę obligatoryjności i c) zasadę wysłuchania biegłych. Dokładny zakres pojęciowy wymienionych zasad, został przedstawiony w Tabeli 1.1. Szczególnie rygorystycznie ustawodawca nakreślił te zasady w kontekście izolacyjnego środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym.

Tabela 1.1. Główne zasady kształtujące wybór środka zabezpieczającego przez właściwy sąd (opracowanie własne na podstawie: Gierowski i Paprzycki, 2013; Gierowski i Paprzycki, 2016 oraz Eichstaedt, 2022b; Gałęcki, 2022a).

<b>Zasada konieczności (niezbędności)</b>	<b>Zasada subsydiarności</b>	<b>Zasada proporcjonalności</b>
Sąd może orzec określony środek zabezpieczający tylko wówczas, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego. Zasada ta w sposób szczególny dotyczy środków leczniczych, które co do zasady w największym stopniu ingerują w prawa i wolności danej osoby.	Środki zabezpieczające orzeka się w sytuacji, kiedy stosowanie innych środków prawnych wynikających z ustawy nie jest wystarczające, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego.	Orzeczonego środka zabezpieczającego powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia.
<b>Zasada ultima ratio</b>	<b>Zasada obligatoryjności</b>	<b>Zasada wysłuchania biegłych</b>
Pierwszeństwo przed orzeczeniem środków zabezpieczających mają inne środki prawne wynikające zarówno z Kodeksu karnego, jak i z innych ustaw. Dopiero, gdy nie są one wystarczające, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego można orzec środek zabezpieczający.	W razie zaistnienia określonych okoliczności Sąd musi orzec środek zabezpieczający np. w przypadku art. 94 k.k. mamy do czynienia z obligatoryjnym orzeczeniem detencji psychiatrycznej, jeśli zostaną wypełnione przesłanki ogólne wymienione w art. 93 k.k. i przesłanki szczegółowe zawarte w art. 94 §1 k.k. Co do zasady orzekanie leczniczych środków zabezpieczających jest	Sąd ma obowiązek wysłuchania biegłych przed orzeczeniem zwłaszcza leczniczych środków zabezpieczających w toku rozprawy głównej. Po nowelizacji Kodeksu Karnego 20.02.2015 r. brak jest stosownych unormowań związanych z obowiązkiem wysłuchania biegłych, w związku z uchynieniem art. 93 k.k.



	<p>obligatoryjne i to zarówno wtedy, gdy ustawa stwierdza, że sąd „orzeka”, a więc nie może nie orzec takiego środka, o ile zostały spełnione ustawowe przesłanki, ale także wtedy, gdy właściwy Sąd jest uprawniony do orzeczenia środka zabezpieczającego i musi o tym orzec, jeżeli jest to konieczne dla zapobieżenia ponownemu popełnieniu przestępstwa lub czynu zabronionego.</p>	
--	--	--

Środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy:

- a) co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k.;
- b) w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k.;
- c) w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148 k.k. (zabójstwo), art. 156 k.k. (ciężki uszczerbek na zdrowiu), art. 197 k.k. (zgwałcenie), art. 198 k.k. (seksualne wykorzystanie niepoczytalności lub bezradności), art. 199 § 2 k.k. (seksualne wykorzystanie stosunku zależności lub krytycznego położenia osoby małoletniej) lub art. 200 § 1 k.k. (obcowanie płciowe z osobą małoletnią), popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych;
- d) w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu), XXIII (przestępstwa przeciwko wolności), XXV (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności) lub XXVI (przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece), popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia.
- e) w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (art. 93c k.k.).

## **1.2. Prawne uwarunkowania związane z internacją sądowo-psychiatryczną**

### **1.2.1. Niepoczytalność, poczytalność ograniczona, poczytalność sprawcy czynu zabronionego.**

Głównym warunkiem orzeczenia przez właściwy Sąd izolacyjnego środka zabezpieczającego w postaci detencji psychiatrycznej (zwanej również: internacją sądowo-psychiatryczną) jest uznanie w trakcie postępowania sądowego sprawcy czynu zabronionego

za osobę niepoczytalną tempore criminis (tzn. w trakcie popełniania tego czynu). Niepoczytalność jest jedną z okoliczności wyłączających odpowiedzialność karną z powodu braku winy sprawcy czynu zabronionego. Oznacza to, że za czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności nie można sprawcy skazać ani wymierzyć mu kary. Można jedynie zastosować środki zabezpieczające (w tym najbardziej dolegliwy środek tj. detencję psychiatryczną), które nie są oparte na kryterium winy, lecz są stosowane na podstawie niebezpieczeństwa sprawcy (Pyrca-Górowska, 2017). Kwestię niepoczytalności reguluje art. 31 § 1 k.k. w następujący sposób: „Nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem” (art. 31 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) Oprócz niepoczytalności w art. 31 k.k. mowa jest także o ograniczonej poczytalności w stopniu znacznym (art. 31 § 2 k.k.) Zapis art. 31 § 3 dotyczy z kolei sprawcy czynu zabronionego, który wprowadził się w stan nietrzeźwości lub odurzenia. Jeśli jednak przewidywał albo mógł przewidzieć, że stan nietrzeźwości lub odurzenia spowoduje u niego wyłączenie, względnie ograniczenie poczytalności, to okoliczność ta nie wyłącza lub nie ogranicza jego winy. Przesłankami warunkującymi odpowiedzialność karną w tym przypadku są: a) popełnienie czynu zabronionego w stanie nietrzeźwości lub odurzenia; b) wprowadzenie się w ten stan, c) przewidywanie albo co najmniej możliwość przewidywania, że pozostawanie w stanie nietrzeźwości spowoduje u niej całkowite wyłączenie lub ograniczenie niepoczytalności (Eichstaedt, 2022c; Gałęcki, 2022b; Gałęcki, 2022c). Polski kodeks karny nie zawiera definicji legalnej stanu poczytalności. W doktrynie prawa karnego podaje się, że jest to wynik braku możliwości wypracowania w dziedzinie psychiatrii kryteriów normy psychicznej. Definicja poczytalności jest zatem na gruncie prawa karnego wyprowadzona a contrario w odniesieniu do definicji niepoczytalności zawartej w art. 31 § 1 k.k. Osobą poczytalną jest zatem osoba, która nie wykazuje zaburzeń w omawianym przepisie tj. nie jest chora psychicznie, nie jest upośledzona, nie wykazuje innych zakłóceń psychicznych oraz może rozpoznać znaczenie podjętego czynu i pokierować swoim postępowaniem (Gałęcki, 2022c; Eichstaedt, 2022c).

Gałęcki (2022c) w ramach analizy zapisu zawartego w art. 31 § 1 k.k. wyraźnie rozdziela aspekty medyczne związane z chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub innymi zakłóceniami czynności psychicznych od aspektów związanych z psychologicznym funkcjonowaniem jednostki związanych z „niemożnością rozpoznania znaczenia czynu” lub „pokierowania swoim postępowaniem.

Gierowski i Paprzycki (2013) określają istotę niepoczytalności z perspektywy psychiatryczno- psychologicznej, opisując ją jako specyficzny, ograniczony w czasie stan psychiczny człowieka, stan psychicznego funkcjonowania, czy też stan zdrowia psychicznego człowieka, w którym nie może on rozpoznać, w sposób świadomy zarówno sytuacji, w której się znalazł, jak i faktycznego, a co za tym idzie prawnego kontekstu podejmowanych przez siebie czynności. Osoba niepoczytalna nie jest zatem też w stanie poddać kontroli zarówno swoich procesów psychicznych, jak i podejmowanych działań i zaniechań, w ich behawioralnym wymiarze. Desygnatami niepoczytalności w ujęciu psychiatrycznym są zatem:

- skrajne nasilenie zaburzeń takich funkcji psychicznych jak np. świadomość;
- głębokie zaburzenia funkcji poznawczych: spostrzegania (np. złudzenia czy omamy), myślenia (np. urojenia), zaburzenia toku myślenia (np. splątanie);
- głębokie zaburzenia emocjonalne (np. skrajny lęk, wściekłość lub przerażenie);
- znaczne nasilenie zaburzeń aktywności i działań ruchowych (np. skrajne pobudzenie ruchowe w schizofrenii).

Niepoczytalność należy analizować zawsze w powiązaniu z konkretnym czynem, a stwierdza się ją w oparciu o opinię biegłych – co najmniej dwóch lekarzy psychiatrów oraz - w razie potrzeby - biegłych innych specjalności, w szczególności z zakresu psychologii. Do stwierdzenia niepoczytalności konieczne jest bowiem zastosowanie metody mieszanej (psychiatryczno-psychologicznej). Ustawodawca odwołuje się w definicji niepoczytalności do jej źródeł (element psychiatryczny), jak i następstw (element psychologiczny; Pyrcak Górowska, 2017). Lekarze psychiatrzy, przed którymi stoi zadanie oceny poczytalności/poczytalności ograniczonej/niepoczytalności w trakcie popełnianego czynu, są zobowiązani do określenia etiologii ww. zaburzeń i dysfunkcji (o ile występują) w postaci przyporządkowania ich do określonej jednostki psychopatologicznej wyszczególnionej w klasyfikacjach medycznych, takich jak: ICD-11, czy DSM-V. Innymi słowy: w przypadku stwierdzenia takich zaburzeń i dysfunkcji są zobowiązani do postawienia diagnozy nozologicznej. Najczęściej występującymi jednostkami psychopatologicznymi, których charakterystyczne objawy prowadzą do uznania niepoczytalności w trakcie popełnienia czynu zabronionego, są: schizofrenia, uporczywe zaburzenia urojeniowe, ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia schizoafektywne, inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne, psychotyczne postacie zaburzeń nastroju, zaburzenia psychotyczne na podłożu organicznym, zaburzenia psychotyczne na podłożu używania substancji psychoaktywnych np. zespół majaczeniowy (Gierowski i Paprzycki, 2013).

Analiza psychologicznych aspektów konstrukcji niepoczytalności zasadza się w dużej mierze na analizie motywacji, która opiera się na klinicznej diagnozie sprawcy, jego osobowości oraz sytuacji psychologicznej, w której doszło do naruszenia porządku prawnego. Kompleksowa analiza procesu motywacyjnego obejmuje zarówno analizę czynników osobowościowych, które warunkują względnie trwałą tendencję człowieka do realizowania określonych celów, zadań życiowych i wartości, jak i analizę czynników leżących u podstaw określonego, konkretnego zachowania człowieka. W ramach analizy procesu motywacyjnego w kontekście oceny poczytalności psycholog powinien zatem określić zarówno osobowościowe, jak i sytuacyjne aspekty procesu motywacyjnego (ogólne tło motywacyjne), a także określić kierunek, nasilenie, poziom regulacji czynności, uruchamiane przez sprawcę mechanizmy obronne czy też ocenić stopień samokontroli (właściwości procesu motywacyjnego; Gierowski i Paprzycki, 2013).

Proces diagnostyczny w ramach wydawania wspólnych opinii psychiatryczno-psychologicznych, w kontekście oceny poczytalności sprawcy czynu zabronionego, polega w istocie na integracji medyczno-psychiatrycznej diagnozy objawowej (zespołu psychopatologicznego) z kliniczną diagnozą psychologiczną. Gierowski i Paprzycki (2013) wskazują na to, że diagnoza psychologiczna ma w stosunku do diagnozy medycznej charakter komplementarny, nie zaś konkurencyjny czy alternatywny. Zadaniem diagnozy psychologicznej jest bowiem poszerzenie i uzupełnienie diagnozy medyczno-nozologicznej poprzez odwołanie się do takich konstruktów i pojęć psychologicznych jak np. struktura osobowości i zaburzenia w jej funkcjonowaniu, procesy motywacyjne, adaptacja, radzenie sobie z rozwiązywaniem problemów, czy też zaburzenia w funkcjonowaniu systemów społecznych.

Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na to, że poczytalność i niepoczytalność stanowią dwa przeciwstawne bieguny oceny stanu psychicznego sprawcy. Stan psychiczny sprawcy to jednak płynne kontinuum, obejmujące stany pośrednie, w których odchylenia od normy mają różne nasilenie (Gałęcki, 2022e; Eichstaedt, 2022c). Jeżeli sprawca czynu zabronionego zostanie uznany za niepoczytalnego w trakcie popełnienia czynu, a następnie biegli w wydanej opinii nie stwierdzą wysokiego prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu, zaś sąd nie stwierdzi znamion znacznej społecznej szkodliwości czynu, prokurator umarza śledztwo na zasadzie art. 322 k.p.k. W takim przypadku sprawca czynu zabronionego pozostaje poza zainteresowaniem wymiaru sprawiedliwości, a jego dalsze leczenie regulowane jest Ustawą o Ochronie Zdrowia Psychicznego (Przybysz, 2011).

### **1.2.2. Obserwacja sądowo-psychiatryczna.**

Gdy na podstawie badania (lub serii badań ambulatoryjnych) biegli nie są w stanie wypowiedzieć się co do poczytalności, wnioskuje o przeprowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Stosowanie obserwacji sądowo-psychiatrycznej w doktrynie prawa karnego uważa się za ostateczność ze względu na dolegliwość tej instytucji i wiążące się z nią ograniczanie swobód obywatelskich. Co do zasady – kwestię poczytalności należy ustalić na podstawie jednorazowego badania ambulatoryjnego lub serii badań ambulatoryjnych (Gałęcki, 2022f). Biegli w opinii zawierającej uzasadnienie wniosku o przeprowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej powinni jasno i dostatecznie obszernie przedstawić przyczyny uniemożliwiające wydanie opinii ostatecznej w warunkach ambulatoryjnych. Ponieważ oskarżonemu i jego obronie przysługuje prawo do wniesienia zażalenia na postanowienie o obserwacji, sąd rozpatrując zażalenie musi dysponować przekonującymi danymi uzasadniającymi decyzję. Uzasadnienie biegłych nie może się opierać na lakonicznym stwierdzeniu, że określenie stanu psychicznego na podstawie jednorazowego badania nie jest możliwe (Przybysz, 2011). Kwestię stosowania obserwacji sądowo-psychiatrycznej reguluje art. 203 § 1 - § 4 k.p.k. Obserwacja sądowo-psychiatryczna nie powinna trwać dłużej niż 4 tygodnie. Na wniosek biegłych sąd może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji. Łączny czas trwania obserwacji nie może przekroczyć 8 tygodni. Biegli są zobowiązani bezzwłocznie poinformować sąd o zakończeniu badań.

Zdaniem Eichstaedta (2022d) mimo precyzyjnego określenia maksymalnego czasu trwania w przepisach, zdarza się, że sąd orzeka obserwację na dłuższy okres. Alternatywą dla naruszenia przepisów postępowania poprzez wydłużenie obserwacji w warunkach szpitalnych, jest zlecenie sporządzenia odpowiedniej opinii w oparciu o serię badań ambulatoryjnych. Na zagrożenia związane z przedłużaniem obserwacji sądowo-psychiatrycznej wskazuje Przybysz (2011). Podkreśla, że może to prowadzić do zakłóceń w funkcjonowaniu oddziałów, w których przeprowadzana jest obserwacja. Wielu obserwantów jest bowiem recydywistami, którzy wykazują poważne zaburzenia osobowości i/lub przemijające zaburzenia reaktywne. Wraz z upływem czasu przystosowują się oni do warunków szpitalnych, nawiązują rozległe kontakty, wprowadzają więzienne zasady do funkcjonowania oddziału, zakłócają warunki życia osobom wykazującym zaburzenia psychiczne. Dostrzec można także podwyższone ryzyko oddalenia się z oddziału obserwacyjnego wraz z upływem czasu na obserwacji.

O obserwacji sądowo-psychiatrycznej, niezależnie od stadium postępowania sądowego, orzeka sąd właściwy do rozpoznania sprawcy. W przypadku stadium przygotowawczego

orzeka obserwację, zarówno w wyniku zgłoszenia takiej konieczności przez 2 lekarzy psychiatrów, jak i na wniosek prokuratora skierowany do sądu właściwego do rozpoznania sprawy. Wiąże się to z zasadą, że w stadium przygotowawczym postępowania sądowego sąd nigdy nie orzeka obserwacji z urzędu, lecz na wniosek uprawnionego podmiotu (Eichstaedt, 2022d, Gałęcki 2022g). W piśmiennictwie formułuje się dwie grupy przesłanek, które warunkują stosowanie obserwacji sądowo-psychiatrycznej tj. a) przesłanki pozytywne – których łączne wystąpienie warunkuje możliwość zastosowania obserwacji sądowo-psychiatrycznej, b) przesłanki negatywne - wystąpienie choćby jednej z nich powoduje, że orzeczenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej pozostaje bezprawne. Opisano jest w Tabeli 1.2.

Tabela 1.2. Przesłanki prawne orzeczenia obserwacji w zakładzie leczniczych (na podstawie: Eichstaedt, 2022d, Gałęcki 2022g, Pyrcak-Górowska, 2017, Przybysz, 2011).

Przesłanki pozytywne	Przesłanki negatywne
1) Osoba, która ma zostać poddana obserwacji sądowo-psychiatrycznej powinna mieć przedstawiony zarzut popełnienia przestępstwa lub został przeciwko niej skierowany do sądu akt oskarżenia; 2) Zgłoszenie w opinii sporządzonej w trybie badania ambulatoryjnego przez 2 psychiatrów konieczności przeprowadzenia badania stanu psychicznego podejrzanego (oskarżonego) w warunkach obserwacji w zakładzie leczniczym; 3) Dowody, które zostały zebrane w sprawie wskazują na duże prawdopodobieństwo, że podejrzany (oskarżony) popełnił zarzucany mu czyn.	1) Z okoliczności sprawy wynika, że sąd orzeknie wobec podejrzanego (oskarżonego) karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem lub karę łagodniejszą (np. karę ograniczenia wolności); 2) Czas trwania obserwacji sądowo-psychiatrycznej przekroczy przewidywany wymiar kary pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia.

W postanowieniu o orzeczeniu obserwacji sądowo-psychiatrycznej sąd wskazuje zakład, w którym ma być ona przeprowadzona. W uzasadnieniu postanowienia sąd powinien wykazać wypełnienie wszystkich pozytywnych przesłanek niezbędnych do orzeczenia obserwacji (Eichstaedt, 2022d). Z treści przepisów prawnych, piśmiennictwa i doktryny wyraźnie wybrzmiewa wyjątkowy (ekstraordynaryjny) tryb stosowania obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Oznacza to, że powinna się ona ograniczać jedynie do sytuacji, w których realnie zachodzi potrzeba pogłębionego procesu diagnostycznego, którego nie można odwzorować w trybie badań ambulatoryjnych. Zastosowanie obserwacji nie powinno być

uzasadnione np. powagą przestępstwa, zainteresowaniem medialnym czy też szczególnym okrucieństwem (por. Gałęcki, 2022g).

Efektem końcowym procesu diagnostycznego przeprowadzonego w ramach obserwacji sądowo-psychiatrycznej jest opinia sądowo-psychiatryczna zgodna z wymogami wyszczególnionymi w art. 200 § 2 k.p.k. Sam fakt wnioskowania o przeprowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej wskazuje na skomplikowany charakter opiniowanej sprawy, dlatego też opinia poobserwacyjna ma charakter opinii wydawanej w formie pisemnej. Forma ustna pełni rolę opinii uzupełniającej w stosunku do opinii pisemnej i jest sformułowana w trakcie posiedzenia sądu (Gałęcki, 2022g). Poszczególne części takiej opinii są zgodne ze strukturą opinii wydawanej w formie ambulatoryjnej. Szczegółowy format opinii po obserwacji sądowo-psychiatrycznej zaproponował w 2007 r. ówczesny konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii (Jarema, 2007).

### **1.2.3. Charakterystyka detencji, materialnoprawne aspekty jej orzekania.**

W przypadku stwierdzenia wysokiego prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu oraz znamion jego znacznej szkodliwości społecznej, sąd stosuje wobec sprawcy czynu zabronionego środki zabezpieczające, w tym najbardziej dolegliwy – w postaci detencji psychiatrycznej (internacji sądowo-psychiatrycznej). Dla orzeczenia detencji niezbędne jest stwierdzenie związku przyczynowego między popełnionym i grożącym w przyszłości czynem zabronionym a stwierdzoną chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym sprawcy. To oznacza, że należy za każdym razem rozważyć, czy czyn popełniony przez sprawcę niepoczytalnego, wynika z jego choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego, czy też nie. Nie każdy czyn zabroniony popełniony przez sprawcę wykazującego zaburzenia psychiczne będzie uzasadniał zastosowanie środka zabezpieczającego (np. próba wyłudzenia kredytu z powodu złej sytuacji materialnej, por. Pyrcak-Górowska, 2017). Zmiany dokonane w kodeksie karnym z 1 lipca 2015 r. wyraźnie wskazują na brak możliwości stosowania detencji psychiatrycznej wobec trzeciej grupy sprawców czynów zabronionych, uznanych za niepoczytalnych, wykazujących „inne zakłócenia czynności psychicznych”. Brzmienie art. 93 g § 1 k.k. w ewidentny sposób przesądza, że detencji psychiatrycznej można poddać jedynie sprawców czynów zabronionych uznanych za niepoczytalnych z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego. Zarówno ograniczenie zastosowania detencji psychiatrycznej wobec dość szerokiej grupy sprawców wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych, jak i włączenie do tej grupy osób upośledzonych umysłowo (w niski sposób podatnych na

oddziaływania psychiatryczne), budzi wątpliwości środowiska prawników, jak i psychiatrów (Pyrcał-Górowska, 2017).

Detencja jest jednym z środków zabezpieczających wymienionych w kodeksie karnym, polegającym na umieszczeniu sprawcy w szpitalu lub w oddziale zamkniętym oraz poddaniu sprawcy czynu zabronionego – uznanego za niepoczytalnego w momencie popełnienia czynu – odpowiednim oddziaływaniom leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym. Celem stosowania tychże oddziaływań jest poprawa zdrowia i zachowania danej osoby w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia dla porządku prawnego. Zauważalny jest tutaj podwójny status prawny osoby umieszczonej na detencji – z jednej strony jej uprawnienia i obowiązki regulują przepisy Kodeksu karnego wykonawczego, a z drugiej przepisy prawa medycznego w zakresie statusu pacjenta (Pyrcał-Górowska, 2021). Osoba niepoczytalna, skierowana na detencję psychiatryczną, jest zatem nie tylko izolowana od społeczeństwa, ale ma również prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną jak każdy inny pacjent. Wdrożenie odpowiedniej procedury leczenia przesądza właściwie o leczniczo-izolacyjnym charakterze tego środka zabezpieczającego (Gierowski i Paprzycki, 2013). Wobec osoby skierowanej na internację można stosować przymus leczniczy, również z wykorzystaniem przymusu bezpośredniego.

Aby zastosować detencję psychiatryczną właściwy sąd musi zastosować łącznie art. 93a § 1 pkt 4 k.k. (środek zabezpieczający w postaci pobytu w szpitalu psychiatrycznym) w zw. z art. 93c pkt 1 k.k. (wobec sprawcy uznanego za niepoczytalnego w chwili czynu) i w zw. z art. 93b § 1 k.k. (zasada niezbędności/konieczności). Zatem przesłankami szczególnymi zastosowania detencji psychiatrycznej (internacji sądowo-psychiatrycznej) są:

- umorzenie wobec sprawcy postępowania prowadzonego o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k.;
- znaczna szkodliwość społeczna popełnionego czynu;
- wysokie prawdopodobieństwo, że czyn o znacznej szkodliwości społecznej zostanie popełniony ponownie (zasada proporcjonalności);
- związek pomiędzy popełnionym i grożącym czynem zabronionym a chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym sprawcy;
- konieczność orzeczenia detencji dla zapobieżenia ponownemu popełnieniu poważnego czynu zabronionego, gdy inne środki prawne określone w Kodeksie karnym lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są do osiągnięcia tego celu wystarczające (zasada niezbędności, ultima ratio);



- umorzenie postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy.

Łączne wypełnienie tychże przesłanek sprawia, że orzeczenie detencji przez sąd jest obligatoryjne (Eichstaedt, 2022e; Pyrcak-Górowska, 2017). Przed orzeczeniem, zmianą i uchyleniem środka zabezpieczającego sąd wysłuchuje: 1) psychologa; 2) w sprawach osób niepoczytalnych, o ograniczonej poczytalności lub z zaburzeniami osobowości albo gdy sąd uzna to za wskazane - ponadto lekarza psychiatrę; 3) w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych oprócz psychologa oraz lekarza psychiatry także lekarza seksuologa lub psychologa seksuologa (art. 199b § 2 k.k.w.).

Detencję sądowo-psychiatryczną wykonuje się w wybranych szpitalach dysponujących oddziałami o odpowiednim stopniu zabezpieczenia: podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym. Po uprawomocnieniu się postanowienia o umorzeniu postępowania ze względu na niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego i zastosowaniu wobec niego środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym sąd właściwy do wykonania tego orzeczenia zwraca się do komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających o wskazanie w formie opinii – rodzaju zakładu, w którym powinien być wykonywany izolacyjny środek zabezpieczający. Zasięgając opinii, sąd przesyła do komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających odpis orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego wraz z opinią biegłych o stanie zdrowia psychicznego sprawcy (Eichstaedt, 2022e). W wydanej opinii Komisja wskazuje miejsce wykonywania środka zabezpieczającego, posiłkując się kryteriami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 ws. komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz. U. 2020, poz.1780 tekst jedn.). Wydając opinię, Komisja uwzględnia: rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się sprawca w przeszłości; rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub uciezkowych w przeszłości; aktualny stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz choroby współistniejące; uzależnienie od alkoholu, innego środka odurzającego lub substancji psychotropowych; związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi; ogólną sprawność fizyczną; szczególne wskazania do postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego; przebieg i wyniki dotychczasowego leczenia, rehabilitacji i resocjalizacji oraz miejsce zamieszkania. W przypadku braku wolnych miejsc w takim szpitalu można wskazać jako miejsce wykonywania środka zabezpieczającego inny zakład psychiatryczny dysponujący odpowiednimi warunkami zabezpieczenia (Eichstaedt, 2022f).

W znowelizowanej w 2015 r. wersji Kodeksu karnego art. 93 b §3 k.k. nakazuje dostosować sposób wykonywania środka zabezpieczającego do stopnia społecznej

szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić oraz do stopnia prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także uwzględnić potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień (Pyrcał-Górowska, 2017). Komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających powołuje Minister Zdrowia, a jej podstawowym zadaniem jest wskazanie i zapewnienie właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających (art. 201 § 1 k.k.w.).

Po uzyskaniu opinii komisji psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających sąd wydaje postanowienie, w którym określa rodzaj zakładu psychiatrycznego oraz miejsce wykonywania orzeczonego wcześniej środka zabezpieczającego. Podstawę prawną do takiego orzeczenia stanowi art. 201 § 2 k.k.w. Wydane postanowienie o zastosowaniu wobec sprawcy czynu zabronionego detencji – podlega zaskarżeniu przez strony postępowania (prokuratora, internowanego, jego obrońcę) do sądu nadrzędnego, wobec tego który wydał zaskarżone postanowienie.

W piśmiennictwie funkcjonowanie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających oceniane jest różnie. Z jednej strony wskazuje się, że sytuacja, w której o poziomie zabezpieczenia szpitala psychiatrycznego, w którym powinna być wykonywana detencja, decyduje niezależna od organów procesowych, zewnętrzna instytucja, jest korzystna z punktu widzenia praw pacjenta (Ciszewski i Wardeński, 1998; Pyrcak-Górowska, 2017). Z drugiej strony pojawiają się opinie, że funkcjonowanie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających jest co najmniej dyskusyjne. Wskazuje się, że:

- powtarza ona zadania, jakie w toczącym postępowaniu pełnią biegli (psychiatrzy, psychologowie, seksuolodzy).

- procedura wydawania opinii przez Komisję w wielu przypadkach przedłuża postępowanie, co generuje kolejne problemy (przedłużone pobyty w areszcie, zakładzie karnym, szpitalu psychiatrycznym, czy też w dotychczasowym miejscu zamieszkania);

- funkcjonowanie Komisji jest rozwiązaniem skomplikowanym i generującym dodatkowe koszty (por. Kwieciński, 2003; Paprzycki i Gierowski, 2016; Pyrcak-Górowska, 2017; Zawadzka, 2010). W dyskusji nad funkcjonowaniem i rolą Komisji w polskim systemie prawa karnego pojawiają się głosy, aby ograniczyć jej działalność do opiniowania w sprawach trudnych i wątpliwych.

### 1.2.4. Praktyczne aspekty związane z wykonywaniem detencji sądowo-psychiatrycznej.

Detencję sądowo-psychiatryczną wykonuje się w oddziałach psychiatrycznych (z reguły wyodrębnionych oddziałach psychiatrii sądowej) dysponujących trzema poziomami zabezpieczenia. Opis trzech rodzajów zabezpieczenia (maksymalny, wzmocniony i podstawowy) w systemie psychiatrii sądowej zawarty jest w Tabeli 1.3.

Tabela 1.3. Rodzaje zakładów psychiatrycznych, w których może być wykonywana detencja (na podstawie: Eichstaedt, 2022e).

Zakład o maksymalnym stopniu zabezpieczenia	Zakład o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia	Zakład o podstawowym stopniu zabezpieczenia
Do zakładu psychiatrycznego, który dysponuje maksymalnym zabezpieczeniem kierowany jest sprawca, jeśli: 1) jego powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia; 2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego znaczne zagrożenie poza zakładem (art. 200a k.k.w.).	Do zakładu psychiatrycznego, który dysponuje wzmocnionym zabezpieczeniem kierowany jest sprawca, jeśli: 1) jego zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zakładzie psychiatrycznym, dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia; 2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zakładu psychiatrycznego, dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego zagrożenie poza zakładem (art. 200b k.k.w.)	Do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, który nie kwalifikuje się do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego oraz wzmocnionego zabezpieczenia (art. 200c k.k.w.)

Gierowski i Paprzycki (2016) wskazują na to, że przy tworzeniu kryteriów stosowania warunków zabezpieczenia, pominięto w dużej mierze przesłanki i warunki kliniczne. Przy tworzeniu licznych oddziałów detencyjnych niemal nie uwzględniono kryteriów medycznych, rozpoznania psychiatrycznego, nasilenia objawów psychopatologicznych i ich charakteru, a tym samym problemów zdrowotnych internowanych pacjentów. Ww. autorzy wskazują, że uniemożliwiło to sprofilowanie oddziałów pod względem terapeutycznym. Oddziały

detencyjne cechują się wielką różnorodnością pacjentów pod względem rozpoznań. Utrudnia to, a nawet uniemożliwia – stworzenie ujednoczonych i spójnych programów terapeutycznych, metod i oddziaływań leczniczych.

Kierownik zakładu psychiatrycznego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym jest zobowiązany prawnie do przesłania do sądu, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, opinii o stanie zdrowia internowanego w tym zakładzie sprawcy czynu zabronionego oraz o postępach w leczeniu (art. 203 § 1 k.k.w.). Opinię taką kierownik zakładu psychiatrycznego, w którym wykonuje się detencję, zobowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeśli w związku ze zmianą stanu zdrowia uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne (art. 203 § 1 k.k.w.). Na podstawie art. 203 § 2 k.k.w. sąd może zażądać takiej opinii również w innym czasie. Sąd nie rzadziej niż co 6 miesięcy orzeka w przedmiocie dalszego stosowania detencji. W przypadku uzyskania opinii wskazującej na to, że dalsze przebywanie sprawcy w zakładzie nie jest konieczne – sąd orzeka bezzwłocznie. Sąd może zasięgnąć opinii innych biegłych (art. 204 § 1 k.k.w.).

Opinie okresowe dotyczące stanu zdrowia sprawcy i postępów w jego leczeniu powinny być sporządzone i podpisane przez dwóch lekarzy psychiatrów oraz psychologa. W przypadku sprawców objętych izolacyjnym środkiem zabezpieczającym wykazującym zaburzenia preferencji seksualnych dodatkowo opinia jest sporządzana i podpisywana przez lekarza seksuologa lub psychologa seksuologa. W doktrynie prawa karnego przyjmuje się, że okresowa opinia o stanie zdrowia i postępach w leczeniu powinna spełniać ogólne kryteria wyszczególnione w art. 200 § 2 k.p.k. Wobec tej opinii stawiane są specyficzne wymagania dotyczące przede wszystkim konieczności sformułowania prognozy dalszego stosowania izolacyjnego środka zabezpieczającego, określenia aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby internowanej, a także oceny postępów w leczeniu. Kluczowym elementem tej opinii jest również ocena ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej. W przypadku, gdy zachodzą przesłanki medyczne uzasadniające przeniesienie osoby internowanej do zakładu o niższym lub wyższym poziomie zabezpieczenia, należy zawrzeć taki wniosek w omawianej opinii, wraz z argumentacją uzasadniającą konieczność umieszczenia sprawcy w zakładzie o stopniu zabezpieczenia innym niż dotychczas. W sporządzonej opinii biegli psychiatrzy i psycholog powinni jednoznacznie wskazać, czy ze względu na aktualny stan zdrowia udział sprawcy w posiedzeniu dotyczącym dalszego wykonywania środka zabezpieczającego, byłby niewskazany (Eichstaedt, 2022e).

W przypadku, gdy nadesłana przez kierownika odpowiedniej placówki wykonującej izolacyjny środek zabezpieczający, zawiera wniosek o zmianę stopnia zabezpieczenia, Sąd

musi się każdorazowo zwrócić do komisji psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających o wydanie opinii w ww. zakresie. Po uzyskaniu opinii sąd na posiedzeniu wydaje postanowienie, w którym określa rodzaj zabezpieczenia i wskazuje konkretne miejsce wykonywania środka zabezpieczającego. Sąd – dokonując oceny stanu faktycznego – może podjąć decyzję o dalszym stosowaniu izolacyjnego środka zabezpieczającego – w dotychczasowym zakładzie.

W przypadku zwolnienia sprawcy z zakładu psychiatrycznego i zastosowania środków o charakterze ambulatoryjnym kierownik podmiotu leczniczego nie ma prawnego obowiązku, aby składać okresowe opinie o stanie zdrowia sprawcy. Zgodnie z art. 204 § 5 k.k.w. opinię taką składa się na wezwanie sądu, a sąd orzeka nie rzadziej niż co 12 miesięcy. W przypadku uchylenia środka zabezpieczającego sąd ma możliwość ponownego orzeczenia go w ciągu 3 lat, jeśli zachowanie sprawcy wskazuje na konieczność stosowania środków zabezpieczających. Istnieją spory doktrynalne dotyczące tego, czy środek zabezpieczający ma być taki sam jak stosowany uprzednio (np. internacja w zakładzie psychiatrycznym o podstawowym stopniu zabezpieczenia), czy też możliwe jest wyłączone orzeczenie środka o charakterze ambulatoryjnym (Pyrcał-Górowska, 2021). Podstawą zwolnienia sprawcy z detencji psychiatrycznej jest ustalenie, że nie zachodzi już wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony o znacznej szkodliwości społecznej. Jest to zatem moment, w którym ustają tzw. materialnoprawne przesłanki stosowania detencji. Wyleczenie zaburzeń psychicznych u sprawcy, które doprowadziły go do umieszczenia w zakładzie w ramach detencji, jest najczęściej niemożliwe, dlatego nie jest to warunek konieczny do zwolnienia ze szpitala. Kluczowym wydaje się redukcja prawdopodobieństwa ponowienia czynów zabronionych przez sprawcę (Pyrcał-Górowska, 2017). Podejmując decyzję o zwolnieniu sprawcy z zakładu psychiatrycznego do środowiska, sąd nie może opierać się jedynie na treści opinii biegłych. Sąd powinien bowiem wziąć pod uwagę całokształt sytuacji i okoliczności życiowych. W praktyce oznacza to konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego ukierunkowanego m.in. na ustalenie prawdopodobnej sytuacji mieszkaniowej, życiowej i finansowej. Sąd bada te okoliczności w kontekście ich potencjalnego wpływu na utrzymanie lub zaprzepaszczenie efektów dotychczasowego leczenia. Sąd może przesłuchać świadków (np. członków rodziny), czy też zarządzić przeprowadzenie wywiadu środowiskowego we wskazywanym przez sprawcę miejscu zamieszkania. Po zwolnieniu sprawcy do środowiska nie mają podstaw prawnych rozwiązania typu dozór czy obowiązki probacyjne. Sąd może jednak orzec o stosowaniu jednego lub kilku środków zabezpieczających wyszczególnionych w art. 93a § 1 pkt 1-3 k.k. tj. elektronicznej kontroli miejsca pobytu, terapii lub terapii uzależnień.

Ja wskazują Gierowski Paprzycki (2016) decyzja o zwolnieniu sprawcy z internacji następuje niejako warunkowo, gdyż ustawodawca zdaje sobie sprawę z trudności, jakie wiążą się z prognozowaniem zachowania osoby, która pomimo zwolnienia z zakładu może być nadal dotknięta chorobą psychiczną, a zwłaszcza upośledzeniem umysłowym, gdyż ustąpienie zaburzenia czynności psychicznych mogło nie być definitywne. Aktualny kształt unormowań prawnych dotyczących środków zabezpieczających, w tym detencji sądowo-psychiatrycznej sprawia, że możliwość ponownego umieszczenia sprawcy uprzednio zwolnionego z zakładu psychiatrycznego (na podstawie art. 93 d § 6 k.k.) w takim samym zakładzie jest rozwiązaniem procesowym, które niejako „ośmiela” sądy w podejmowaniu decyzji o zwolnieniu. Stwarza to bowiem gwarancję istotną z punktu widzenia zabezpieczenia interesu społecznego, że jeśli psychiatryczno-psychologiczna prognoza okaże się nietrafna, a stan zagrożenia przemocą powróci, to sprawca zostanie ponownie umieszczony w zakładzie psychiatrycznym.

Gierowski i Paprzycki (2016) podkreślają, że tak ukształtowany system środków zabezpieczających wobec sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności poprzez leczenie w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, izolowanie ich i terapię, stanowi skuteczny instrument zabezpieczenia społeczeństwa przed popełnianiem kolejnych czynów o znacznej szkodliwości społecznej. Zwolnienie sprawcy niejako „na próbę” z możliwością ponownego umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym wychodzi naprzeciw współczesnej medycynie. Leczenie niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych przestaje być statyczne i w ostatnich kilku latach pozwala na odchodzenie od skrajnej izolacji w kierunku takich form terapii, które zakładają bardziej otwarte leczenie, oparte na dobrowolnym i odpowiedzialnym udziale pacjenta (Pyrcał-Górowska, 2017; Gierowski i Paprzycki, 2013). Pyrcał-Górowska (2013) wskazuje ponadto na istotną wadę znowelizowanych przepisów, które nie regulują kwestii zobowiązania sprawcy zwalnianego z detencji do dalszego leczenia farmakologicznego.

Należy podkreślić, że w doktrynie prawa karnego wybrzmiewają wyraźne różnice pomiędzy detencją psychiatryczną a karą (np. w postaci wyroku skazującego; patrz: Tabela 1.4). W przypadku niektórych elementów różnicujących nie ma powszechnej zgody.

Tabela 1.4. Różnice pomiędzy detencją psychiatryczną a karą (opracowanie własne na podstawie: Pyrcak-Górowska, 2017).

<b>Detencja psychiatryczna</b>	<b>Kara</b>
1. Brak związku detencji z winą sprawcy. Uzasadnienie dla zastosowania detencji opiera się na niebezpieczeństwie stwarzanym przez sprawcę.	1. Jej stosowanie jest oparte na winie sprawcy.
2. Nie jest reakcją na popełnione przestępstwo lub czyn zabroniony. Fakt popełnienia czynu zabronionego jest prognostykiem niebezpieczeństwa sprawcy.	2. Jest reakcją na popełnione przestępstwo lub czyn zabroniony.
3. Jest instrumentem nastawionym na przyszłość, ma charakter prewencyjny.	3. Stanowi represję i jest nastawiona na przeszłość.
4. Pełni rolę ochronną, nie sprawiedliwościową.	4. Pełni przede wszystkim rolę sprawiedliwościową.
5. Nie jest związana z negatywną oceną zachowania sprawcy.	5. Jest związana jest z potępieniem sprawcy.
6. Czas jej stosowania nie jest określony.	6. Jej wymiar jest zawsze konkretnie określony.
7. Czas jej stosowania jest niezależny od wagi popełnionego przestępstwa. Jest wyznaczony przez stan zdrowia i stwarzane przez niego niebezpieczeństwo.	7. Jej wymiar jest zależny od wagi popełnionego przestępstwa.

Istnieje powszechna zgoda co do tego, że głównymi celami detencji psychiatrycznej są: zabezpieczenie społeczne przed stwarzającym zagrożenie sprawcą, odizolowanie niebezpiecznego sprawcy od społeczeństwa, a także wdrożenie procedur leczenia i terapii. Z tego powodu detencję psychiatryczną określa się jako środek o charakterze izolacyjno-leczniczym. Wskazuje się na to, że sama izolacja – stanowiąca głównie dolegliwość dla sprawcy – nie jest wystarczającym celem detencji. Istotne jest wdrożenie odpowiedniego leczenia i terapii, aby w optymalny sposób przywrócić sprawcę do funkcjonowania w społeczeństwie (Pyrcak-Górowska, 2017). Gierowski i Paprzycki (2013) wskazali wręcz, że strategicznym celem detencji jest integracja pacjentów ze społeczeństwem, nie zaś odizolowanie czy zabezpieczenie przed nimi. Odmienny pogląd zaproponował Wróbel (2003), wskazując, że procedury leczniczo-terapeutyczne są jedynie środkiem do osiągnięcia nadrzędnego celu, jakim jest usunięcie niebezpieczeństwa stwarzanego przez sprawcę. W tym ujęciu - podstawowym celem detencji pozostaje zabezpieczenie społeczeństwa przed niebezpieczeństwem ze strony osób wykazujących zaburzenia psychiczne. Pogląd ten popiera Pyrcak-Górowska (2017), która wskazuje, że w trakcie detencji nie stosuje się najnowszych, bardzo skutecznych form leczenia znanych z psychiatrii środowiskowej i nie dostrzega się tendencji płynnego przechodzenia od detencji do leczenia w formach środowiskowych. Może to świadczyć o tym, że ustawodawca przekłada koncepcję pełnego zabezpieczenia

społeczeństwa przed sprawcą czynu zabronionego, wykazującym zaburzenia psychiczne ponad koncepcję optymalnego leczenia i terapii tychże zaburzeń u sprawcy.



## ROZDZIAŁ II. ROZWÓJ PROCEDUR I DOMINUJĄCYCH NURTÓW W OCENIE RYZYKA PRZEMOCY

Nomenklatura stosowana w literaturze przedmiotu odnośnie do stosowanych sposobów przeprowadzania oceny ryzyka przemocy została ukształtowana przez wiodących klinicystów i badaczy z zakresu psychologii sądowej (Hart, 2001; Otto, 2000; Guy, Douglas, Hart, 2015). W poszczególnych podrozdziałach omówiono trzy dominujące podejścia w odniesieniu do prognozowania i zarządzania ryzykiem przemocy. W pierwszym podrozdziale (2.1) omówiono podejście o najdłuższej tradycji stosowania tj. „*podejście uznaniowe*” (dyskrecjonalne). Opiera się ono w największym stopniu na uznaniowej decyzji specjalisty, jego autorytecie, intuicji, doświadczeniu zawodowym i życiowym. W drugim podrozdziale (2.2) omówiono podejście, które stanowi skrajne przeciwieństwo pierwszego podejścia tj. tzw. „*podejście niedyskrecjonalne*” (nieuznaniowe). W ramach tego podejścia, opierającego się na sztywnych zasadach, opisano najbardziej charakterystyczne dla tego nurtu narzędzia aktuarialne. Ich procedura stosowania zasadza się na algorytmach i oszacowaniach prawdopodobieństwa w formie ilościowej lub procentowej. Kompromisem dla poniżej wymienionych nurtów w ocenie ryzyka przemocy okazało się tzw. podejście „*ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny*” (ang. Structured Professional Judgement, skrót: **SPJ**), które łączy w sobie zarówno zalety podejścia dyskrecjonalnego, jak i podejścia niedyskrecjonalnego. Zasady nurtu SPJ, historię jego rozwoju, charakterystyczne założenia opisano w kolejnym podrozdziale (2.3). Podejściu temu poświęcono w niniejszej pracy więcej miejsca, ze względu na to, że w badaniach zastosowano dwa kluczowe dla tego nurtu, narzędzia służące do oceny czynników ryzyka przemocy i tzw. czynników ochronnych tj. HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF. Kolejne podrozdziały (2.3.1 – 2.3.6) zawierają opis charakterystycznych definicji dla nurtu SPJ, takich jak: przemoc, ocena, ryzyko, zarządzanie, ocena ryzyka przemocy oraz opis ww. narzędzi zastosowanych w części badawczej. Opisy narzędzi, procedury ich stosowania uzupełniono o przegląd najważniejszych badań dotyczących ich stosowania (podrozdziały 2.4 i 2.5).

### 2.1. Procedury dyskrecjonalne (uznaniowe).

Metodą o najdłuższej tradycji stosowania w kontekście klinicznym i sądowym jest „*nieustrukturyzowana kliniczna ocena*” (ang. Unstructured Clinical Judgement, skrót: UCJ). Cechuje się ona brakiem struktury i wnioskowaniem opartym na doświadczeniu i intuicji osoby oceniającej (Hart, 1998). Cechą charakterystyczną tego podejścia jest brak formalnych (tj. sztywnych i jednoznacznych) procedur czy zasad podejmowania decyzji dotyczących poziomu

zagrożenia przemocą. Jest to metoda z definicji pozbawiona systematyzacji, dlatego często określa się ją jako swoisty „brak metody” (ang. non-approach; Hart, Douglas, Guy, 2016). Należy jednak rozróżnić kompletnie „nieustrukturyzowaną ocenę ryzyka przemocy” od tzw. „oceny anamnestycznej”, która opiera się na dość wnikliwej analizie historii przemocy u osoby badanej (Otto, 2000). Anamneza, z greckiego oznacza „wspomnienie” lub „refleksję” – odnosi się do procedury zbierania wywiadu medycznego. Wywiad oparty na anamnezie nadaje strukturę procesowi oceny. W ramach tego wywiadu osoba oceniająca jest zmuszona określić co najmniej czynniki osobowe i sytuacyjne leżące u podłoża przemocy, której dopuściła się w przeszłości osoba badana. Procedura oceny ryzyka przemocy oparta na anamnezie funkcjonuje w oparciu o założenie, że seria zdarzeń i okoliczności tworzy swoisty „łańcuch behawioralny” prowadzący do aktu przemocy. Zadaniem osoby oceniającej jest zrozumienie tych powiązań i sformułowanie propozycji, w jaki sposób je przerwać, aby w przyszłości nie doszło do ponowienia przemocy (Douglas, Hart, Belfrage, Webster, 2013; Boer, Hart, Kropp i Webster, 2017; Hart, Kropp i Watt, 2022).

Założeniem leżącym u podstaw „nieustrukturyzowanej klinicznej oceny” jest to, że najlepszym sposobem poradzenia sobie ze złożonością zadania, jakim jest ocena i zarządzanie ryzykiem przemocy, jest oparcie się na charyzmatycznym autorytecie osoby oceniającej (psychiatry, psychologa, innego specjalisty przeprowadzającego ocenę ryzyka przemocy). W istocie - oznacza to zaufanie do uznaniowej oceny osoby oceniającej ze względu na jej wykształcenie, przebyte szkolenia, nabyte kompetencje, intuicję i doświadczenie. Osoba oceniająca nie kieruje się w tym podejściu żadnymi a priori ustalonymi wytycznymi dotyczącymi tego, jakie informacje należy zgromadzić, jakie czynniki uwzględnić w trakcie procesu oceny, czy też w jaki sposób je zdefiniować (Boer i in., 2017; Hart i in., 2022). W Tabeli 2.1. przedstawiono najważniejsze zalety i wady tego podejścia w ocenie i zarządzaniu ryzykiem przemocy.

Tabela 2.1. Zalety i wady „nieustrukturyzowanej klinicznej oceny” w odniesieniu do oceny ryzyka przemocy (opracowanie własne na podstawie: Hart, 2001; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Douglas i Kropp, 2002; Nikolova, Strub, Douglas, 2009; Douglas i in., 2013; Douglas, 2019; Douglas, Blanchard, Hendry, 2013; Boer i in., 2017; Hart i in., 2022; Viljoen, i in., 2021).

Zalety	Wady
<ul style="list-style-type: none"> <li>- powszechność stosowania wśród specjalistów;</li> <li>- brak struktury oceny jest dopasowany do złożoności i kompleksowości fenomenu, jakim jest ryzyko;</li> <li>- oparcie oceny na autorytecie i charyzmie specjalisty;</li> <li>- zaufanie dla jego wiedzy, przeszkolenia, wykształcenia, intuicji, doświadczenia;</li> <li>- nastawienie idiograficzne – dostosowanie indywidualne do każdego przypadku;</li> <li>- zdolność do adaptacji do nowych problemów i środowisk;</li> <li>- użyteczność w kontekście wdrażania konkretnych interwencji i strategii zarządzania ryzykiem przemocy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- brak wytycznych i zasad dotyczących zakresu i sposobu zbierania informacji niezbędnych dla sformułowania oceny;</li> <li>- trudność weryfikacji jakości oceny bez konfrontacji z przeciwstawną oceną specjalisty o podobnych kompetencjach, doświadczeniu itp.;</li> <li>- brak ewidentnego oparcia na literaturze zawodowej i specjalistycznej;</li> <li>- brak weryfikacji właściwości psychometrycznych m.in. zgodności ocen i trafności prognostycznej;</li> <li>- brak transparentności w procesie wnioskowania o ryzyku.</li> </ul>

## 2.2. Procedury niedyskrecjonalne (nieuznaniowe).

Cechą charakterystyczną „*podejścia niedyskrecjonalnego*” (nieuznaniowego) jest stosowanie wyraźnych zasad a priori w celu zminimalizowania zjawiska oparcia oceny na osądzie osoby oceniającej. Zasady w sposób precyzyjny określają, które informacje należy uwzględnić i w jaki sposób należy je połączyć. Podstawą niedyskrecjonalnego podejścia jest założenie, że proces oceny ryzyka przemocy należy oprzeć na regułach statystycznych i naukowych. Oznacza to uproszczenie i zautomatyzowanie procedury z maksymalnym zmniejszeniem lub nawet wyeliminowaniem roli klinicystów, których oceny opierają się na ich ograniczonych kompetencjach i zdolnościach poznawczych. Twórcy narzędzi aktuarialnych, które są wcieleniem „*podejścia niedyskrecjonalnego*” (nieuznaniowego) pisali wręcz: „*To, co doradzamy, nie polega na dodaniu metod aktuarialnych do istniejącej praktyki, ale raczej całkowite zastąpienie dotychczasowej praktyki metodami aktuarialnymi*” (Quinsey, Harris, Rice, Cormier, 1998 str. 171; zob. także Quinsey, Harris, Rice, Cormier, 2006, s. 182). Autorzy skupieni wokół „*podejścia niedyskrecjonalnego*” przyjmują pogląd, że praktyka jest w rzeczywistości oparta na dowodach jedynie wtedy, gdy istnieje bezpośredni związek pomiędzy osądem klinicysty a badaniami empirycznymi, zoperacjonalizowanymi przy zastosowaniu ustalonych i wyraźnych reguł dotyczących tego, jakie dokładnie informacje są istotne dla

podejmowania decyzji np. co do prognozy ryzyka przyszłej przemocy (Harris i Rice, 2015; Logan i Lloyd, 2019). Grove i Meehl (1996, s. 293) opisali to podejście jako „mechaniczne i algorytmiczne”.

Kluczową siłą tego podejścia jest wyższa rzetelność i trafność od nieustrukturyzowanych ocen klinicznych. Identyfikacja informacji i opracowanie reguł w postaci algorytmów kombinatorycznych często opiera się na profilach statystycznych (tzw. pomiarach empiryczno-aktuarialnych), choć czasami stosowane są tzw. pomiary racjonalno-aktuarialne. Profile statystyczne opierają się na ustaleniach empirycznych w stosunku do określonych grup odniesienia dotyczących częstotliwości występowania przemocy u osób, które przypominają badaną osobę pod względem ustalonych istotnych aspektów. Jest to zatem podejście oparte na wnioskowaniu indukcyjnym, nie zaś na wnioskowaniu dedukcyjnym. Nie oblicza się w nim ryzyka przemocy, ale raczej wyciąga się wnioski w oparciu o rozumowanie oparte na analogii (Grove i Meehl, 1996; Quinsey, i in., 1998; Douglas i Kropp, 2002; Douglas i Ogloff, 2003).

W ramach podejścia niedyskrecjonalnego (nieuznaniowego) należy wyodrębnić dwie procedury:

- a) **aktuarialne wykorzystanie testów psychologicznych** - w tradycyjnym rozumieniu testy psychologiczne stanowią próbę ilościowego oszacowania funkcjonowania psychospołecznego danej osoby. Na podstawie wcześniejszych badań można określić w nich punkty odcięcia, co maksymalizuje niektóre aspekty dokładności prognostycznej. Przykładowo, Skala Psychopatii Roberta Hare (Hare Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R; Hare, 1991, 2003) jest ilościowym testem psychologicznym służącym do oceny obecności cech psychopatycznego zaburzenia osobowości na przestrzeni całego życia. Jest to narzędzie wykorzystywane w wielu badaniach dotyczących ryzyka przemocy. Można jest stosować w sposób aktuarialny poprzez odniesienie się do określonych punktów odcięcia w celu określenia osób stwarzających niskie/wysokie ryzyko przemocy lub w celu określenia prawdopodobieństwa/bezwzględnego prawdopodobieństwa wystąpienia przemocy w oparciu o określony wynik w PCL-R. W literaturze przedmiotu poddano krytyce aktuarialne stosowanie testów psychologicznych ze względu na a) oparcie oceny na niewielkim wycinku literatury naukowej i specjalistycznej, b) niższą rzetelność i trafność testów psychologicznych stosowanych w sposób aktuarialny od innych dostępnych procedur (Guy, Douglas i Hendry, 2010; Douglas i in., 2013; Douglas, 2019; Boer i in., 2017; Hart i in., 2022; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Viljoen i in., 2021);
- b) **stosowanie aktuarialnych narzędzi oceny ryzyka** (Actuarial Risk Assessment Instruments, ARAI) – w odróżnieniu do testów psychologicznych, aktuarialne narzędzia nie służą do pomiaru określonych cech, lecz służą wyłącznie do prognozowania. Cechują się wysoką

czułością i zostały zoptymalizowane pod kątem prognozowania konkretnych wyników, w konkretnej populacji, w konkretnym przedziale czasowym. Pozycje w narzędziu dobiera się albo racjonalnie (na podstawie teorii i/lub doświadczenia) albo częściej – empirycznie (na podstawie ich związku z wynikami badań, które przeprowadzono w związku z konstruowaniem danego narzędzia). Pozycje są ważone i pogrupowane zgodnie z określonym algorytmem w celu wypracowania decyzji – najczęściej w postaci wyniku oszacowanego prawdopodobieństwa wystąpienia przemy w określonym przedziale czasowym (np. „prawdopodobieństwo, że badana osoba zostanie aresztowana za przestępstwo z użyciem przemy w ciągu następnyc 5 lat”). Nie rozpatruje się czynnikó ryzyka, których nie ujęto w konstrukcji danego narzędzia aktuarialnego (Douglas i in., 2013; Boer i in., 2017; Hart i in., 2022; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Viljoen i in., 2021). W tabeli 2.2. przedstawiono zalety i wady podejścia nieuznaniowego w odniesieniu do oceny i zarządzania ryzykiem przemy.

Tabela 2.2. Zalety i wady podejścia nieuznaniowego w odniesieniu do oceny i zarządzania ryzykiem przemy (opracowanie własne na podstawie: Douglas i in., 2013; Boer i in., 2017; Hart i in., 2022; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Viljoen i in., 2021; Douglas i Kropp, 2002; Quinsey i in., 1998; Hart, Guy, Douglas, 2015; Douglas, 2008; Douglas, Blanchard, Hendry, 2013; Douglas i in., 2014; Douglass i Kropp, 2002; Douglas i Reeves, 2010; Douglas i Skeem, 2005; Hart, 1998, 2001, 2011, 2009; Hart, Michie i Cooke, 2007; Hart i Cooke, 2013).

Zalety	Wady
<ul style="list-style-type: none"> <li>- transparentność procedury;</li> <li>- empiryczne potwierdzenie rzetelności i trafności narzędzi, w tym zgodności pomiędzy oceniającymi;</li> <li>- trafność prognostyczna wyższa niż przy „nieustrukturyzowanej klinicznej ocenie”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zbyt wąskie i arbitralne ujęcie czynnikó ryzyka przy podejmowaniu decyzji klinicznych i prawnych;</li> <li>- oparcie na dowodach w wąskim ujęciu – w oparciu o potwierdzenie empiryczne rzetelności i trafności;</li> <li>- nieuwzględnienie całokształtu literatury naukowej i specjalistycznej;</li> <li>- algorytmy narzędzi aktuarialne stworzono w oparciu o specyficzne populacje;</li> <li>- ograniczona możliwość indywidualizacji przypadku i możliwości adaptacji do różnych grup badanych</li> <li>- ograniczona użyteczność praktyczna;</li> <li>- zdegradowanie roli klinicysty i jego oceny w procesie oceny ryzyka przemy;</li> <li>- wielokrotnie zmiany algorytmów w narzędziach aktuarialnych;</li> <li>- wątpliwości prawne i etyczne w związku z decyzjami prawnymi podjętymi w oparciu o starsze wersje algorytmów;</li> <li>- niestabilność liczbowych oszacowań prawdopodobieństwa;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nieuwzględnienie potencjalnie ważnych czynników ryzyka;</li> <li>- marginalizacja roli zarządzania ryzykiem,</li> <li>- zbyt mały nacisk na dynamiczne i zmienne czynniki ryzyka.</li> </ul>
--	---

## 2.3. Ustrukturyzowana Profesjonalna Ocena (Structured Professional Judgement, skrót: SPJ).

### 2.3.1. Historia nurtu SPJ, jego podstawowe założenia, cechy charakterystyczne.

Powstanie koncepcji „ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny” (zwanej również: „ustrukturyzowaną specjalistyczną oceną”, „ustrukturyzowaną kliniczną oceną” lub też „ustrukturyzowanym profesjonalnym osądem”, ang. Structured Professional Judgement, skrót: SPJ) można datować na rok 1993. W środowisku specjalistów zajmujących się oceną ryzyka przemocy określa się ten moment jako przełomowy i krytyczny. Od co najmniej kilkunastu lat wstecz dostrzegano bowiem potrzebę systematyzacji i nadania struktury procesowi oceny ryzyka przemocy. Równolegle rozwijał się nurt aktuarialny. W tym czasie grupa badawcza związana z Centrum Kryminologii działającym przy Uniwersytecie w Toronto w Kanadzie oraz Instytucie Clarke’a w Toronto, składająca się z Catheriny Cormier, Vernona Quinseya, Marnie Rice i Christophera Webstera współpracowała przy tworzeniu praktycznych wytycznych, które planowano uwzględnić w trakcie przeprowadzania oceny ryzyka przemocy (Douglas i in., 2013, de Vogel i in., 2022; Hart i in., 2016). Początkowo prace zmierzały w kierunku maksymalnego wyeliminowania uznaniowości osądu klinicystów, co doprowadziło w przyszłości do rozwoju kierunku zwanego „aktuarialną oceną ryzyka przemocy” i powstania szeregu narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy. Ostatecznie, powstało narzędzie - Violence Prediction Scheme (Schemat Przewidywania Przemocy, Webster, Harris, Rice, Cormier i Quinsey, 1994) uwzględniające dwa konkurujące ze sobą nurty tj. a) nurt „aktuarialny” i b) nurtu „ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny” – SPJ. Podręcznik diagnostyczny składał się z dwóch części: pierwszą tworzyło aktuarialne narzędzie RAG (Risk Assessment Guide), określane później jako VRAG (Violence Risk Appraisal Guide; Harris, Rice, Quinsey, 1993), zaś drugą część tworzyła tzw. ASSESS list, którą należy uznać za prototyp narzędzia zgodnego z nurtem SPJ. Zestaw czynników włączonych do VRAG powstał wyłącznie w oparciu o statystyczne oszacowania ryzyka powrotności do przestępstwa. Druga część zawierała zestaw wytycznych oraz dodatkowe 10 dynamicznych pozycji, których celem było zwiększenie klinicznej trafności pomiaru (Douglas i in., 2013; Hart i in., 2017).

Początkowo autorzy obu części zgadzali się w kwestii kształtu narzędzia i metodologii pomiaru zaproponowanej w Violence Prediction Scheme. Później jednak zaczęli odrębnie rozwijać swoje pomysły, ponieważ uznali, że oba podejścia różnią się zbyt drastycznie, by dały efekt w postaci jednego spójnego narzędzia (Bloom, Webster, Hucker i De Freitas, 2004; Douglas i in., 2013; Nowopolski, 2020).

Należy jednak przyznać, że aktuarialne narzędzie VRAG (Harris i in., 1993; Quinsey i in., 1998, 2006) przyjęto z dużą dozą entuzjazmu, biorąc pod uwagę wstępne potwierdzenie jego dobrych właściwości psychometrycznych i wkład w rozwój kolejnych narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy. Z drugiej strony krytykowano je, dostrzegając, że proces oceny ryzyka przemocy jest bardziej skomplikowany i zniuansowany niż czysta predykcja z użyciem algorytmu i z wyeliminowaniem roli klinicysty/oceniającego z tegoż procesu (Douglas i in., 2013).

Inspiracją dla podejścia SPJ do oceny ryzyka przemocy i zarządzania była praca Andrews, Bonty i Hodge'a (1990) dotycząca oceny i zarządzania ryzykiem przestępczości w rozumieniu ogólnym. Cechą charakterystyczną podejścia SPJ jest stosowanie wytycznych w celu usystematyzowania uznaniowego, klinicznego procesu wnioskowania o ryzyku. Wytyczne SPJ są rezultatem systematycznego przeglądu wyników badań naukowych, wiedzy i doświadczenia klinicystów, obowiązujących procedur, kodeksów etycznych i odpowiednich przepisów prawa (Borum, 1996). Tym samym wyznaczają one zasady dochodzenia do konsensusu i tworzenia dobrych praktyk i standardów w pracy klinicznej (Hart, 2009; Hart i in., 2016).

W ramach podejścia SPJ narzędzia służące do oceny ryzyka przemocy różnią się procedurą postępowania i trafnością prognostyczną. Większość z tych narzędzi zawiera listę czynników ryzyka, które ocenia się albo w sposób numeryczny (np. 0,1,2) albo w sposób opisowy (np. nieobecny, częściowo obecny, obecny). Osoby oceniające kodują poszczególne czynniki ryzyka w oparciu o wiele źródeł informacji: wywiady z osobą ocenianą, wywiady zbiektywizowane (np. z członkami rodziny), analizę akt sprawy, czy też inne źródła informacji (Webster, Haque i Hucker, 2013). Po zakodowaniu czynników ryzyka, diagnosta uwzględnia zarówno obecność, jak i istotność dostrzeżonych czynników, by wyrazić ocenę poziomu ryzyka w formie opisowej (np. niskie, umiarkowane i wysokie; Kropp i Hart, 2015; Geurts i in., 2021; Garrington i Boer, 2020). Liczba etapów w procesie oceny zależy od tego, czy twórcy narzędzia przyjęli procedurę skróconą czy rozszerzoną. Procedura skrócona zakłada kolejno: zbieranie danych, kodowanie czynników, ocenę oraz projektowanie oddziaływań wobec sprawcy przemocy, pozwalających zredukować zagrożenie przemocą u danej osoby (Webster, Haque i

Hucker, 2013). Rozszerzona procedura SPJ – po raz pierwszy zastosowana w narzędziu służącym do oceny ryzyka przemocy seksualnej RSVP (Risk for Sexual Violence Protocol, Hart i in., 2003) – zakłada, że pomiędzy oceną obecności i istotności czynników ryzyka a sformułowaniem metod zarządzania, tworzy się dodatkowo konceptualizację ryzyka oraz rozważa alternatywne scenariusze przyszłej przemocy. Dla celów badawczych stosuje się kodowanie czynników ryzyka w formie numerycznej tj. w sposób aktuarialny. Porównanie narzędzi SPJ kodowanych w sposób aktuarialny z narzędziami aktuarialnymi wskazuje na podobną trafność prognostyczną (van der Put, Gubbels i Assink, 2019). Podsumowując – narzędzia opracowane w ramach modelu SPJ mają pięć wspólnych cech: a) określają zestaw podstawowych czynników ryzyka, które należy wziąć pod uwagę w procesie oceny w każdym przypadku, b) zawierają definicje operacyjne i zasady kodowania tych czynników, c) wskazują zalecenia dotyczące sposobu i zakresu zbieranych informacji; d) zawierają instrukcje dotyczące ustalania sumarycznych ocen ryzyka i e) zawierają instrukcje ułatwiające zarządzanie ryzykiem (Shaffer, Blanchard i Douglas, 2017). Pomimo, że proces podejmowania decyzji pozostaje subiektywny (nie jest prostą interpretacją sumy czynników, lecz wymaga osądu osoby przeprowadzającej ocenę), to jego rezultat ma u podłoża jasną strukturę: stały zestaw wytycznych, czynników ryzyka i sumarycznych ocen ryzyka umożliwiających leczenie i zarządzanie (Falzer, 2013; Garrington i Boer, 2020).

W systemie penitencjarnym wytyczne SPJ utożsamia się z ściśle z narzędziami do oceny ryzyka przemocy, które określa się również mianem „narzędzi czwartej generacji” (Bonta i Andrews, 2016). W systemie psychiatrii sądowej podkreśla się ich użyteczność w kontekście badań zleconych przez organy procesowe (Grisso, 2006; Heilbrun, 2001; Heilbrun, Rogers i Otto, 2002). Głównym celem stosowania narzędzi z nurtu SPJ jest wsparcie procesu decyzyjnego klinicysty, w sposób, który nie degraduje roli jego wykształcenia, dodatkowych szkoleń specjalistycznych, wiedzy, doświadczenia zawodowego oraz intuicji. Listę narzędzi powstałych w ramach nurtu SPJ przedstawiono w Tabeli 2.3.



Tabela 2.3. Wybrane narzędzia służące do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy reprezentujące nurt SPJ (opracowanie własne na podstawie: Douglas, 2019).

Narzędzie	Zastosowanie	Liczba czynników ryzyka
HCR-20 Version 1 (Webster i in., 1995); HCR-20 Version 2 (Webster i in., 1997); HCR-20 Version 3 (Douglas i in., 2013).	Przemoc ogólna u dorosłych mężczyzn i kobiet.	20
SARA Version 1 (Spousal Assault Risk Assessment Guide; Kropp, Hart, Webster i Eaves, 1994), SARA Version 2 (Kropp i in., 1995, 1999), SARA Version 3 (Kropp i in., 2015).	Przemoc wobec obecnego lub byłego partnera u dorosłych kobiet lub mężczyzn.	20
SVR-20 (Sexual Violence Risk-20; Boer i in., 1997), SVR-20 Version 2 (Boer i in., 2017).	Przemoc seksualna u dorosłych mężczyzn z historią przemocy seksualnej.	20
RSVP (Risk for Sexual Violence Protocol; Hart i in., 2003) RSVP Version 2 (Hart i in., 2022).	Przemoc seksualna u dorosłych mężczyzn z historią przemocy seksualnej.	20
SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth; Borum, Bartel i Forth, 2006).	Przemoc u nastolatków/adolescentów/osób młodocianych.	30
SAM (Guidelines for Stalking Assessment and Management; Kropp, Hart i Lyon, 2008).	Przemoc polegająca na stalkingu/uporczywym nękanii u osób dorosłych.	30
SAPROF (SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk, 1 and 2 <sup>nd</sup> Edition; de Vogel, de Ruiter, Bouman i de Vries Robbé, 2009, 2012).	Czynniki ochronne w połączeniu z czynnikami ryzyka w HCR-20 lub SVR-20.	17

Twórcom SPJ przyświecał cel, polegający na wyeksponowaniu mocnych stron podejścia aktuarialnego i klinicznego przy jednoczesnej minimalizacji ich deficytów (Heilbrun, Douglas, Yasuhara, 2009). Celem diagnosty uczyniono zapobieganie przemocy. Nie poprzestaje on zatem na uzyskaniu wiedzy o poziomie ryzyka (Douglas i in., 2013; Douglas i Kropp, 2002,

Hart, 2001; Hart i Logan, 2011). W tabeli 2.4 przedstawiono najważniejsze zalety i wady podejście SPJ w ocenie ryzyka przemocy.

Tabela 2.4. Zalety i wady podejścia „Ustrukturyzowanej Profesjonalnej Oceny” (SPJ) w odniesieniu do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy (opracowanie własne na podstawie: Kropp i in., 2010; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Douglas, 2019; Kropp, Hart i Lyon, 2008).

Zalety/Potencjał	Wady/Ograniczenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- transparentność procedury;</li> <li>- możliwość adaptacji do konkretnego przypadku; (indywidualizacja i elastyczność);</li> <li>- użyteczność praktyczna;</li> <li>- możliwość uchwycenia zmian wraz z upływem czasu (aspekt dynamiczny);</li> <li>- nastawienie na opracowanie metod zarządzania (możliwość zapobiegania przemocy);</li> <li>- wyższa zgodność pomiędzy oceniającymi i wyższa trafność prognostyczna niż przy zastosowaniu podejścia nieuznaniowego;</li> <li>- z reguły wysoka trafność treściowa;</li> <li>- dobór czynników ryzyka ściśle związanych z przemocą (kompleksowy przegląd literatury);</li> <li>- narracyjny sposób szacowania i komunikowania ryzyka;</li> <li>- definiowanie ryzyka w prostych kategoriach (niskie, umiarkowane, wysokie);</li> <li>- wysoka stabilność ocen;</li> <li>- brak zależności od próby, jasna interpretacja na poziomie indywidualnego przypadku;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wymóg wiedzy specjalistycznej, wykształcenia, doświadczenia zawodowego;</li> <li>- preferowane jest odbycie przeszkolenia z zakresu stosowania tych metod;</li> <li>- konieczność aktualizowania wytycznych SPJ w związku zachodzącymi zmianami w procesach społecznych;</li> <li>- Czasochłonność procedury stosowania narzędzi z nurtu SPJ;</li> <li>- konieczność dodatkowych zasobów ludzkich, finansowych i instytucjonalnych zarówno w związku z procesem implementacji tego podejścia, jak i stosowaniem go w praktyce.</li> </ul>

Pomimo wyraźnego bilansu korzyści płynących z wdrożenia i stosowania nurtu SPJ do praktyki klinicznej, należy uznać fakt, że część klinicystów wyraża brak akceptacji dla tego, że narzędzia w tym nurcie mają charakter pośredni. Oznacza to, że stanowią one kompromis pomiędzy całkowicie intuicyjną, swobodną i uznaniową oceną ryzyka przemocą a rygorystycznym, sztywnym algorytmem, który jednoznacznie określa ryzyko w postaci procentowego (liczbowego) szacunku prawdopodobieństwa. Obserwuje się zatem, że często preferencje klinicystów kształtują się wyraźnie w kierunku jednego z tych skrajnych podejść („nieustrukturyzowana kliniczna ocena” lub podejście „nieuznaniowe/aktuarialne”)

Kompromis w postaci podejścia SPJ jest postrzegany jako źródło niejasności, subiektywizmu i niejednoznaczności (Douglas i in., 2013, Kropp i in., 2008).

Wyniki badań wskazują na podobną trafność metod z nurtu SPJ i metod aktuarialnych w przewidywaniu przemocy. Wyniki metaanalizy 88 badań przeprowadzonych w latach 1980-2006, skupiających się na przewidywaniu przemocy (głównie nieseksualnej) u osób dorosłych wykazały, że średnie wielkości efektu narzędzi aktuarialnych i narzędzi SPJ są porównywalne. Nowsze narzędzia oraz narzędzia, których konstrukcja opiera się na współczesnych koncepcjach kryminologicznych wykazywały większe wielkości efektu niż narzędzia w mniejszym stopniu oparte na teorii (Campbell, French, Gendreau, 2009). Fazel i in. (2012) przeprowadzili systematyczny przegląd i metaanalizę badań przy użyciu narzędzi powszechnie stosowanych do przewidywania lub strukturyzacji ocen ryzyka przemocy ogólnej i seksualnej (LSI-R, SORAG, PCL-R, STATIC-99, VRAG, HCR-20, SVR-20, SARA, SAVRY). Przenalizowali 73 prób (24 847 uczestników z 13 krajów, ze wskaźnikiem recydywy wynoszącym 23,7% w ciągu średnio 49,6 miesięcy). Narzędzia oceny ryzyka wykazały niskie do umiarkowanych pozytywnych wartości prognostycznych (mediana 41%) w kontekście przewidywania przestępstwa z użyciem przemocy, ale miały wyższe ujemne wartości prognostyczne (w zakresie od 81% do 95%). Narzędzia zaprojektowane do przewidywania lub strukturyzacji ocen dotyczących przestępstw z użyciem przemocy okazały się lepsze niż te stosowane w kontekście przestępstw seksualnych lub przestępstw ogólnych. Wnioski płynące z tej metaanalizy badań wskazują, że narzędzia ukierunkowane na specyficzne formy przestępstw są bardziej dokładne w identyfikowaniu osób stwarzających niskie ryzyko, ale są mniej dokładne w identyfikowaniu osób o wysokim ryzyku.

### **2.3.2. Kluczowe pojęcia w nurcie SPJ.**

W tym podrozdziale omówiono najbardziej istotne pojęcia dla podejścia SPJ, takie jak: przemoc, ocena, ryzyko, zarządzanie, czy też ocena ryzyka przemocy. Są to pojęcia wspólne dla każdego z narzędzi służących do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy zgodnych z nurtem SPJ. Ich pełne zrozumienie jest istotne dla każdego klinicysty posługującego się narzędziami zgodnymi z tym nurtem, dlatego, że pozwala ustanowić wspólną platformę pojęciową, dzięki której różne podmioty w transparentny sposób mogą dyskutować o rezultacie oceny ryzyka przemocy (Douglas i in., 2013; Boer i in., 2017; Hart i in., 2022). W Tabeli 2.5. przedstawiono kluczowe pojęcia dla nurtu SPJ wraz z zakresem definicyjnym.

Tabela 2.5. Kluczowe pojęcia dla nurtu SPJ, ich zakres definicyjny oraz ograniczenia i wyłączenia definicyjne (opracowanie własne na podstawie: Douglas i in., 2013; Douglas i Shaffer, 2021; de Vogel i in., 2022; Hart, 2001, 2004, 2009, 2011; Hart i in., 2022; Douglas i Ogloff, 2003; Roychowdhury i Adshead, 2014; Hart i Boer, 2010, 2021; Douglas i in., 2013; Boer i in., 2017; Hart i Douglas, 2019; Hart i in., 2016; Hart, Douglas i Webster, 2001; Kropp, Hart, Lyon i Leopard, 2002; Hart i Logan, 2011; Quinsey i in., 2006; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Webster, Müller-Isberner i Fransson, 2002).

Pojęcie	Definicja	Podstawy koncepcyjne	Ograniczenia, wyłączenia, wymogi
<b>Przemoc</b>	Czyn faktyczny (dokonany), usiłowanie lub groźba wyrządzenia krzywdy fizycznej u innej osoby.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przemoc wynika z co najmniej częściowo intencjonalnego działania i świadomości.</li> <li>2. Może być efektem niedbałości, nieostrożności lub celowej zmiany świadomości.</li> <li>3. Sprawcy przemocy mogą prezentować niepełną świadomość swoich motywacji i konsekwencji swoich zachowań.</li> <li>4. Upojenie, odurzenie, psychoza itp. nie wyklucza co najmniej częściowej intencjonalności.</li> <li>5. Zaniechanie może być formą przemocy.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontratypy wyłączające odpowiedzialność prawną np. sportowy, wojskowy, organów ścigania, medyczny.</li> <li>2. Przemoc psychiczna – jedynie poważne konsekwencje, którym towarzyszy realna obawa o wyrządzenie krzywdy fizycznej.</li> <li>3. Nie uwzględnia się przemocy wobec zwierząt – jedynie, gdy budzi ona realną obawę o krzywdę fizyczną na osobie.</li> <li>4. Nie uwzględnia się specyficznych form przemocy np. przemocy ekonomicznej.</li> </ol>
<b>Ryzyko</b>	Zagrożenie lub niebezpieczeństwo, którego nie można całkowicie zrozumieć i dlatego można je przewidzieć tylko z pewną dozą pewności.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koncepcje ryzyka sformułowane przez: ASIS International and The Risk and Insurance Management Society (2015), National Research Council (1989), Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (ISO, 2018), Society for Risk Analysis (2018).</li> <li>2. Koncepcja ryzyka: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wieloaspektowa (bliskość, konsekwencje, drastyczność, dobór ofiary, częstotliwość, czas trwania itp.);</li> <li>- spekulatywna – oparta na wnioskowaniu diagnosty;</li> <li>- zależna od kontekstu (dynamiczna) – sytuacji życiowej, materialnej, dostępu do leczenia, wsparcia itp.</li> </ul> </li> </ol>	Pojęcie ryzyka nie jest obiektywnym, namacalnym obiektem świata rzeczywistego. Jest raczej subiektywną interpretacją rzeczywistości nadaną przez osobę oceniającą.

<b>Ocena</b>	Proces zbierania informacji w celu podejmowania decyzji	Koncepcje oceny sformułowane przez: ASIS International and Risk and Insurance Management Society (2015), ASIS International and the Society for Human Resource Management (2011).	Proces oceny jest: - ściśle uzależniony od nadrzędnego celu m.in. formatu decyzji, które należy wydać. - uzależniony od konkretnego przypadku; - obejmuje szeroki zakres danych.
<b>Zarządzanie</b>	Planowanie, zapobieganie, administrowanie, organizowanie lub kontrolowanie zasobów w celu osiągnięcia określonych rezultatów.	Koncepcje zarządzania sformułowane przez: Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (ISO, 2018), Society for Risk Analysis, (2018); - zarządzanie ryzykiem przemocy ma cechy każdego skutecznego planowania operacyjnego tj. zawiera: - strategię - rozwiązania taktyczne - rozwiązania logistyczne	- Konieczność kompromisu pomiędzy kosztami i korzyściami wynikającymi z redukcji ryzyka oraz wyborem poziomu tolerowanego ryzyka; - Główna zasada: najmniej dolegliwa metoda zarządzania, która ma szanse powodzenia w redukcji zagrożenia przemocą; - Zarządzanie wymaga zbilansowania: monitorowanie, nadzór, leczenie.
<b>Ocena i zarządzanie ryzykiem przemocy</b>	Proces gromadzenia informacji o ludziach w sposób spójny i zgodny z najlepszą dostępną wiedzą naukową i zawodową w celu zrozumienia ich predyspozycji do dokonywania aktów przemocy oraz określenia, co należy zrobić, aby takim aktom zapobiec.	Dwie odrębne koncepcje procedury oceny i zarządzania ryzykiem przemocy: a) proces w formie prostej i liniowej prawidłowości, w której najpierw następuje faza prognozowania, a następnie – jeśli to konieczne – zarządzania; b) proces prognozowania i zarządzania jest dwukierunkowy i powtarzalny - Różne modele procesu oceny i zarządzania na przestrzeni lat: (np. Hart, 2001; Webster, Müller-Isberner i Fransson, 2002, Monahan, 1995). Aktualnie dominuje rozszerzona 7-stopniowa procedura, lub skrócona: 5-stopniowa.	Konieczność uwzględnienia interesów szeregu podmiotów, które są zainteresowane rezultatem oceny: - organów procesowych, - klinicystów, - osób zarządzających instytucjami, takimi jak: szpitale psychiatryczne, zakłady karne, - pacjentów, skazanych, - społeczeństwa.

Jeden z najważniejszych modułów szkoleń specjalistów z zakresu stosowania narzędzi służących do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy, reprezentujących nurt SPJ dotyczy powyżej opisanych pojęć i ich definicji. Niejasność i złożoność zakresu definicyjnego przemocy i pojęć pokrewnych powoduje brak zaufania do procesu oceny ryzyka przemocy.

Brak precyzyjnego zdefiniowania przemocy powoduje, że trudno zrozumieć co leży u jej podłoża i w jaki sposób ją badać, prognozować ją i zapobiegać jej. Niejasność definicji przemocy komplikuje wszystkie aspekty oceny i zarządzania wśród specjalistów, osób ocenianych i osób (instytucji, organów procesowych), które otrzymują rezultat oceny ryzyka przemocy (Hart, 2011).

#### **2.4. Powstanie i rozwój narzędzia służącego do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy - HCR-20<sup>V3</sup>.**

W podrozdziale tym opisano szerzej historię rozwoju, procedurę stosowania i najważniejsze badania z użyciem narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> (Historical-Clinical-Risk Management -20 Version 3; Douglas i in., 2013). Jest ono bowiem najczęściej stosowanym przez klinicystów narzędziem służącym do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy (Singh i in., 2014) i w związku z tym najczęściej weryfikowanym empirycznie, od daty pierwszego wydania tj. od 1995 r. Badania z użyciem narzędzia HCR-20 przeprowadzono w różnych populacjach m.in. sądowno-psychiatrycznych, penitencjarnych, ogólnopsychiatrycznych, młodocianych, w populacjach mieszanych. Na przestrzeni lat HCR-20 stało się również przedmiotem ożywionych dyskusji, które doprowadziły do modyfikacji, rozszerzenia procedury i dostosowania do użytku w warunkach klinicznych. Uzasadnieniem dla szerszego opisu tego narzędzia w niniejszej pracy doktorskiej jest ponadto to, że jest ono kluczowym – razem z narzędziem SAPROF - narzędziem badawczym zastosowanym w części metodologicznej.

##### **2.4.1. Od pierwszego wydania narzędzia HCR-20 do wdrożenia trzeciej wersji do praktyki w Polsce.**

Pierwsza wersja The Historical-Clinical-Risk Management - 20 (HCR-20) została opublikowana w 1995 r. (Webster, Eaves, Douglas i Wintrup, 1995), a dwa lata później doszło do rewizji narzędzia i opublikowania wersji 2. (Webster, Douglas, Eaves i Hart, 1997). Narzędzie umożliwia analizę indywidualnego ryzyka przemocy w trzech perspektywach czasowych: w przeszłości, aktualnie oraz w przyszłości. Czynniki historyczne (skala H) dotyczą przystosowania psychospołecznego danej osoby w przeszłości. Celem oceny na skali historycznej (H) jest uporządkowanie zestawu istotnych czynników ryzyka przemocy, które mogły pojawić się u osoby ocenianej w przeszłości (Douglas i in., 2014). Czynniki kliniczne (skala C) umożliwiają ocenę aktualnych właściwości związanych z psychospołecznym przystosowaniem ocenianej osoby. Ramy czasowe kodowania czynników ze skali klinicznej obejmują stan obecny i nieodległą przeszłość, tzn. do kilku miesięcy bezpośrednio

poprzedzających ocenę. Czynniki zarządzania ryzykiem odzwierciedlają cechy przewidywanego przystosowania psychospołecznego danej osoby w oparciu o jej plany na przyszłość. Ramy czasowe dla kodowania tych czynników obejmują najbliższą przyszłość tj. od kilku tygodni do kilku miesięcy, następujących bezpośrednio po przeprowadzeniu oceny (Douglas i in., 2014).

Badanie ankietowe przeprowadzone na grupie ponad 2000 klinicystów z 44 krajów wykazało, że HCR-20 jest najczęściej stosowanym na świecie narzędziem służącym do oceny, zarządzania i monitorowania ryzykiem przemocy (Singh i in., 2014). Publikacja narzędzia poprzedzona była współpracą badawczą naukowców i klinicystów z Kanady trwającą od połowy lat 80. Rezultatem tej współpracy było opracowanie narzędzia nazwanego The Violence Prediction Scheme (Webster i in., 1994). Narzędzie składało się z dwóch części a) części aktuarialnej – która opierała się na algorytmie, który generował wynik w postaci ilościowego oszacowania prawdopodobieństwa i b) części składającej się z 10 dynamicznych pozycji, które wykazywały zdolność do uchwycenia zmian zachodzących w poziomie ryzyka (tzw. ASSESS list). Pierwsza część tj. VRAG stała się w przyszłości najbardziej powszechnie stosowanym narzędziem aktuarialnym służącym do oceny ryzyka przemocy (Douglas i in., 2013). Christopher D. Webster nie zgadzał się ze swoimi współpracownikami odnośnie do podejścia do oceny ryzyka przemocy. Rozwinął procedurę w kierunku narzędzia dynamicznego, ukierunkowanego na uchwycenie zmian w ryzyku. W tym czasie otrzymał stanowisko profesora na Uniwersytecie Simona Frasera w Burnaby koło Vancouver i tam podjął współpracę z młodymi badaczami m.in. Randallem Kroppem, Stephenem D. Hartem, Kevinem Douglasem, Tonią Nichols, z którymi rozwinął nurt SPJ. W tym czasie doszło do całkowitego podziału na dwa dominujące podejścia w ocenie ryzyka przemocy: a) podejście aktuarialne (oparte na statystycznych algorytmach i ilościowo-procentowych oszacowaniach prawdopodobieństwa, b) podejście dynamiczne oparte na strukturyzacji i systematyzacji uznaniowego osądu klinicystów. Christopher D. Webster przeprowadził tzw. analizę zadania, jakim jest ocena ryzyka przemocy na podstawie rozmów z wieloma praktykującymi klinicystami (przede wszystkim psychiatrami i psychologami z zakładów karnych i oddziałów sądowo-psychiatrycznych). Na tej podstawie ustalił, jakie są dokładne etapy tejże oceny i wraz ze współpracownikami stworzył pierwszą wersję narzędzia HCR-20.

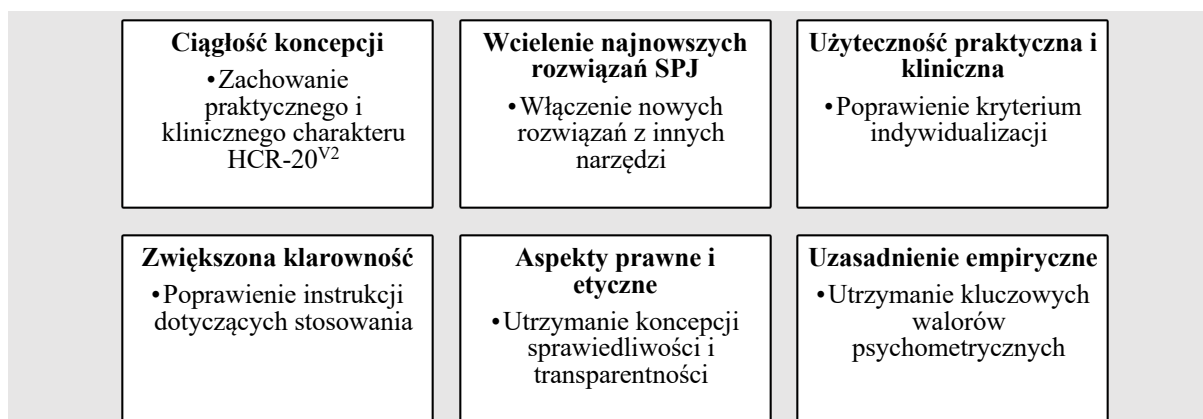
W Europie narzędzie HCR-20 spopularyzował prof. Henrik Belfrage – kryminolog ze Szwecji, który w połowie lat 90. wyjechał na stypendium na Uniwersytet Simona Frasera pod opieką prof. Christophera Webstera. Po powrocie do Szwecji zaczął proces implementacji narzędzia do praktyki szwedzkich szpitali o profilu sądowo-psychiatrycznym. W 1992 r. doszło

bowiem do zmian legislacyjnych w Szwecji, w zgodzie z którymi sprawcy poważnych czynów przeciwko życiu i zdrowiu mogli być zwalniani z zakładów psychiatrycznych, jedynie wtedy, kiedy nie stwarzali już wysokiego ryzyka ponowienia przemocy. Narzędzie początkowo przyjęto z dużym entuzjazmem ze strony klinicystów. W 1997 r. przetłumaczono na j. szwedzki drugą wersję narzędzia HCR-20. W tym samym roku przeszkolono cały personel szpitala psychiatrycznego w Växjö z zakresu stosowania narzędzia. W następnym etapie rozpoczęto szeroko zakrojone badania psychometryczne (głównie dotyczące zgodności ocen i trafności prognostycznej narzędzia), a także utworzono interdyscyplinarne zespoły ds. oceny ryzyka przemocy. W następnych latach jednak narzędzie spotkało się z dużym oporem ze strony części konserwatywnych psychiatrów, którzy dostrzegali w narzędziu HCR-20 elementy nieuprawnionej i nieetycznej spekulacji, która zakłóca realizację podstawowych obowiązków klinicysty (przede wszystkim farmakoterapii i psychoterapii). Proces wdrażania narzędzia został przyhamowany m.in. w związku ze wszczęciem postępowania dyscyplinarnego przeciwko prof. Belfrage, prowadzonym przez Szwedzką Komisję ds. Zdrowia i Opieki Społecznej. Komisja ta wydała w 2000 r. jednoznaczne stanowisko, wskazując, że nie istnieją żadne precyzyjne i wiarygodne narzędzia do prognozy ryzyka przemocy, dlatego nie należy ich stosować. W 2003 r. doszło jednak do serii tragicznych zdarzeń z użyciem przemocy ze strony osób, które wykazywały zaburzenia psychiczne. 10 września 2003 roku w galerii handlowej NK w centrum Sztokholmu doszło do morderstwa Minister Spraw Zagranicznych Szwecji Anny Lindh. Sprawcą czynu był Mihajlo Mihajlovic – urodzony w Szwecji, syn serbskich emigrantów, który wykazywał głębokie zaburzenia osobowości, przejawiał w przeszłości liczne zachowania agresywne oraz był uzależniony od substancji psychoaktywnych. W wyniku tego zdarzenia doszło do szerokiej dyskusji społecznej i medialnej dotyczącej osób wykazujących zaburzenia psychiczne. W efekcie niepokoju wywołanego tymi zdarzeniami, personel szpitala psychiatrycznego Arvika zorganizował spotkanie społeczności w oddziale ogólnopsychiatrycznym o profilu zamkniętym. W trakcie tego spotkania podjęto dyskusję z pacjentami na temat ich samopoczucia. Personel kliniczny w reakcji na prośbę jednego z pacjentów wyraził zgodę na udzielenie mu kilkugodzinnej przepustki poza teren szpitala, do pobliskiej kafeterii. Nie odnotowano jednak wpisów jednego z członków personelu informujących o tym, że pacjent ten od kilku dni ma intensywne, intruzywne fantazje i wyobrażenia dotyczące krzywdzenia dzieci. W trakcie przepustki, pacjent wszedł do pobliskiego przedszkola, a następnie zadał wielokrotne uderzenia nożem 5-letniej Sabinie Eriksson, w wyniku czego dziewczynka zmarła. Te dwa, powiązane ze sobą czasowo i przyczynowo skutkowo zdarzenia zaostriły jeszcze bardziej debatę społeczną dotyczącą



zasad i metod oceny ryzyka stosowanych wobec sprawców wykazujących zaburzenia psychiczne. Lekarzom-psychiatrom, którzy byli odpowiedzialni za leczenie i decyzje podejmowane wobec sprawcy zabójstwa Sabiny Eriksson, przedstawiono zarzuty prokuratorskie. Szwedzka Komisja ds. Zdrowia i Opieki Społecznej w 2005 r. zmieniła diametralnie wytyczne dotyczące oceny ryzyka, ustalając, że od tej pory jest to obligatoryjna procedura, której proces wnioskowania musi zostać umieszczony w odpowiedniej dokumentacji. Narzędzia z nurtu SPJ, w tym przede wszystkim narzędzie HCR-20 zostało włączone do rutynowej praktyki w psychiatrii ogólnej i psychiatrii sądowej w Szwecji (Belfrage, 2013; Nowopolski, 2020).

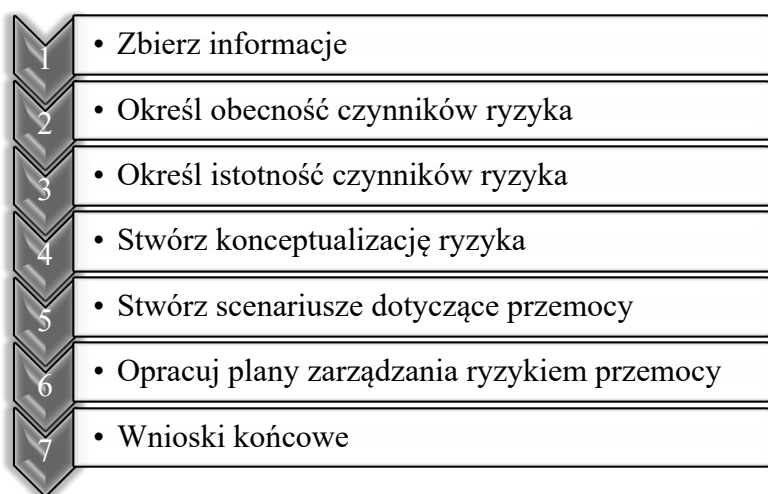
Trzecia wersja narzędzia HCR-20 powstała w 2013 r. Wprowadziła ona dwa nowe etapy, wcześniej wprowadzone przez wydane w 2003 r. narzędzie RSVP (Hart i in., 2003) tj. konceptualizację ryzyka przemocy i b) planowanie z użyciem scenariuszy. Powstaniu trzeciej wersji HCR-20 przyświecało kilka nadrzędnych zasad, takich jak: a) utrzymanie pierwotnej koncepcji narzędzia, b) wcielenie najnowszych rozwiązań w nurcie SPJ, c) poprawienie użyteczności praktycznej i klinicznej, c) poprawienie przejrzystości procedury stosowania, d) spełnienie wymogów prawnych i etycznych, e) potwierdzenie uzasadnienia empirycznego. Wszystkie te zasady wraz z uszczegółowieniem zostały przedstawione w Rycinie 2.1. W 2016 r. narzędzie zostało przetłumaczone na j. polski przez grupę klinicystów związanych ze Szpitalem dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim i Regionalnym Ośrodkiem Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim (Gierowski, 2018; Nowopolski, 2020). Narzędzie HCR-20 jest aktualnie jednym z narzędzi rekomendowanych w europejskiej i polskiej praktyce psychiatrii sądowej (Heitzman i Markiewicz, 2017; Völlm i in., 2018; Heitzman i in., 2020; Gałęcki, 2022).



Rycina 2.1. Zasady przyświecające tworzeniu HCR-20 wersja 3. (opracowanie własne na podstawie: Douglas i in., 2013; Douglas i in., 2014).

## 2.4.2. Etapy w procedurze HCR-20<sup>V3</sup>.

Nowa zaktualizowana procedura, uwzględniająca nowe etapy tj. konceptualizację oraz planowanie z użyciem scenariuszy, obejmuje 7 etapów: 1. Zbieranie informacji, 2. Ocena obecności czynników ryzyka, 3. Ocena istotności czynników ryzyka, 4. Konceptualizację ryzyka przemocy, 5. Planowanie z użyciem scenariuszy, 6. Metody zarządzania ryzykiem, 7. Wnioski końcowe. Pełna procedura została przedstawiona w Rycinie 2.2, a szczegółowy opis poszczególnych etapów został przedstawiony w Tabeli 2.6.



Rycina 2.2. Poszczególne etapy w procedurze stosowania narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

Tabela 2.6. Szczegółowy opis poszczególnych etapów w procedurze stosowania HCR-20<sup>V3</sup> (Douglas i in., 2013; Douglas i in., 2014; Hart i in., 2016, Douglas i in., 2017; Shaffer i in., 2017; Douglas, 2019; Douglas i Shaffer, 2021; Kropp i in., 2008; Hart i in., 2022; Boer i in., 2017; Banasik, Nowopolski i Gierowski, 2018; Logan, 2014; Hart i in., 2011; McMurrin i Bruford, 2016; Hart i Logan, 2011; Hart, 2008; Brown i Feige, 2019).

Etap procedury	Cel etapu	Założenia i podłoże teoretyczne
<b>1. Zebranie informacji</b>	Zgromadzenie informacji pozwalających na ocenę obecności czynników ryzyka oraz zachodzących wraz z upływem czasu zmian w tych czynnikach w skali historycznej (H), skali klinicznej (C), skali zarządzania ryzykiem (skali R).	- prymat dokumentacji nad źródłami osobowymi – mniejsza podatność na zniekształcenia, stronniczość i błędy poznawcze, - przestrzeganie przepisów prawnych i norm etycznych oraz zawodowych dotyczących kwestii m.in.: uzyskania zgody, poufności zdobytych informacji, ochrony uzyskanych danych, rozpoznania czynników traumatyzujących, - konieczność uzupełnienia brakujących danych lub transparentność ujawnienia braków w wydanej opinii.

<p><b>2. Ocena obecności</b></p>	<p>Ocena obecności 20 podstawowych czynników ryzyka, tworzących trzy skale: H (przeszłość, 10 czynników), C (aktualne funkcjonowanie, 5 czynników) i R (przyszłe funkcjonowanie, 5 czynników) Dodatkowo – ocena ewentualnych specyficznych dla danego przypadków czynników ryzyka. 4-stopniowy format odpowiedzi (Tak, Częściowo-Prawdopodobnie, Nie, Pomiń), który odzwierciedla stopień, w jakim osoba oceniająca jest pewna swojej opinii.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pominięcie oceny czynnika ryzyka wymaga uzupełnienia bazy informacji lub ujawnienia braków w formułowanej opinii,</li> <li>- zestaw 20 czynników ryzyka wyselekcjonowany na podstawie kompleksowego przeglądu publikacji,</li> <li>- oceniający może ocenić specyficzne dla danego przypadku czynniki ryzyka, wykraczające poza zestaw 20 czynników ryzyka – wymaga to uzasadnienia.</li> </ul>
<p><b>3. Ocena istotności</b></p>	<p>Ocena stopnia, w jakim dany czynnik ryzyka jest ważny dla określenia przemyocy i sposobów zapobiegania przemyocy, - analiza sposobu, w jaki dany czynnik ryzyka wpłynął na decyzje o zastosowaniu przemyocy, - weryfikacja, czy dany czynnik wpływa na plany dotyczące zarządzania tj. czy wymaga zastosowania metod zarządzania ryzykiem oraz czy komplikuje zarządzanie, - ocena istotności polega na zastosowaniu 4-stopniowego formatu odpowiedzi (Wysoka, Umiarkowana, Niska, Pomiń).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zadaniem oceniającego jest ustalenie, czy wyprowadzone nomotetycznie (na podstawie przeglądu literatury) czynniki ryzyka są istotne na poziomie idiograficznym (indywidualnym) tj. u konkretnej, badanej osoby,</li> <li>- czynniki nie dotyczą wszystkich osób w jednakowy sposób (Monahan i in., 2001).</li> </ul>
<p><b>4. Konceptualizacja ryzyka przemyocy</b></p>	<p>Integracja czynników ryzyka na indywidualnym poziomie, która pozwoli w sposób narracyjny na sformułowanie indywidualnej teorii ryzyka i pozwala zrozumieć sens podjętej decyzji o zastosowaniu przemyocy, - oferuje mechanizm wyjaśniający, a nie tylko opisujący i prognozujący przemoc, – pozwala stworzyć optymalne interwencje i plany zarządzania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wywodzi się z literatury dotyczącej psychoterapii w rozumieniu ogólnym,</li> <li>- transparentność konceptualizacji = dostępność do wnioskowania osoby oceniającej,</li> <li>- tworzy się w oparciu o różne teorie psychologiczne i kryminologiczne np. technikę graficzną związków przyczynowo-skutkowych (Pearl, 2009), analizę przyczyn źródłowych („root cause analysis”), technikę „4 p” przekształconą w „5 p” (czynniki predysponujące, utrwalające, wyzwajające, ochronne, określenie problemu; Weerasekera, 1996), General Personality and Cognitive Social Learning (Andrews i in., 2010, Bonta i Andrews, 2016), Good Lives Model (Ward, 2002; Ward i Laws, 2010), Strain Theory (Merton, 1957), Social Bonding Theory (Hirschi, 1969); Theory of Reasoned Action and Planned Behavior (Fishbein i Ajzen, 1975; Ajzen, 1991),</li> </ul>

		<p>Thransteoretical Model (Prochasska i DiClemente, 2005), Control Theory (Reiss, 1951), General Agression Model (Anderson i Bushman, 2002; Routine Activity Theory (Felson, 1997, Felson i Cohen, 1980), I3 theory (teorię I3, Slotter i Finkel 2011); Situational Action Theory (Wikström, 2004; Wikström i Treiber, 2009), Action theory (teorię działania tj. analizę czynników motywujących, rozhamowujących i destabilizujących; Douglas i in., 2013; Hart i in., 2022).</p>
<b>5. Planowanie z użyciem scenariuszy</b>	<p>Systematyczne rozważanie nad możliwymi wariantami przyszłości u osoby ocenianej świetle czynników, które zostały uznane za obecne i istotne oraz w kontekście stworzonej konceptualizacji ryzyka przemocy, - opisy prawdopodobnych wydarzeń tj. „scenariusze” służą tworzeniu metod zarządzania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- koncepcja gier wojennych („Kriegspiel”, „Gedankenspiel”) stworzona przez Armię Pruską w XIX wieku,</li> <li>- działalność think-thanku Rand Corporation i Hermana Kahna po II. Wojnie światowej (tworzenie raportów „takich, o jakich mogliby napisać ludzie żyjący w przyszłości” (Notten, 2002, str. 17),</li> <li>- rozwój planowania z użyciem scenariuszy w korporacji Shell w dobie kryzysu w branży olejowej w latach 70.,</li> <li>- zarządzanie jakością, inżynieria systemów (analiza przyczyn źródłowych, analiza błędów i skutków - FMEA, analiza skutków krytyczności wady – FMECA itp.),</li> <li>- scenariusze powtarne, odwrotne, „czarne scenariusze”, „scenariusze poprawy” (Douglas i in., 2013, Hart i in., 2022).</li> </ul>
<b>6. Metody zarządzania</b>	<p>Sformułowanie planów zarządzania ryzykiem w odpowiedzi na scenariusze ryzyka określone w poprzednim etapie. Metody zarządzania obejmują: a) rozwiązania strategiczne (monitorowanie/dozór, leczenie, kontrola/nadzór, planowanie bezpieczeństwa ofiar), b) rozwiązania taktyczne (np. rodzaj terapii lub farmakoterapii), c) rozwiązania logistyczne (szczegółowe rozwiązania pozwalające na wdrożenie rozwiązań strategicznych i logistycznych).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z reguły najmniej intensywne metody zarządzania, które mają szansę przynieść oczekiwany skutek w postaci redukcji zagrożenia,</li> <li>- najmniejsza możliwa dolegliwość ze względu na ochronę praw człowieka;</li> <li>- metody zarządzania można zmodyfikować zależnie od aktualnej sytuacji i potrzeb;</li> <li>- nacisk na kompleksowe, spójne i multidyscyplinarne plany zarządzania ryzykiem, które można oprzeć o istniejące procedury.</li> </ul>

<b>7. Wnioski końcowe.</b>	Opracowanie udokumentowanej, jasnej i prostej opinii końcowej, która może posłużyć jako podstawa do dalszych działań. Wnioski końcowe powinny uwzględniać: a) ustalenie priorytetu dla przypadku, b) ocenę ryzyka poważnych obrażeń ciała, c) ocenę ryzyka bezpośrednio (bliskiej, nadchodzącej) przemocy, d) rekomendowaną datę kolejnej okresowej opinii dotyczącej danego przypadku, e) ocenę ryzyka wystąpienia innych negatywnych konsekwencji niż przemoc np. ryzyka samobójstwa.	-wnioski końcowe stanowią rezultat całościowej oceny; - są zindywidualizowane i zależne od kontekstu; - opierają się na zestawie czynników ryzyka, które są obecne i istotne w danym przypadku; -nawiązują do stworzonej konceptualizacji przemocy.
----------------------------	--	--

Procedura oceny ryzyka przemocy oparta na siedmiu etapach jest charakterystyczna dla takich narzędzi reprezentujących nurt SPJ jak: HCR-20<sup>V3</sup>, czy RSVP<sup>V2</sup>. Skrócone wersje tej procedury stosuje się np. w narzędziu SARA<sup>V3</sup> (pomięto etap tworzenia konceptualizacji), a także w narzędziu SVR-20<sup>V2</sup> (pomięto etapy tworzenia konceptualizacji i planowania z użyciem scenariuszy) oraz B-SAFER (pomięto etapy oceny istotności czynników ryzyka, tworzenia konceptualizacji i planowania z użyciem scenariuszy; Kropp, Hart i Belfrage, 2010). Istotą podziału na różny format procedury (skrócony i rozszerzony) w narzędziach z nurtu SPJ jest ich dostosowanie do potrzeb różnych grup zawodowych, o różnych kompetencjach i różnym poziomie specjalizacji. Narzędzia o rozszerzonej procedurze mają charakter ściśle kliniczny i są przeznaczone głównie dla specjalistów. Narzędzia o skróconej procedurze są z kolei powodzeniem stosowane przez np. interwentów kryzysowych, czy policję (B-SAFER). Klinicyści, którzy są obciążeni innymi obowiązkami np. związanymi z kierowaniem oddziału czy farmakoterapią (np. lekarze-psychiatry i lekarze-seksuolodzy) będą częściej stosować narzędzie SVR-20<sup>V2</sup>, podczas gdy psycholodzy i psychoterapeuci, także ze względu na specyficzne kompetencje, będą mogli rozbudować procedurę oceny ryzyka przemocy o stworzenie konceptualizacji i planowanie z użyciem scenariuszy. Preferowanym narzędziem w ich przypadku może okazać się narzędzie RSVP<sup>V1/V2</sup>.

W ramach procedury oceny ryzyka przemocy z użyciem narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> należy wyszczególnić kodowanie/ocenę tzw. **summarycznych ocen ryzyka** (ang. Summary Risk Ratings, skrót: SRR). Są to podsumowujące oceny ryzyka (w formie: niskie, umiarkowane, wysokie) dotyczące takich aspektów jak: a) **przemoc w przyszłości/priorytet przypadku**, b)

ryzyko poważnej krzywdy fizyczna i c) ryzyko przemocy w najbliższym czasie (bezpośredniej przemocy, zbliżającej się przemocy).

## 2.5. Podsumowanie najważniejszych badań z użyciem HCR-20<sup>V3</sup>.

Ze względu na racjonalne ograniczenia rozprawy doktorskiej dwa aspekty właściwości psychometrycznych – tj. zgodność pomiędzy oceniającymi i trafność prognostyczna zostały omówione w krótkim podsumowaniu. Listę szczegółowych badań, sposób ich przeprowadzenia oraz wyniki umieszczono w Aneksie. W niniejszym rozdziale bardziej szczegółowo opisano badania związane z oceną trafności diagnostycznej oraz dynamicznym aspektem narzędzia, dotyczącym zmian w ryzyku wraz z upływem czasu. Bardziej szczegółowy opis tych właściwości narzędzia wynika z tego, że są to zagadnienia uwzględnione w badaniu przeprowadzonym w ramach niniejszej rozprawy doktorskiej, opisanym w rozdziale metodologicznym.

### 2.5.1. Zgodność pomiędzy oceniającymi.

Najważniejszym wskaźnikiem rzetelności narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> – lub dowolnego instrumentu SPJ – jest zgodność pomiędzy oceniającymi (ang. interrater reliability). Autorzy związani z nurtem SPJ dla celów ewaluacyjnych uzyskanych wartości zgodności ocen z użyciem współczynnika korelacji wewnątrzklasowej (ICC) proponują kryteria podane przez Fleissa (1981)<sup>1</sup>. Do oceny można alternatywnie odnieść się do wytycznych zaproponowanych przez Landisa i Kocha (1977)<sup>2</sup>. Badania dotyczące poprzedniej, drugiej wersji HCR-20 wskazały na akceptowalną zgodność pomiędzy oceniającymi (Douglas i Reeves, 2010). W oparciu o analizę 25 prób badawczych mediana zgodności między oceniającymi dla wersji drugiej HCR-20 wynosiła 0.85 (ogółem), dla skali H - 0.86, dla skali C- 0.74 i dla skali R - 0.68. Wskazuje to na zakres zgodności ocen pomiędzy dobrą (istotną)<sup>1</sup> a doskonałą<sup>2</sup>. Mediana współczynnika zgodności wewnątrzklasowej (ICC<sub>1</sub>) dla dziewięciu efektów z pięciu prób badawczych wyniosła .65 (zakres między „dobrą” a „znaczącą”; Douglas i Shaffer, 2021).

---

<sup>1</sup> Według tych kryteriów wynik pojedynczego pomiaru miary ICC .75 i wyższe -jest „doskonały”, wyniki od 0.60 do 0.74 są „dobre”, między 0.40 a 0.59 „umiarkowane” i poniżej 0.40 „słabe”.

<sup>2</sup> Według tych kryteriów wartość ICC poniżej 0 to wynik „słaby”, od 0 do 0.20 to „nieznaczący”, od 0.21 do 0.40 to „dostateczny”, od 0.41 do 0.60 to wynik „umiarkowany”, od 0.61 do 0.80 to wynik „znaczący”, a od 0.81 do 1,0 to „prawie doskonały”.

W 2008 r., po wielu latach dyskusji nad potencjałem narzędzia HCR-20 w praktyce diagnostycznej, wydano wersję roboczą (tzw. draft version) trzeciej wersji HCR-20. Następnie, przed wydaniem oficjalnego wydania HCR-20<sup>V3</sup> przeprowadzono różnego rodzaju beta-testy, które miały na celu ocenę właściwości psychometrycznych nowej wersji narzędzia. Całość ewaluacji empirycznej obejmowała: 8 prób (5 sądowo-psychiatrycznych, 1 ogólnopsychiatryczną, 2 więzienne) z 6 krajów (Kanada, Holandia, Norwegia, Szwecja, Wlk. Brytania – Anglia i Walia, Stany Zjednoczone) na próbie 782 osób badanych. Badania zgodności ocen dotyczyły 4 prób badawczych (Douglas i Belfrage, 2014; Strub i Douglas, 2009; de Vries Robbé, de Vogel i Douglas, 2013; Doyle i in., 2014). Badania te wykazały generalnie doskonałą<sup>1</sup>/prawie doskonałą<sup>2</sup> zgodność pomiędzy oceniającymi dla sumy ocen obecności poszczególnych czynników ryzyka (wartości ICC wyniosły między 0.92 a 0.94), Wartości ICC dla oceny zgodności pomiędzy oceniającymi w ocenie skali H mieściły się w zakresie między dobrymi<sup>1</sup>/znaczącymi<sup>2</sup> a doskonałymi<sup>1</sup>/prawie doskonałymi<sup>2</sup> (pomiędzy 0.72 a 0.94). Wartości ICC dla skali C mieściły się w zakresie między dobrymi<sup>1</sup>/znaczącymi<sup>2</sup> a doskonałymi<sup>1</sup>/prawie doskonałymi<sup>2</sup> (między 0.69 a 0.90). Wartości ICC dla skali R mieściły się w zakresie od dobrych<sup>1</sup>/znaczących<sup>2</sup> do doskonałych<sup>1</sup>/prawie doskonałych<sup>2</sup> (pomiędzy 0.69 a 0.93). Ponadto, współczynniki kappa dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR) wahały się od 0.72 do 0.81 (Douglas i Belfrage, 2014; Douglas i in., 2013; Doyle i in., 2014; Kötter i in., 2014).

Dotychczas opublikowano co najmniej 17 oddzielnych doniesień dotyczących oceny zgodności pomiędzy oceniającymi w przypadku zastosowania oficjalnej wersji HCR-20<sup>V3</sup>. Dziesięć badań dotyczyło pacjentów sądowo-psychiatrycznych, siedem dotyczyło pacjentów ogólnopsychiatrycznych, sprawców w systemie penitencjarnym, populacji mieszanej (ogólnopsychiatrycznej i penitencjarnej) oraz osób, wobec których dokonywano oceny ryzyka przemocy w środowisku pracy. W przeprowadzanych badaniach dokonywano ocen zgodności dla wszystkich osób oceniających, dla pojedynczego oceniającego, ocen obecności i istotności czynników ryzyka, ocen zgodności zarówno dla poszczególnych czynników ryzyka, jak i sumarycznych wyników uzyskanych w poszczególnych skalach (H, C, R-wewnątrz instytucji, R-poza instytucją oraz sumarycznych ocen ryzyka (SRR) tj. oceny priorytetu przypadku, oceny ryzyka poważnej krzywdy fizycznej i oceny ryzyka bezpośredniej/bliskiej przemocy. W części badań uwzględniano podział na płeć. Nieliczne badania uwzględniały powtarzne pomiary, w tym pomiary przed rozpoczęciem leczenia, jak i po jego zakończeniu. Uzyskane wyniki zgodności ocen były co najmniej umiarkowane<sup>1,2</sup>, z przeważającymi wynikami wskazującymi na doskonałą<sup>1</sup>/prawie doskonałą<sup>2</sup> zgodność ocen (Douglas i Belfrage, 2014; Kötter i in., 2014;

Green i in., 2016; Cabeldue i in., 2018; Mastromanno i in., 2017; Penney, Simpson i Marshall, 2016; Hogan i Olver, 2016; Cook i in., 2018; Haag, Hogan i Cheng, 2017; Doyle i in., 2014; Coid, Kallis, Doyle, Shaw i Ullrich, 2015; de Vogel, van den Broek i de Vries Robbé, 2014; Smith i in., 2014; Sea i Bang, 2021; Persson, Belfrage, Fredriksson i Kristiansson, 2017; Chen i in., 2023; Douglas i Shaffer, 2021).

Polskie badanie rzetelności opierało się na porównaniu wyników oceny 32 przypadków przeprowadzonej przez 3 osoby. Dokonano porównania rzetelności wewnętrznej alfa Cronbacha ze zgodnością ocen. Wyniki zgodności ocen na poszczególnych podskalach wynosiły pomiędzy 0.82 - 0.93, co należy uznać za wynik bardzo dobry. Wyniki dla rzetelności wewnętrznej oscylowały pomiędzy 0.60- 0.80, co można ocenić jako wynik w przedziale dobrym a bardzo dobrym (Banasik, 2021).

Opisy poszczególnych badań dotyczących populacji sądowo-psychiatrycznej, populacji więziennej oraz populacji mieszanej (ogólnopsychiatrycznej i więziennej) wraz z wynikami przedstawiono przeprowadzonych analiz przedstawiono w Aneksie pracy w tabelach 1A (str. 351-353), 2A (s. 354) oraz 3A (s. 355).

Właściwości psychometryczne narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> badano również poza populacjami dla niego typowymi tj. psychiatrycznymi, psychiatryczno-sądowymi, czy też populacjami penitencjarnymi. Cawood (2017) przeprowadził badanie zgodności ocen, określając współczynnik korelacji wewnątrzklasowej ICC<sub>1</sub> dla 40 osób w środowisku pracy. Trzech doktorantów kodowało każdy przypadek na podstawie dokumentacji branżowej (np. w biznesie czy też w szkolnictwie wyższym). Wartość ICC<sub>1</sub> dla SRR (sumarycznych ocen ryzyka) wyniosła - 0.72. Na podstawie dotychczas przedstawionych badań dotyczących zgodności ocen należy określić tę właściwość psychometryczną narzędzia jako co najmniej akceptowalną. Większość wartości ICC<sub>1</sub> mieści się w zakresie 0.80 do 0.90 +, a większość wartości ICC<sub>2</sub> wynosi od 0.80 do 0.90. Wyniki opierają się na 17 próbach badawczych i 465 osobach badanych w różnych populacjach, z różnych krajów, badanych różnymi metodami, przez różne osoby oceniające. Dotychczasowe badania dotyczą ocen obecności, ocen istotności i sumarycznych ocen ryzyka (SRR; Douglas i Shaffer, 2021). Na podstawie dotychczasowego przeglądu badań można zatem wyraźnie wskazać, że narzędzie HCR-20<sup>V3</sup> jest narzędziem rzetelnym w kontekście zgodności pomiędzy oceniającymi (ang. interrater reliability). Odnosząc to do praktyki klinicznej można to zobrazować w następujący sposób: zastosowanie tego narzędzia przez niezależnych diagnostów w ocenie tego samego przypadku, zwiększa znacząco prawdopodobieństwo, że ocenią dany przypadek w podobny i spójny sposób i dojdą do



podobnych wniosków. Przegląd badań jednoznacznie wskazuje na to, że stosowanie narzędzia HCR-20 poprawia spójność i jednolitość przeprowadzanych ocen ryzyka.

### **2.5.2. Trafność diagnostyczna.**

Trafność diagnostyczna ma umiarkowane znaczenie w kontekście walidacji narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy. Celem stosowania tych narzędzi nie jest przewidywanie wyników innych narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy lub powiązanych narzędzi. Jednakże to, w jakim stopniu narzędzie HCR-20<sup>V3</sup> (lub inne narzędzie do oceny ryzyka przemocy) koreluje z narzędziami, które są związane z przemocą, stanowi pośrednie wsparcie dla ich rzetelności. W ramach trafności diagnostycznej należy wymienić a) badania dotyczące korelacji pomiędzy drugą a trzecią wersją HCR-20 (Bjørkly, Eidhammer i Selmer, 2014; de Vogel, V., van den Broek i de Vries Robbé, 2014; Douglas i Belfrage, 2014; de Vogel, Bruggeman i Lancel, 2019; Strub, Douglas i Nichols, 2014), które wykazały co najmniej znaczące wartości korelacji i trafności diagnostycznej pomiędzy obiema wersjami narzędzia. Zakres korelacji HCR-20<sup>V3</sup> między całkowitymi wynikami wersji 2. i wersji 3. w przypadku stosowania obu wersji przez tę samą osobę oceniającą wynosi od 0.85 do 0.94. Dla poszczególnych skal zakres korelacji wynosi od 0.83 do 0.89 (skala H), od 0.76 do 0.90 (skala C) i od 0.81 do 0.89 (skala R-poza instytucją). Sumaryczne oceny ryzyka (SRR) są również silnie skorelowane (zakres korelacji w jednym badaniu wynosił od 0.67 do 0.75, a w innym badaniu 0.98). W dwóch badaniach, w których narzędzie było stosowane przez różne osoby oceniające, wyniki korelacji były niższe, choć wciąż znaczące. Generalnie, uzyskane wyniki wskazują na znaczne nakładanie się treściowe czynników ryzyka. Pomimo tego, że autorzy HCR-20 dokonali pewnych zmian w zakresie czynników ryzyka, to wyniki badań wyraźnie wskazują, że istnieje spójność pomiędzy wersją 2. a wersją 3. HCR-20 w zakresie określenia poziomu ryzyka przemocy i identyfikacji konkretnych czynników ryzyka.

b) badania związków pomiędzy czynnikami ryzyka/skali w HCR-20<sup>V3</sup> a sumarycznymi ocenami ryzyka (SRR).

Howe, Rosenfeld, Foellmi, Stern i Rotter (2016), na podstawie badania przeprowadzonego na amerykańskiej próbie 64 pacjentów ogólnopsychiatrycznych stwierdzili, że oceny obecności 14 z 20 czynników ryzyka w HCR-20<sup>V3</sup> (w tym 4 z 5 zarówno dla Skali C, jak i R) było skorelowanych z sumarycznymi ocenami ryzyka (SRR) przyszłej przemocy/priorytetu przypadków, z zakresem  $r = 0.26$  do  $0.53$ . Nieliczne czynniki wykazywały korelację z sumarycznymi ocenami ryzyka (SRR), jednak potwierdzono 13 znaczących

interakcji. Wyniki tego badania potwierdzają, że czynniki ryzyka, które są zarówno obecne, jak i wysoce istotne najprawdopodobniej wpływają na ogólny osąd oceniających na temat ryzyka. Podobne ustalenia odnoszą się do sumarycznych ocen ryzyka (SRR) - ryzyka poważnej przemocy fizycznej i ryzyka bliskiej (bezpośredniej) przemocy.

W badaniu przeprowadzonym na próbie 84 mężczyzn z USA, osadzonych w areszcie na etapie przedprocesowym, Smith, Kelley, Rulseh, Sörman i Edens (2014) wykazali, że interakcja między ocenami obecności i istotności czynników ze skal C i R jest wysoce prognostyczna w odniesieniu do sumarycznych ocen ryzyka (SRR) dla przyszłej przemocy/priorytetu przypadku. W rzeczywistości, tylko wyniki interakcji pozwalały prognozować sumaryczne oceny ryzyka (SRR) we wszystkich przypadkach.

Szkockie badanie oparte na przeglądzie dokumentacji (Neil, O'Rourke, Ferreira i Flynn, 2020) 75 pacjentów sądowo-psychiatrycznych wykazało korelację pomiędzy skalami HCR-20<sup>V3</sup> a sumarycznymi ocenami ryzyka (zintegrowanymi ocenami ryzyka) sformułowanymi w oparciu o narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF. Korelacja dla skali C była znacząca (0.68), umiarkowana dla skali R (0.52) oraz wyniku całkowitego (0.44). Korelacja dla skali H była niska i ujemna (-0.21). Cheng, Haag i Olver (2019) poszukiwali z kolei odpowiedzi na pytanie o najsilniejsze predyktory sumarycznych ocen ryzyka (SRR) w grupie 32 pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Wyniki analizy regresji potwierdziły, że podskale w HCR-20<sup>V3</sup> silnie prognozują sumaryczne oceny ryzyka (SRR). Niemniej, dostrzeżono w tym obszarze różnice pomiędzy poszczególnymi oceniającymi. Dla ocen dokonanych przez dwóch z nich najbardziej prognostyczny był czynnik H2 (inne zachowania antyspołeczne), a dla ocen dwóch pozostałych oceniających najbardziej prognostyczne okazały się czynniki R1 (odpowiedź na leczenie i nadzór) oraz H9 (postawa akceptująca przemoc). W analizach brano pod uwagę, oprócz czynników ryzyka HCR-20 także rozmaite zmienne demograficzne i historyczne, takie jak: płeć, rasa, powaga przestępstwa kwalifikowanego i wiek popełnienia pierwszego czynu w stanie niepoczytalności. Zmienne te miały bardziej niespójne i słabsze powiązania z SRR niż podskale HCR-20<sup>V3</sup>.

Polskie badanie przeprowadzone przez Banasik i in. (2021) miało na celu wyłonienie najsilniejszych predyktorów oceny priorytetu przypadku w przyszłości przy zastosowaniu modelu regresji liniowej. Wyniki badania pozwoliły na określenie sześciu czynników, które w znaczący sposób wpływają na ocenę priorytetu przypadku. Najwyższy współczynnik standaryzowany beta uzyskano dla czynnika H1c – przemoc jako osoba dorosła ( $\beta = 0.345$ ). Następnie najwyższe współczynniki uzyskano dla czynnika R3 – wsparcie społeczne ( $\beta = 0.254$ ), czynnika C2 – wyobrażenia i zamiary dotyczące przemocy ( $\beta = 0.252$ ), czynnika R2 –

sytuacja życiowa ( $\beta = 0.25$ ) oraz czynnika C4c – niestabilność poznawcza ( $\beta = 0.212$ ). Współczynnik standaryzowany beta dla czynnika ryzyka H10 - odpowiedź na leczenie i nadzór - okazał się ujemny ( $\beta = -0.294$ ). Skala zarządzania ryzykiem miała największy udział procentowy w wyjaśnieniu całego modelu (21%), następnie skala historyczna (19,8%) oraz skala kliniczna (11,1%).

c) badania dotyczące związków HCR-20 z innymi narzędziami psychologicznymi, w tym narzędziami służącymi do oceny ryzyka przemocy i narzędziami służącymi do pomiaru cech psychopatycznych.

Przeprowadzono m.in. badanie związku HCR-20<sup>V3</sup> z narzędziem Level of Service – Revised (Persson i in., 2017), narzędziem Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF, Persson i in., 2017; Neil i in., 2019; Coid i in., 2015; de Vogel i in., 2019), narzędziem Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Hogan i Olver, 2016, 2019). Badano związki z narzędziami specyficznymi służącymi do ocen ryzyka przemocy, takimi jak Hamilton Anatomy of Risk Management: Forensic Version (HARM-FV, Chaimowitz i Mamak, 2011; Cook i in., 2018), Violence Risk Scale (VRS, Hogan i Olver, 2016; Hogan, Olver, 2019); Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R; Hogan i Olver, 2016; Hogan i Olver, 2019), DUNDRUM Quartet (Adams, Thomas, Mackinnon i Eggleton, 2018; aktuarialnym narzędziem Classification of Violence Risk (COVR, Persson i in., 2017); narzędziem Female Additional Manual (FAM; de Vogel i in., 2014). Inną grupą narzędzi, którą analizowano w kontekście trafności diagnostycznej są narzędzia służące do pomiaru psychopatii. Stanowią one często integralną część oceny ryzyka przemocy, ponieważ istnieją silne związki pomiędzy psychopatią a ryzykiem. Trzy badania dotyczyły związku pomiędzy HCR-20<sup>V3</sup> a zrewidowaną wersją Skali Psychopatii Robert'a Hare (PCL-R; de Vogel i in., 2019; Hogan i Olver, 2016; Sea i Bang, 2021). Jedno badanie (Hogan i Olver, 2016) dotyczyło związku HCR-20<sup>V3</sup> z narzędziem Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP).

Wyniki ww. badań wskazują, że narzędzie HCR-20<sup>V3</sup> jest silnie powiązane z innymi narzędziami. Powiązania mają wyraźny sens pojęciowy np. pozycje dynamiczne w HCR-20 są silnie skorelowane z dynamicznymi czynnikami innych narzędzi. Są też ujemnie skorelowane z czynnikami ochronnymi i mocnymi stronami/zasobami. HCR-20 jest również silnie powiązane koncepcyjnie z narzędziami służącymi do pomiaru cech psychopatycznych (Douglas i Shaffer, 2021).

Podsumowując, w ramach badań dotyczących trafności diagnostycznej narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> wykazano:

a) silne powiązania pomiędzy drugą i trzecią wersją narzędzia, co wskazuje na osiągnięcie jednego z głównych celów rewizji narzędzia tj. zachowania ciągłości koncepcji. Istnieje silna spójność pomiędzy obiema wersjami narzędzia w zakresie określenia poziomu ryzyka przemocy i identyfikacji kluczowych czynników ryzyka u osoby badanej. Badania potwierdzające zachowanie oryginalnej koncepcji narzędzia korespondują z kolejnym celem rewizji tj. poprawą użyteczności klinicznej w praktycznym zastosowaniu. Wyniki badań przeprowadzonych w Holandii (de Vogel i in., 2014), w Wielkiej Brytanii (Hopton i in., 2018), w Szwecji (Belfrage, 2015), w Norwegii (Bjørkly i in., 2014) i USA (Cabeldue i in., 2018) sugerują, że narzędzie to jest postrzegane przez praktykujących klinicystów jako użyteczne, wspomagające proces tworzenia konceptualizacji ryzyka przemocy, a także proces planowania leczenia. Ponadto, wzmacnia ono zaangażowanie kluczowych podmiotów zaangażowanych w proces leczenia pacjenta, a także wspomaga proces komunikowania kluczowych decyzji kliniczno-prawnych.

b) silne powiązania pomiędzy poszczególnymi czynnikami ryzyka i poszczególnymi skalami a sumarycznymi ocenami ryzyka (SRR). W praktyce oznacza to, że sumaryczne oceny ryzyka (SRR), formułowane przez diagnostów w celu ułatwienia przekazywania wniosków dotyczących poziomu zagrożenia oraz określenia potrzeb w zakresie zarządzania ryzykiem, opierają się wyraźnie na ocenie poszczególnych czynników ryzyka.

c) silne powiązania narzędzia HCR-20<sup>v3</sup> z narzędziami psychologicznymi, zwłaszcza z narzędziami służącymi do pomiaru ryzyka przemocy oraz pomiaru cech psychopatycznych. Istotne korelacje z innymi rzetelnymi narzędziami, które są związane z przemocą, w co najmniej pośredni sposób potwierdzają to, że HCR-20<sup>v3</sup> jest rzetelnym narzędziem.

### **2.5.3. Trafność prognostyczna.**

Jednym z najważniejszych parametrów weryfikacji właściwości psychometrycznych narzędzi służących do szacowania ryzyka przemocy jest ocena trafności prognostycznej. W przypadku HCR-20<sup>v3</sup> oznacza to weryfikację, czy a) oceny obecności i istotności czynników ryzyka są powiązane z przyszłą przemocą, b) czy sumaryczne oceny ryzyka (SRR) są powiązane z przyszłą przemocą i c) czy sumaryczne oceny ryzyka (SRR) poprawiają trafność prognostyczną ocen obecności i istotności czynników ryzyka.

Najbardziej powszechnie stosowaną metodą statystyczną w ocenie trafności prognostycznej narzędzi z nurtu SPJ są tzw. analizy ROC (ang. Receiver Operating Characteristics), za pomocą których określa się tzw. Pole Poniżej Krzywej (ang. Area Under

Curve, skrót AUC). Pole Poniżej Krzywej (AUC) można interpretować jako prawdopodobieństwo, że losowo wybrany badany będzie miał więcej lub mniej punktów w narzędziu ryzyka lub w narzędziu dotyczącym czynników ochronnych (de Vogel i in., 2012). Dowody trafności prognostycznej zbierano w badaniach z udziałem populacji sądowo-psychiatrycznej, ogólnopsychiatrycznej i penitencjarnej. Trafność analizowano zarówno w zakresie prognozy ryzyka w warunkach pozainstytucjonalnych (po wypisie z oddziału), jak i w trakcie pobytu w instytucji. Zebrano dane dotyczące sprawców z wielu krajów, m.in. Australii, Kanady, Chin, Holandii, Szkocji, Szwecji, Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) oraz Stanów Zjednoczonych. Trafność prognostyczna dwóch ostatnich wersji HCR (HCR-20 V2 i V3) kształtuje się na podobnym poziomie. Wyniki badań potwierdzają wysoką moc prognostyczną czynników ryzyka HCR-20<sup>V3</sup>, z zastrzeżeniem, że wyniki w skali C i w skali R są silniej powiązane z przemocą wewnątrz instytucji i przemocą krótkoterminową niż przemocą po zwolnieniu z instytucji i przemocą długoterminową. Zgromadzono również dane świadczące o tym, że ocena istotności czynników ryzyka zwiększa trafność prognostyczną narzędzia w porównaniu z oceną jedynie ich obecności. Zebrane dane potwierdzają zarówno to, że sformułowane przez klinicystę końcowe wnioski w postaci sumarycznych ocen ryzyka (SRR) są powiązane z przyszłą przemocą, jak i to, że poprawiają one trafność prognostyczną ocen poszczególnych czynników ryzyka i ich kombinacji (tzw. przyrostową trafność prognostyczną). Wyniki kilku badań (Hogan i Olver, 2016; Hogan i Olver, 2019; Penney, 2016; Coid i in., 2015; Mastromanno i in., 2018) wskazują, że dzięki zastosowaniu skali C i R można uchwycić zmianę i że ta zmiana jest predyktorem późniejszej przemocy, potwierdzając tym samym dynamiczną trafność prognostyczną narzędzia. Penney (2016) w badaniu pacjentów sądowych zwalnianych do środowiska, wykazała korzystne zmiany w skalach C i R wraz z upływem czasu u osób, których wynik na skali H był powyżej mediany (tj. u osób, które były obciążone większą ilością historycznych czynników ryzyka przemocy). Nie ma wielu danych wskazujących na to, że na trafność prognostyczną HCR-20<sup>V3</sup> wpływają płeć osób badanych lub środowisko, w którym przeprowadzane są badania. Podsumowanie badań dotyczących trafności prognostycznej HCR-20<sup>V3</sup> po zwolnieniu do środowiska przedstawiono w Aneksie w Tabeli 4A (Penney i in., 2016; Hogan i Olver, 2019; Doyle i in., 2014, Coid i in., 2015; de Vogel i in. 2014; de Vogel i in., 2019; Persson i in., 2017; Mastromanno i in., 2018; Douglas i Shaffer, 2021; str. 356-357).

Podsumowanie badań dotyczących trafności prognostycznej HCR-20<sup>V3</sup> w kontekście wystąpienia przemocy, po zwolnieniu do środowiska z oddziałów psychiatrycznych i zakładów

karnych przedstawiono w Aneksie w Tabeli 5A (Strub i in., 2014; Chen i in., 2023; Brookstein, Daffern, Ogloff, Campbell i Chu, 2020; Douglas i Shaffer, 2021; str. 358-359).

Opublikowano cztery badania na temat związku między HCR-20<sup>V3</sup> a przemocą w trakcie pobytu w oddziałach sądowo-psychiatrycznych: jedno badanie z Kanady (Hogan i Olver, 2016), jedno w USA (Green i in., 2016) i dwa w Szkocji (Neil i in., 2020; Smith i in., 2020). Podsumowanie tych badań wraz ich szczegółowym opisem przedstawiono w Aneksie w Tabeli 6A (str. 360)

#### **2.5.4. Dynamiczne aspekty związane ze stosowaniem HCR-20<sup>V3</sup>.**

Jednym z podstawowych założeń HCR-20<sup>V3</sup> i modelu SPJ jest to, że dzięki dynamicznym czynnikom ryzyka można uchwycić zmiany w nasileniu ryzyka wraz z upływem czasu. W związku z tym założeniem można spodziewać się, że przed wystąpieniem przemocy doszło do dynamicznych zmian w poszczególnych czynnikach ryzyka. Definicję dynamicznego czynnika ryzyka, który przyczynia się do wystąpienia przemocy zaproponowali Douglas i Skeem (2005), wskazując, że dynamiczny czynnik ryzyka a) poprzedza i zwiększa prawdopodobieństwo przemocy, b) zmienia się spontanicznie lub poprzez interwencję oraz c) zmiana w jego zakresie może być predyktorem wystąpienia przemocy.

Dotychczasowa baza badań związanych z monitorowaniem zmian w poziomie ryzyka wraz z upływem czasem, z uwzględnieniem wielokrotnych pomiarów i ewentualnego związku tych zmian z wystąpieniem przemocy, jest niewielka. Większość z tych badań, uwzględniających dynamikę zmian w czynnikach ryzyka, zrealizowano z użyciem drugiej wersji HCR-20.

Douglas i Belfrage (2001) dokonali analizy zmian w dwóch okresach w grupie pacjentów ogólnopsychiatrycznych i sądowych z Kanady i Szwecji. Odnotowali dużą poprawę (spadki wyników), choć z istotną różnicą pomiędzy obiema grupami. Pacjenci ogólnopsychiatryczni wykazywali większą poprawę. Przeprowadzono kodowanie czynników ze skali klinicznej (C) u 193 pacjentów ogólnopsychiatrycznych, zarówno przy przyjęciu jak i w trakcie wypisu z instytucji. Średni całkowity wynik w skali klinicznej (C) spadł z 7 (maks. wynik w skali C – 10) do ok. 4. Odsetek pacjentów, którzy uzyskali wynik w zakresie 8-10 spadł z 48% do 3%. Spadki w indywidualnych czynnikach ryzyka były współmierne do spadków wyniku ogólnego w poszczególnych skalach. W grupie pacjentów internowanych odnotowano podobne wyniki, jednak odnotowano mniejsze spadki w poszczególnych czynnikach ryzyka i w skalach (poprawa była mniejsza). W podgrupie 70 pacjentów z grupy wysokiego ryzyka w trakcie

długotrwałego leczenia, dynamiczne czynniki ryzyka ulegały zmianie, ale zakres tych zmian był bardziej umiarkowany. Nie odnotowano istotnych statystycznie zmian w Skali R – na zewnątrz (dla ocen pacjentów zwalnianych z instytucji).

Kolejne kompleksowe badania dotyczące zmian w ryzyku wraz z upływem czasu zostały przeprowadzone z użyciem drugiej wersji HCR-20 przez Belfrage i Douglasa (2002). W badaniu 150 pacjentów poddanych leczeniu w oddziałach o maksymalnym stopniu zabezpieczenia w ramach internacji sądowo-psychiatrycznej wyodrębniono 3 grupy ze względu na czas hospitalizacji – grupę 1. (0-12 miesięcy), grupę 2. (13-24 miesięcy), oraz grupę 3. (powyżej 25 miesięcy). Badanie wykazało istotne statystycznie zmiany w nasileniu ryzyka przemocy zarówno w skali C i R pomiędzy pierwszą a trzecią grupą. Oznacza to, że im dłużej trwała hospitalizacja, tym niższe były wyniki w obu skalach. Wyniki badania wskazują na to, że większa poprawa zachodzi w czynnikach w skali R, co może wskazywać na to, że dłuższa internacja sprzyja tworzeniu konstruktywnych planów na przyszłość.

Podobną tendencję odnotowali Sheldon i Galagher (2010) w badaniu internowanych pacjentów w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia, prezentujących głębokie zaburzenia osobowości. Wykazano, że im dłuższy był pobyt pacjenta w instytucji, tym niższe wyniki uzyskiwał w skalach dynamicznych (C i R), przy braku istotnych zmian w skali historycznej (H). Pobyt w instytucji wiąże się jednak z bardzo powolną poprawą (redukcja wyników w skali C i R w HCR-20 średnio o 0,05 punktów miesięcznie).

Poprawę w zakresie czynników ryzyka w skalach C i R potwierdziło badanie przeprowadzone przez Müller-Isbernera, Webstera i Gretenkorda (2007) w populacji niemieckich pacjentów umieszczonych na internacji sądowo-psychiatrycznej. Stwierdzili oni m.in. związek pomiędzy ustalonym wewnątrz szpitala 9-stopniowym systemem zabezpieczania stosowanym wobec pacjentów a zmianami zachodzącymi w skal C i R.

W badaniu przeprowadzonym na grupie szwedzkich pacjentów przebywających w systemie psychiatrii sądowej w latach 1997-2009 (Olsson i in., 2013) wykazano, że większość z dynamicznych czynników ryzyka ulega poprawie wraz z upływem czasu, zarówno w perspektywie krótkoterminowej, jak i długoterminowej. Wyniki badania wskazały na dwa czynniki ryzyka (R5 - stres i radzenie sobie ze stresem oraz R3 - brak wsparcia społecznego), które wykazują szczególny brak podatności na zmianę. Większy okres czasu jest wymagany do osiągnięcia zmian w takich klinicznych czynnikach ryzyka jak: C1 - brak wglądu, C5 - brak odpowiedzi na leczenie, C4 - impulsywność oraz C3- aktywne objawy zaburzeń psychicznych. U osób, które nie wykazują cech psychopatycznych, odnotowano większą poprawę w zakresie oceny skal R (zarządzania ryzykiem) w przypadku oceny w kontekście zwolnienia z instytucji.

Morrissey, Beeley i Milton (2014) w badaniu podłużnym przeprowadzonym na dużej populacji pacjentów określonych mianem wysokiego ryzyka, umieszczonych w brytyjskim systemie psychiatrii sądowej, stwierdzili bardzo małe zmiany w dynamicznych czynnikach ryzyka na przestrzeni ponad 5-letniego leczenia (średnia poprawa co roku wynosiła mniej niż 1%). Autorzy poddali pod dyskusję użyteczność kliniczną drugiej wersji HCR-20 w pomiarze zachodzących zmian w ryzyku przemocy u pacjentów z grup wysokiego ryzyka.

Podobnie niewielkie i powolne zmiany w dynamicznych czynnikach ryzyka w trakcie leczenia stwierdzili O'Shea i Dickens (2015). Badaniem objęto 480 pacjentów umieszczonych w oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, w którym przeprowadzono od 2 do 4 pomiarów na przestrzeni 17 miesięcy. Wykazano, że jedynie wyniki uzyskane w skali klinicznej (skala C) znacząco zmniejszały się w powtarzanych pomiarach, podobnie jak poszczególne czynniki ryzyka w skali C. Nie stwierdzono istotnych zmian w pozostałych skalach i poszczególnych czynnikach ryzyka wchodzących w skład tych skal. Autorzy badania wskazywali, że wyniki badań sugerują, że funkcjonowanie kliniczne poprawia się w trakcie internacji, ale nie dochodzi do zmian w zakresie zdolności przystosowania się do warunków instytucji i zdolności radzenia sobie ze stresem. Sugerują tym samym, że jedynie zmiany zachodzące w skali C mogą być dynamicznym wskaźnikiem zmian w trakcie leczenia. Wyniki badania potwierdziły względnie statyczny charakter czynników ryzyka w skali historycznej (H). Odnotowano jednak niewielkie, ale istotnie statystycznie zmiany, które mogą sugerować, że czynniki ryzyka ze skali H nie są tak niezmiennie jak dotychczas zakładano.

Podobnych wniosków co do podatności na zmiany tzw. dynamicznych czynników ryzyka przynoszą wyniki badań z użyciem holenderskiego narzędzia służącego do oceny ryzyka przemocy HKT-R (De Jonge, Nijman i Lammers, 2009; Janković, van Boxtel, Masthoff, Caluwé i Bogaerts, 2011; Van der Linde i in., 2020).

Pojedyncze badania dotyczyły zmian zachodzących w dynamicznych pozycjach i możliwości prognozowania wystąpienia przemocy za pomocą tych zmian. Douglas, Strand i Belfrage (2011) na podstawie czterech okresów pomiarowych potwierdzili, że zmiany zachodzące w skali C pomiędzy pierwszym a drugim okresem pomiaru, są prognostykiem wystąpienia przemocy po drugim pomiarze. Zmiany w dynamicznych czynnikach ryzyka zaobserwowane w dwóch kluczowych okresach pomiarowych tj. przed rozpoczęciem leczenia i po zakończeniu leczenia, okazały się istotnie powiązane z ponowieniem przemocy w warunkach poza instytucją.



Michel i in. (2013) w badaniu obejmującym cztery okresy pomiarowe z interwałem 6-miesięcznym, wykazali, że zmiany zachodzące w ponad połowie czynników dynamicznych ze skali klinicznej i skali zarządzania ryzykiem oraz zmiany w wyniku całkowitym są istotnie związane ze zmianami prawdopodobieństwa wystąpienia przemocy w przyszłości. Czynnikiem klinicznym (skala C), których zmiany zwiększały prawdopodobieństwo przemocy były: C2 - negatywne postawy, C4 – impulsywność, C5 – brak odpowiedzi na leczenie. Czynnikiem zarządzania ryzykiem (skala R), w których zmiany zwiększały prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy były R1 – mało realistyczne plany, R3- brak wsparcia osobistego, R4 – brak współpracy w trakcie leczenia.

Baza badań dotyczących zmian w dynamicznych czynnikach ryzyka z użyciem najnowszej, trzeciej części HCR-20, jest także niewielka. Dwa badania Hogana i Olvera (2016, 2019) na tej samej grupie - jedno w trakcie pobytu w oddziale psychiatrii sądowej, a drugie po wypisaniu ze szpitala, dostarczyły danych potwierdzających dynamiczną trafność prognostyczną HCR-20<sup>V3</sup>. Oceny obecności i istotności czynników ryzyka na skalach C i R znacząco spadły na przestrzeni czasu od przyjęcia do szpitala do zakończenia leczenia. Co więcej, w obu badaniach zmiany zarówno w ocenach obecności, jak i istotności skal C i R zwiększały trafność przewidywań wystąpienia przemocy w oparciu o wyjściowe wyniki HCR-20<sup>V3</sup>, z wyjątkiem jednej analizy (zmiany w skali R w zakresie ocen obecności w przypadku prognozowania przemocy w szpitalach).

W badaniu przeprowadzonym na grupie 108 holenderskich pacjentów umieszczonych w systemie psychiatrii sądowej wykazano, że zmiany zachodzące w skali R i w wyniku całkowitym były istotnie powiązane z redukcją przemocy w perspektywie długoterminowej po zwolnieniu do środowiska (de Vries Robbé, de Vogel, Douglas i Nijman, 2015).

Coid i in. (2015) na podstawie badania uwzględniającego wiele okresów pomiarowych stwierdzili, że większość zmian w czynnikach ryzyka w skalach C i R jest prognostyczna w kontekście wystąpienia przemocy w 6-miesięcznym okresie. Trzy dynamiczne czynniki HCR-20<sup>V3</sup> (C2 -Wyobrażenia i zamiary dotyczące przemocy; C4- Niestabilność i R5 - Stres/Radzenie sobie) były jednoznacznie związane z przemocą.

Na podstawie badania przeprowadzonego na grupie 87 pacjentów sądowo-psychiatrycznych zwalnianych ze szpitala, Penney i in. (2016) podali, że wyniki w skali C i R spadały wraz upływem czasu u tych pacjentów, których wyniki były powyżej mediany w skali H (historycznej). Stwierdzili ponadto, w trakcie badania kontrolnego, niski poziom ryzyka u znacznie większej ilości pacjentów niż w trakcie pierwszego badania (38% vs 18%). W trakcie badania kontrolnego u mniejszej liczby pacjentów niż w trakcie pierwszego badania

stwierdzono umiarkowane ryzyko wystąpienia przemocy (76% vs 54%). Zachodzące zmiany w skalach C i R były istotnym prognostykiem, zarówno wystąpienia przemocy w przyszłości, jak i ponownej hospitalizacji. Zmiany te zwiększały trafność prognostyczną wynikającą z analizy skali historycznej (H).

Mastromanno i in. (2018) dokonali analizy zmian zachodzących w czynnikach ryzyka na skalach C i R w dwóch przedziałach czasowych: w pierwszych dwóch miesiącach leczenia i w dwóch ostatnich miesiącach leczenia. Grupa badanych obejmowała 40 pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej. Stwierdzono, że wraz upływem czasu zachodzą znaczące zmiany w czynnikach ryzyka na skalach C i R, przy czym: w skali C odnotowano poprawę, a w skali R – pogorszenie. Nie stwierdzono jednak związku pomiędzy tymi zmianami a wystąpieniem przemocy w przyszłości.

Podsumowując, dotychczasowe wyniki wszystkich udostępnionych badań wskazują na zmiany zachodzące w dynamicznych czynnikach ryzyka ze skali C (klinicznej) i skali R (zarządzania ryzykiem). Jedno z badań (Penney, 2016) wskazuje na związek pomiędzy zmianami w dynamicznych czynnikach ryzyka a wyjściowo wysokimi wynikami w skali H (historycznej). Wyniki niemal wszystkich badań wskazują również na związek pomiędzy zmianami dynamicznych czynników ryzyka ze skali C i R a wystąpieniem przemocy w przyszłości. W jednym z badań (Mastronnammo, 2018) takiego związku nie stwierdzono, ale istotnym ograniczeniem tego badania jest mała grupa badanych, fakt kodowania przypadku jedynie w oparciu o dokumentację bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem oraz bardzo długi okres obserwacji.

## **2.6. Koncepcja czynników ochronnych – narzędzie SAPROF (The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk, de Vogel i in., 2009, 2012).**

W tym podrozdziale opisano szerzej narzędzie SAPROF (de Vogel i in., 2009, 2012) ze względu na to, że jest to jedno z kluczowych narzędzi zastosowanych w części metodologicznej pracy doktorskiej. Jest to ponadto jedno z najważniejszych narzędzi z nurtu SPJ - jako jedyne w sposób wyłączny ukierunkowane na ocenę tzw. czynników ochronnych (mocnych stron, zasobów) u osoby badanej. Jego wydanie było swoistym przełomem w myśleniu o ustrukturyzowanej ocenie i zarządzaniu ryzykiem przemocy, polegającym na przeniesieniu akcentu z szacowania poziomu ryzyka na zarządzanie ryzykiem. Wynik wnioskowania z użyciem narzędzia SAPROF służy bowiem do tworzenia metod zarządzania, planów terapeutycznych, programów resocjalizacyjnych, metod oddziaływania itp.

### **2.6.1. Pojęcie czynników ochronnych.**

Pojęcie czynników ochronnych funkcjonuje w koncepcjach psychologicznych od dłuższego czasu, poza kontekstem sądowym, przede wszystkim w koncepcjach psychopatologicznych dotyczących złożonego, interakcyjnego i wieloaspektowego mechanizmu powstawania zaburzeń psychicznych (Nowakowski i Banasik, 2017). Koncepcję czynników ochronnych można odnaleźć m.in. w modelach stresu (model stres-podatność), czy też w pojęciu rezyliencji (określanej także jako prężność). Pojęcie rezyliencji wiąże się z procesami i mechanizmami, warunkującymi prawidłowe funkcjonowanie człowieka pomimo doświadczania trudności, utrat, podatności na zagrożenia, czynników ryzyka, krzywd, doświadczeń traumatycznych czy innych zagrożeń rozwojowych. Można zatem sprowadzić pojęcie rezyliencji do zdolności do pozytywnej dynamicznej adaptacji pomimo niesprzyjających doświadczeń i okoliczności. Prężność wyraża się w poszukiwaniu nowych doświadczeń i podejmowaniu różnorodnych aktywności oraz uruchamiania skutecznych strategii radzenia sobie z problemami (por. Wysocka, 2012; Ogińska-Bulik, 2015, Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Koncepcja czynników ochronnych w psychiatrii i psychologii sądowej, w tym prognozowaniu ryzyka przemocy, pozostaje niejasna. Przed wyraźnym wyodrębnieniem tego pojęcia w postaci narzędzia dedykowanego do pomiaru tego konstruktu tj. narzędzia SAPROF, odwoływano się do czynników ochronnych w takich narzędziach służących do oceny ryzyka przemocy jak the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls i Middleton, 2004; Webster, Martin, Brink, Nicholls i Desmarais, 2009), Inventory of Offender Risk, Need and Strength (IORNS; Miller, 2006) oraz Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; Bartel, Borum i Forth, 2000). To ostatnie narzędzie służące do oceny ryzyka przemocy osób młodocianych dość kompleksowo wprowadza sześć czynników o działaniu ochronnym:

1. Zaangażowanie prospołeczne,
2. Silne wsparcie społeczne,
3. Silne przywiązanie i więzi,
4. Pozytywny stosunek do terapii i autorytetów,
5. Silne zaangażowanie w sprawy szkolne,
6. Odporność jako cecha osobowości.

Część autorów postrzega czynnik ochronny wyłącznie jako stan, w którym występuje brak czynnika ryzyka (Costa, Jessor i Turbin, 1999) albo ujmuje czynnik ochronny jako przeciwstawny biegun zmiennej ryzyka (Hawkins, Catalano i Miller, 1992; Webster i in.,

2004). Inni przyjmują założenie, że istnieją czynniki ochronne bez odpowiadających im czynników ryzyka (Farrington i Loeber, 2000). W różny sposób wyjaśniany jest również mechanizm działania czynników ochronnych (de Vogel, de Vries Robbé, de Ruiter i Bouman, 2011). Lösel i Farrington (2012) wyodrębniają czynniki ochronne o a) bezpośrednim działaniu i b) działaniu buforującym. W pierwszym przypadku samo działanie czynnika ochronnego prowadzi do redukcji ryzyka przemocy, podczas gdy w drugim przypadku ryzyko jest wynikiem wzajemnej interakcji pomiędzy czynnikami ryzyka a czynnikami ochronnymi. W tym ujęciu ryzyko wystąpienia zachowań przemocowych rośnie liniowo w zależności od nasilenia czynnika ryzyka, przy jednoczesnych deficytach w zakresie czynnika ochronnego (Nowakowski i Banasik, 2017). Fitzpatrick (1997) przedstawił model teoretyczny, w którym czynniki ochronne redukują negatywny wpływ czynników ryzyka, działając jako a) mediatorzy i b) bufory. W przypadku mediatorów mamy do czynienia z bezpośrednim oddziaływaniem czynników ryzyka na zachowania związane z przemocą i mechanizmy ochronne. W przypadku modelu buforowego czynnik ryzyka ma jedynie negatywny wpływ, gdy czynnik ochronny nie jest obecny. Oznacza to w praktyce, że nawet pomimo występowania czynników ryzyka, czynniki ochronne potencjalnie redukują ryzyko wystąpienia przemocy. W tym ujęciu czynniki ochronne są ogniwnem pośrednim pomiędzy czynnikami ryzyka a zachowaniami przemocowymi (Nowakowski i Banasik, 2017). Pomimo różnej konceptualizacji samego pojęcia „czynników ochronnych”, a także mechanizmów ich działania, od kilkunastu lat w środowisku kliniczno-sądowym panuje dość powszechna zgoda, że ocena czynników ochronnych jest elementem bardziej zrównoważonej i wieloaspektowej oceny ryzyka przemocy (de Vogel i in., 2011; de Vogel, de Ruiter, Bouman i de Vries Robbé, 2012; Kashiwagi, Kikuchi, Koyama, Saito i Hirabayashi, 2018). Narzędzia Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF; de Vogel i in., 2009, 2012) jest pierwszym narzędziem skonstruowanym do użytku klinicznego, które w tak kompleksowy kładzie nacisk na ocenę czynników ochronnych w kontekście ryzyka przemocy.

### **2.6.2. Opis narzędzia SAPROF i procedura stosowania.**

The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF; de Vogel i in., 2009, 2012), czyli wytyczne do oceny czynników ochronnych w kontekście przemocy – stanowią listę kontrolną (tzw. „checklistę”), która nadaje strukturę badaniu przeprowadzonemu przez specjalistę. Jest to jedyne narzędzie powstałe w nurcie SPJ, które koncentruje się wyłącznie na czynnikach ochronnych (zasobach, mocnych stronach). Powstało ono w

odpowiedzi na oczekiwania specjalistów ochrony zdrowia psychicznego, którzy wskazywali na potrzebę uwzględnienia w procedurze oceny ryzyka przemocy – mocnych stron osoby badanej. Ocena ryzyka przemocy wprowadziła uwzględnienie równoważący wpływ pozytywnych czynników, które mogą kompensować szkodliwy wpływ czynników ryzyka, jednak przez długi czas nie poświęcano temu aspektowi zbyt wiele uwagi (de Ruiter i Nicholls, 2011; O’Shea i Dickens, 2016). SAPROF opracowano w klinice psychiatrii sądowej (Van der Hoeven Kliniek) w Holandii w 2007 roku, z założeniem łącznego i komplementarnego stosowania z wytycznymi do oceny ryzyka, takimi jak HCR-20 (Webster i in., 1997).

W 2009 r. wydano anglojęzyczną wersję SAPROF, a w 2012 r. opublikowano drugą, poprawioną wersję narzędzia. W ciągu ostatnich 10 lat narzędzie stało się ugruntowanym elementem międzynarodowej praktyki w ocenie ryzyka przemocy. SAPROF przetłumaczono na 17 różnych języków. W 2016 r. narzędzie zostało przetłumaczone i wydane na język polski przez grupę klinicystów związanych ze Szpitalem dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim i Regionalnym Ośrodkiem Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim, w tym autora tej rozprawy doktorskiej (Gierowski, 2018; Welento-Nowacka, 2019). SAPROF jest aktualnie jednym z narzędzi rekomendowanych w europejskiej i polskiej praktyce psychiatrii sądowej (Heitzman i Markiewicz, 2017; Völlm i in., 2018; Heitzman i in., 2020).

Narzędzie-uwzględnia 17 czynników ochronnych, przyporządkowanych do trzech skal: 1. Czynniki wewnętrzne, 2. Czynniki związane z motywacją, 3. Czynniki zewnętrzne. Pełen zestaw czynników ochronnych został uwzględniony w Tabeli 2.7.

Pierwsze dwie pozycje mają charakter historyczny, statyczny, niepodatny na zmiany wraz z upływem czasu (1. Inteligencja, 2. Bezpieczne więzi w dzieciństwie). Pozostałe 15 pozycji ma charakter dynamiczny tj. zmienny wraz z upływem czasu i podlegający zmianom poprzez leczenie i inne odpowiednie interwencje. Pozycje dynamiczne podlegają ocenie w kontekście następnych 6 do maksymalnie 12 miesięcy. Tak jak w przypadku HCR-20, SAPROF może być stosowany w różnych kontekstach np. w przypadku zmiany stopnia zabezpieczenia, udzielenia przepustki poza teren szpitala, czy też zwolnienia z instytucji. Każdy z tych kontekstów będzie generował różne oceny przypisane do konkretnych czynników ochronnych. W związku z powyższym możliwa jest podwójna ocena dla każdego z 15 dynamicznych czynników, dla różnych proponowanych kontekstów.

Tabela 2.7. Czynniki ochronne w narzędziu SAPROF (na podstawie: de Vogel i in., 2012).

---

**Czynniki wewnętrzne**

1. Inteligencja
2. Bezpieczne więzi w dzieciństwie
3. Empatia
4. Radzenie sobie ze stresem
5. Samokontrola

**Czynniki związane z motywacją**

6. Praca
7. Zajęcia w czasie wolnym
8. Gospodarowanie pieniędzmi
9. Motywacja do leczenia
10. Postawa wobec instytucji
11. Cele życiowe
12. Farmakoterapia

**Czynniki zewnętrzne**

13. Sieć społeczna
14. Związek intymny
15. Opieka specjalistyczna
16. Sytuacja w miejscu zamieszkania
17. Kontrola zewnętrzna

Generalnie, wysokie wyniki wskazują na obecność ochrony w określonej domenie. W celu bardziej zniuansowanej oceny czynników ochronnych, osoba oceniająca ma możliwość oceny na 7-stopniowej skali (0,0+,1-,1,1+,2-,2). Oprócz oceny każdego z 17 czynników, osoba oceniająca wskazuje czynniki, które aktualnie w jej ocenie – najsilniej oddziałują ochronnie u osoby ocenianej tj. czynniki kluczowe (w arkuszu SAPROF określa się jako „Klucz”). Natomiast czynniki, które należy uwzględnić jako najbardziej istotne do zmiany i wykazujące taki potencjał w nadchodzących 6-12 miesiącach można oznaczyć jako „czynniki docelowe” (w arkuszu SAPROF określa się jako „Cel”). Zaleca się wskazywanie maksymalnie 4 czynników kluczowych i 4 czynników docelowych. Podobnie jak w przypadku narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> i innych pokrewnych narzędzi reprezentujących nurt SPJ, należy sformułować ocenę końcową. Ocena końcowa uwzględnia 3-stopniowy format odpowiedzi, odzwierciedlający poziom ochrony, jaki występuje u osoby ocenianej tj. w jakim stopniu – w opinii osoby oceniającej – czynniki ochronne redukują u osoby ocenianej ryzyko wystąpienia przemocy. Ocena „Niski” wskazuje, że oceniający sądzi, że istnieje niski poziom ochrony przed przemocą lub jej brak. „Umiarkowany” odnosi się do przeciętnego poziomu ochrony, zaś „Wysoki” wskazuje na wysoki poziom ochrony. Podobnie jak w przypadku narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> i innych pokrewnych narzędzi, końcowa ocena nie jest sumą poszczególnych czynników ochronnych, ale zależy od interpretacji, odpowiedniego wyważenia czynników ochronnych, a następnie ich

integracji. Podczas opracowania „końcowej oceny ochrony” (ochrony) należy uwzględnić pozycje krytyczne. W przypadku zastosowania na potrzeby kliniczne przydatne może okazać się odwołanie do 5-stopniowej skali w ocenie końcowej poziomu ochrony: 1. Niski, 2. Między niskim a umiarkowanym, 3. Umiarkowany, 4. Między Umiarkowanym a Wysokim, 5. Wysoki. Zastosowanie 5-stopniowej skali dotyczącej końcowej ochrony pozwala łatwiej uchwycić i opisać drobne różnice. W populacji sądowo-psychiatrycznej, w której zmiany zachodzą zazwyczaj bardzo powoli, możliwość wykazania małych zmian może okazać się przydatna i motywująca. Ponadto dotychczasowe badania wykazały większą trafność prognostyczną ocen końcowych sporządzonych w oparciu o 5-stopniową skalę niż o skalę 3-stopniową (de Vogel i in., 2011; de Vogel i in., 2012; de Vries Robbé, de Vogel i de Spa, 2011; de Vries Robbé, de Vogel i Veldhuizen, 2021). Końcowy etap oceny czynników ochronnych polega na sformułowaniu „zintegrowanej końcowej oceny ryzyka”. Stanowi ona integrację wyników SAPROF z wynikami uzyskanymi w narzędziu HCR-20 lub z wynikami pokrewnych narzędzi służących do oceny czynników ryzyka. Na tym etapie osoba oceniająca analizuje, interpretuje, a następnie integruje wyniki uzyskane za pomocą obu narzędzi. Osoba oceniająca musi połączyć i wyważyć czynniki ryzyka, czynniki ochronne oraz ich końcowe oceny w celu podjęcia decyzji w formie „zintegrowanej końcowej oceny ryzyka”, dotyczącej prawdopodobieństwa zachowań o charakterze przemocy. Zintegrowana końcowa ocena ryzyka powinna zostać sformułowana na okres najbliższego roku. Poza sformułowaniem końcowych ocen zaleca się opracowanie najbardziej prawdopodobnych scenariuszy ryzyka. Należy uwzględnić w nich kontekst, częstotliwość, długość trwania i możliwe ramy czasowe, w których przemoc może się pojawić, jak również określić potencjalne ofiary.

Autorzy narzędzia SAPROF – w trakcie jego użytkowania – rekomendują zastosowanie tzw. modelu konsensusowego. Oznacza to, że ocenę danego przypadku przeprowadza się grupowo, w zespole złożonym z badaczy i klinicystów. Wydaniu oceny towarzyszy szersza dyskusja w celu uzyskania konsensusu. Prowadzi to do zwiększenia dokładności oceny ryzyka recydywy. Ponadto, pozwala wykluczyć możliwy wpływ uprzedzeń na decyzję diagnostów oraz pozwala dokonać wzajemnej korekty, dzielić się informacjami, które nie są powszechnie dostępne, a także przedyskutować znaczenie pozycji i ewentualnych dodatkowych czynników ryzyka lub czynników ochronnych oraz strategii zarządzania ryzykiem (de Vogel i de Ruiters, 2006; de Vogel i in., 2012, de Vries Robbé i in., 2021).

### 2.6.3. Właściwości psychometryczne narzędzia – zgodność pomiędzy oceniającymi i trafność prognostyczna.

Od czasu opracowania narzędzia SAPROF i jego powszechnego wdrożenia w wielu krajach, opublikowano szereg badań pozwalających na jego walidację. Badania te przeprowadzono w różnych instytucjach (oddziały psychiatrii sądowej o różnym poziomie zabezpieczenia, leczenie ambulatoryjne, zakłady karne, areszty śledcze, oddziały ogólnopsychiatryczne) w różnych krajach (Irlandia, Wlk. Brytania, Kanada, Holandia, Japonia, Kanada, Szwecja i Niemcy) w różnych populacjach pacjentów (internowani w oddziałach psychiatrii sądowej, pacjenci zwalniani z oddziałów psychiatrii sądowej, pacjenci objęci środkiem zabezpieczającym poza instytucją, osadzeni w zakładach karnych, osadzeni w areszcie, osadzeni zwalniani z zakładów karnych, pacjenci z oddziałów ogólnopsychiatrycznych). Tak jak w przypadku HCR-20<sup>V3</sup> najbardziej istotnymi aspektami w walidacji narzędzia SAPROF był pomiary zgodności ocen i trafności prognostycznej. Badania, które przeprowadzono, obejmowały zarówno badania retrospektywne w oparciu o analizę dokumentacji, jak i prospektywne badania kliniczne. Podsumowując; średni współczynnik korelacji wewnątrzklasowej (ICC<sub>1</sub>, pojedynczy pomiar) dla całkowitego wyniku SAPROF wyniósł 0.82, co odnosząc się do ww. kryteriów ewaluacji badań dotyczących zgodności ocen wyszczególnionych przez Fleissa (1986) i Ladisa i Kocha (1977) wskazuje, że na doskonałą<sup>3</sup>/prawie doskonałą<sup>4</sup> zgodność pomiędzy oceniającymi. Wartości zgodności pomiędzy oceniającymi mieszczą się w zakresie pomiędzy dobrymi<sup>3</sup>/znaczącymi<sup>4</sup> a doskonałymi<sup>3</sup>/bardzo doskonałymi<sup>4</sup>. Aż w ośmiu z dziesięciu badań wykazano wartość zgodności ocen AUC powyżej 0.80, a w sześciu badaniach wykazano wartość zgodności ocen AUC równą lub większą niż 0.85. Oznacza to, że w przeważającej części wykazano doskonałą<sup>2</sup>/prawie doskonałą<sup>3</sup> zgodność pomiędzy oceniającymi. W części badań uwzględniono również pomiar zgodności ocen dla „końcowej oceny ochrony” (sześć badań, średnia ICC = 0.70) oraz „zintegrowanej końcowej oceny ryzyka” (cztery badania, średnia wartość ICC = 0.71). Są to wartości świadczące o dobrej<sup>2</sup>/znaczącej zgodności<sup>3</sup> ocen.

Odnosząc to do praktyki klinicznej - można to zobrazować to w następujący sposób: zastosowanie tego narzędzia przez niezależnych diagnostów w ocenie tego samego przypadku, zwiększa znacząco prawdopodobieństwo, że ocenią czynniki ochronne (mocne strony, zasoby)

---

<sup>3</sup> Według tych kryteriów wynik pojedynczego pomiaru miary ICC .75 i wyższe -jest „doskonały”, wyniki od 0.60 do 0.74 są „dobre”, między 0.40 a 0.59 „umiarkowane” i poniżej 0.40 „słabe”.

<sup>4</sup> Według tych kryteriów wartość ICC poniżej 0 to wynik „słaby”, od 0 do 0.20 to „nieznaczny”, od 0.21 do 0.40 to „dostateczny”, od 0.41 do 0.60 to wynik „umiarkowany”, od 0.61 do 0.80 to wynik „znaczący”, a od 0.81 do 1,0 to „prawie doskonały”.



w spójny sposób i dojdą do podobnych wniosków. Oznacza to również większe prawdopodobieństwo spójności ocen odnoszących się do ustalenia ochronnych czynników docelowych, nad którymi należy pracować w dalszych etapach leczenia, a tym samym do większej spójności w ustaleniu dalszych interwencji ukierunkowanych na poprawę określonych czynników ochronnych. Przegląd badań jednoznacznie wskazuje na to, że stosowanie narzędzia SAPROF poprawia spójność i jednolitość przeprowadzanych ocen ryzyka. Szczegółowy opis badań dotyczących zgodności ocen (interrater reliability) dokonywanych przy pomocy narzędzia SAPROF wraz wynikami został umieszczony w Aneksie w Tabeli 7A (Abidin i in., 2013; Coid i in., 2016; Coupland, 2015; de Vries Robbé i in., 2011; de Vries Robbé i in., 2015; Kashiwagi i in., 2018; Oziel, 2016; Persson i in., 2017; Turner i in., 2016; Viljoen i in., 2016; de Vries Robbé i in., 2021; str. 361-362).

Kolejnym kluczowym sprawdzianem właściwości psychometrycznych narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy jest pomiar trafności prognostycznej. Baza badań dotyczących trafności prognostycznej obejmuje 19 badań, z dziewięciu krajów, obejmujących różne okresy obserwacji osób badanych (od 1 miesiąca do 12 lat). Badania zostały przeprowadzone w różnych populacjach (sądowo-psychiatrycznej, więziennej, ogólnopsychiatrycznej, ambulatoryjnej), z podziałem na płeć, rodzaj psychopatologii, czy rodzaj przestępstw. Badania mają charakter retrospektywny lub prospektywny.

Szereg z tych badań nie skupia się jedynie na trafności prognostycznej ogólnego wyniku SAPROF, ale również trafności prognostycznej sumarycznych ocen ochrony, a także trafności prognostycznej dla połączonych ocen z użyciem narzędzia do oceny czynników ryzyka razem z narzędziem SAPROF. W pojedynczych badaniach dokonano również oceny trafności prognostycznej dla pojedynczych czynników ochronnych (Coid i in., 2016; Abidin i in., 2013)

Wskazują one na obiecującą trafność prognostyczną narzędzia SAPROF, w różnych kontekstach badawczych (m.in. przemoc ogólna, naruszenia instytucjonalne, samouszkodzenia, przemoc w trakcie nadzoru ambulatoryjnego, wyroki skazujące za przestępstwa związane z przejściem mienia, wyroki długoterminowe za poważne przestępstwa, wszelkie wyroki skazujące, recydywa przestępcza, pozytywne efekty nadzoru środowiskowego, akty przemocy w instytucji, akty przemocy poza instytucją, przemoc, decyzje komisji ds. środków zabezpieczających). Wyniki są dość spójne niezależnie od miejsca przeprowadzania badań i wielkości próby. Z wyników badań wynika jednoznacznie, że prognozy krótkoterminowe (1–12 miesięcy) cechuje wyższa trafność prognostyczna niż prognozy długoterminowe (powyżej 12 miesięcy). Niższa trafność prognoz długoterminowych wynika z różnorodnych zmian zachodzących w zakresie czynników dynamicznych w latach następujących po ocenie. Wyniki

części badań uwzględniających długi okres obserwacji wskazują na obiecujące wysokie wyniki AUC - sugerujące, że zmiany przeprowadzone w trakcie leczenia w zakresie czynników ochronnych mogą mieć utrzymujący się, długoterminowy efekt (de Vries Robbé i in., 2021; Burghart i in., 2023). W Aneksie do pracy, w Tabeli 8A przedstawiono wyniki analiz trafności prognostycznej przeprowadzonych w różnych próbach, z dziesięciu różnych krajów (Abbiati, Palix, Gasser i Moulin, 2019; Abidin i in., 2013; Coid i in., 2016; Coupland, 2015; Davoren i in., 2013; de Vries Robbé i in., 2011; de Vries Robbé, de Vogel i Douglas, 2013; de Vries Robbé, de Vogel, Koster i Bogaerts, 2015; de Vries Robbé, M., de Vogel, Wever, Douglas i Nijman, 2016; de Vries Robbé i in., 2019; Haines i in., 2018; Judges, 2016; Kashiwagi in., 2018; Oziel, 2016; Persson i in., 2017; Tozdan, Briken, Yoon i von Franqué, 2016; Turner i in., 2016; Viljoen i in., 2016; str. 363-366).

Część z tych badań dotyczyło również trafności przyrostowej narzędzia SAPROF w związku z użyciem innych narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy, w tym HCR-20<sup>V3</sup>. Trafność przyrostowa dotyczy bowiem stopnia, w jakim badane narzędzie dostarcza nowych informacji, których nie można uzyskać za pomocą innego narzędzia. Wyniki kilku badań dostarczają dowodów trafności przyrostowej czynników SAPROF w porównaniu z ocenami przeprowadzonymi z użyciem HCR-20 lub HCR-20<sup>V3</sup>. Nie potwierdzono znaczących wyników dla wszystkich ocenianych kontekstów i okresów obserwacji w większości badań. W wielu badaniach potwierdzono jednak przyrostową trafność krótkoterminowych (np. de Vries Robbé i in., 2011; Kashiwagi i in., 2018; Judges, 2016) lub długoterminowych (np. de Vries Robbé i in., 2015; Coupland, 2015) prognoz przemocy. Część z tych badań dotyczyła trafności przyrostowej dla specyficznych rodzajów prognoz takich jak np. agresja werbalna (Viljoen i in., 2016), łamanie zasad wewnątrz instytucji (Oziel, 2016), pozytywne rezultaty uzyskane w trakcie realizacji nadzoru środowiskowego (Coupland, 2015). Odnotowano również istotny wzrost trafności narzędzia SAPROF w przypadku zastosowania go łącznie z narzędziem służącym do oceny ryzyka przemocy seksualnej SVR-20 (de Vries Robbé i in., 2015b). Oprócz trafności przyrostowej narzędzia SAPROF odnotowano interakcje między czynnikami ochronnymi a czynnikami ryzyka, co stanowi empiryczne uzasadnienie dla dodatkowego stosowania tego narzędzia w połączeniu z narzędziami służącymi do oceny czynników ryzyka (np. Burghart i in., 2023; Abidin i in., 2013; de Vries Robbé i in., 2013; de Vries Robbé i in., 2021; Coid i in., 2016).

#### 2.6.4. Dynamiczne aspekty narzędzia SAPROF.

Tylko w nielicznych badaniach z użyciem SAPROF przeprowadzono analizę zmian uchwyconych dzięki powtórnyom pomiarom czynników ochronnych podczas leczenia. Badania te dotyczą różnej długości leczenia tj. od 6 miesięcy do 5 lat. W każdym z badań wykazano istotne zmiany w zakresie nasilenia czynników ochronnych przed i po leczeniu. Wyniki dwóch badań (Coupland, 2015; de Vries Robbé i in., 2014) wskazują na to, że poprawa w obrębie czynników ochronnych podczas leczenia jest predyktorem przemocy po zakończeniu leczenia, zarówno w przypadku prognoz krótkoterminowych (12-24 miesięcy), jak i prognoz długoterminowych (powyżej 10 lat). Dotyczy to różnych kontekstów oceny m.in. przestępstw z użyciem przemocy, przestępczości ogólnej, czy też pozytywnych efektów nadzoru środowiskowego. Wspomniane wyniki badań mają istotne implikacje dla praktyki klinicznej, ponieważ wskazują, że uzyskane zmiany w zakresie czynników ochronnych mają wpływ na zmniejszenie ryzyka recydywy przemocy i prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie po zakończeniu leczenia (de Vries Robbé i in., 2021; Burghart i in., 2023). W Tabeli 2.8. przedstawiono podsumowanie dotychczasowych badań dotyczących zmian w czynnikach ochronnych wraz z upływem czasu.

Tabela 2.8. Zmiany w ocenie czynników ochronnych SAPROF wraz z upływem czasu (na podstawie: Brand, 2018; Coupland, 2015; de Vries Robbé i in., 2014; Tozdan i in., 2016; de Vries Robbé i in., 2021; Burghart i in., 2023).

Badanie	Typ badania	Populacja	Badane zjawisko	Wyniki	AUC
Brand, 2018 Holandia	Prospektywne	N = 50 (88% mężczyzn) pacjenci sądowo-psychiatryczni.	Zmiana w trakcie leczenia w szpitalu (3 punkty czasowe).	Znaczący wzrost czynników wewnętrznych i czynników związanych z motywacją SAPROF	-
Coupland, 2015 Kanada	Retrospektywne	N = 178, mężczyźni, skazani za przestępstwa z użyciem przemocy, zwalniani do środowiska.	Zmiana w trakcie realizacji programu terapeutycznego podczas pobytu w zakładzie karnym (6 m-cy).	Znaczący wzrost łącznego wyniku SAPROF	Wyroki skazujące (10 lat) - 0.65** Zarzuty (10 lat) - 0.63** Pozytywne efektu nadzoru środowiskowego -0.64**

de Vries Robbé i in., 2014 Holandia	Retrospektywne	N = 108, mężczyźni, sprawcy przemocy ogólnej lub seksualnej, zwalniani z systemu psychiatrii sądowej do środowiska.	Zmiana w trakcie leczenia w szpitalu (5 lat)	Znaczący wzrost łącznego wyniku SAPROF	Ponowne wyroki skazujące za przestępstwa z użyciem przemocy (12 msc) - 0.78*-0.75**
Tozdan i in., 2016 Niemcy	Prospektywne	N = 40, mężczyźni sprawcy seksualni zwalniani z systemu psychiatrii do środowiska.	Zmiana w trakcie leczenia w szpitalu (5 lat)	Znaczący wzrost czynników wewnętrznych i czynników związanych z motywacją SAPROF	Ponowne wyroki skazujące za przestępstwa z użyciem przemocy (11 lat) -0.75.

\* p < .05; \*\* p < .01

W opisanych badaniach ponowne wyroki skazujące z użyciem przemocy uwzględniały ponadto wyroki skazujące za przemoc seksualną. Wartości AUC dotyczą całkowitych wyników „zmiany” SAPROF. Ogólna poprawa w zakresie czynników ochronnych jest pożądanym efektem. Jednakże poprawa w zakresie czynników wewnętrznych i motywacyjnych różni się od poprawy w zakresie zewnętrznych czynników wynikających z przymusowego leczenia i nakazów sądowych. Skuteczny proces leczenia prowadzi bowiem do poprawy funkcjonowania na tyle, że pacjenci nie potrzebują już intensywnego leczenia (czynnik 15. SAPROF), nadzorowanego mieszkania (czynnik 16. SAPROF), ani też postanowienia sądowego nakazującego leczenie i nadzór (czynnik 17. SAPROF). Zmiany zachodzące zgodnie z oczekiwanym kierunkiem powodują, że punktacja w tych czynnikach zmniejszy się, przy jednoczesnym wzroście innych czynników dynamicznych (de Vries Robbé i in., 2021). Kierunek pożądaných zmian zależy od charakteru czynnika. Czynniki 1. (Inteligencja) i 2. (Bezpieczne więzi w dzieciństwie) mają charakter historyczny, statyczny tj. niepodatny na zmiany. Czynniki od 3 do 14 mają charakter dynamiczny i oczekuje się ich wzrostu w trakcie procesu leczenia (czynniki wewnętrzne i czynniki związane z motywacją; (de Vries Robbé i de Vogel, 2013). Poprawa funkcjonowania pacjenta oznacza zmianę w zewnętrznych czynnikach ochronnych (czynniki 15-17).

Analiza procesu zmian w trakcie procesu leczenia przeprowadzona przez de Vriesa Robbé i in. (2014) wykazała, że poprawa w zakresie czynników 3–14 umożliwia zmniejszenie ochrony zewnętrznej wyrażanej czynnikami 15–17. Podsumowując, należy uznać, że celem leczenia nigdy nie będzie osiągnięcie maksymalnego łącznego wyniku w skali SAPROF, ale

raczej zmiana punktacji (przeniesienie ochrony) z zewnętrznej na bardziej wewnętrzną i motywacyjną, aby ostatecznie móc bezpiecznie wypisać pacjentów do społeczeństwa przy minimalnym wsparciu zewnętrznym (de Vries Robbé i in., 2014, de Vries Robbé i in., 2021; Burghart i in., 2023).

## **2.7. Rozwój nurtu SPJ w Polsce**

W odniesieniu do współczesnej wiedzy psychologicznej należy uznać temat oceny ryzyka przemocy, zwłaszcza z użyciem narzędzi nurtu SPJ, za stosunkowo nowy. W połowie lat. 90. wydano pierwsze z nich tj. SARA (Spousal Assault Risk Assessment Guide; Kropp i in., 1994) oraz HCR-20 Version 1. (Webster i in., 1995). W Polsce ten temat dość szybko został podjęty przez prof. dr hab. Józefa Krzysztofa Gierowskiego, czego wyrazem było nawiązanie współpracy badawczej z badaczami związanymi z Uniwersytetem Simona Frasera w Kanadzie (Ronald Roesch, Stephen D. Hart, Raymond Corrado) w ramach projektu finansowanego przez NATO – „Multi-problem Violent Youth: A Foundation for Comparative Research on Needs, Intervention, and Outcomes”. Efektem tej współpracy była publikacja zbiorowa w formie książki o ww. tytule. Polskim akcentem w tej publikacji był rozdział autorstwa prof. Gierowskiego i Teresy Jaśkiewicz-Obydzińskiej (2002): „Principles of formulating forensic psychology reports concerning minor and juvenile perpetrators of violent criminal acts in Poland”.

Prof. Gierowski podejmował dalsze aktywności związane z nurtem SPJ, czego wyrazem były kolejne projekty: finansowany przez Komitet Badań Naukowych projekt naukowy „Czynniki ryzyka przemocy i wybrane uwarunkowania osobowościowo-motywacyjne w zachowaniach przestępczych nieletnich”, realizowany w latach 2005-2007; realizowany w latach 2010-2013 projekt „Przemoc kryminalna i czynniki ryzyka psychopatycznego zaburzenia osobowości”, finansowany przez Uniwersytet Jagielloński, czy też realizowany w latach 2013-2015 projekt statutowy UJ CM pt. „Psychopatyczne zaburzenia osobowości oraz ryzyko pojawienia się przemocy na tle różnic międzypłciowych”. W ramach tych projektów powstały publikacje dotyczące m.in. narzędzia reprezentującego nurt SPJ i służącego do pomiaru czynników ryzyka u adolescentów - SAVRY (Gierowski, 2005; Gierowski i Rumszkiewicz, 2006; Gierowski i Haś, 2007), a także publikacje dotyczące czynników ryzyka przemocy ogólnej i seksualnej, uwzględniające takie narzędzia z nurtu SPJ jak HCR-20 czy SVR-20 (Gierowski, 2009a; Gierowski, 2009b; Augustyniuk, 2009; Barwiński i Gierowski, 2009; Banasik, 2010; Gierowski, 2013a). Pracownicy Instytutu Ekspertyz Sądowych dokonali

roboczego tłumaczenia drugiej wersji HCR-20, która jednak nigdy nie została oficjalnie opublikowana. Wersja ta była stosowana przede wszystkim przez specjalistów związanych z oddziałami psychiatrii sądowej w Szpitalu Klinicznym im. J. Babińskiego w Krakowie. Do koncepcji SPJ, w tym do narzędzi reprezentujących ten nurt odnosili się również w swoich publikacjach ówcześni doktoranci prof. Gierowskiego, którzy kontynuowali jego prace (Banasik i Gierowski, 2015; Nowakowski i Banasik, 2017). W 2016 r. zostały opublikowane autoryzowane polskie tłumaczenia narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> (Nowopolski i in., 2016) oraz SAPROF (Nowopolski i in., 2016) dokonane przez klinicystów związanych ze Szpitalem dla Nerwowo i Psychicznie w Starogardzie Gdańskim i Regionalnym Ośrodkiem Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim, w tym autora tej rozprawy. W 2019 r., dzięki finansowaniu Narodowego Centrum Nauki, zespół Profesora Gierowskiego rozpoczął szeroko zakrojone badania, mające na celu ustalenie roli czynników ryzyka i czynników ochronnych w ocenianiu i monitorowaniu prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego u sprawców objętych izolacyjnym systemem środków leczniczo-zabezpieczających oraz odbywających karę pozbawienia wolności. Celem badawczym jest stworzenie polskiego modelu oceny ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej i u skazanych osadzonych w zakładach karnych.

Do koncepcji nurtu SPJ i narzędzi reprezentujących to podejście odwoływano się w szeregu publikacji poglądowych (np. Welento-Nowacka, 2017; Banasik, Nowopolski i Gierowski, 2018; Gierowski, 2018; Nowopolski, 2020; Szumski, Kasperek i Gierowski, 2020; Nowakowski i Stojer-Polańska, 2021; Rowińska-Garbień, 2023). Szczegółowe analizy możliwości praktycznego zastosowania podejścia SPJ i narzędzi zgodnych z tym podejściem w polskim systemie prawa karnego opisał prof. Gierowski w monografiach prawniczych (Gierowski, Jaśkiewicz-Obydzińska i Najda, 2010; Gierowski i Paprzycki, 2013; Gierowski, 2015). Dotychczas opublikowano cztery analizy przypadków z zastosowaniem narzędzi z nurtu SPJ. Trzy przypadki, do analizy których zastosowano narzędzia: HCR-20<sup>V3</sup>, SVR-20<sup>V2</sup> i SAPROF, dotyczyły sprawców seksualnych opiniowanych w ramach ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Baran, 2023). Wskazują one na wyraźne na praktyczny walor stosowania narzędzi z nurtu SPJ w opiniowaniu sprawców czynów o znacznej szkodliwości społecznej, w tym przede wszystkim przeciwko życiu, zdrowiu i wolności seksualnej innych osób. Jest to szczególnie istotne w kontekście chaosu metodologicznego, powagi kwestii, która podlega ocenie diagnostycznej, a także rozrastającego się systemu środków zabezpieczających.

Czwarta analiza przypadku z użyciem narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i TRAP-18 dotyczyła sprawcy czynu o charakterze indywidualnego terroryzmu (Nowopolski, Banasik i Gierowski, 2018). Jest to analiza retrospektywna, której walor praktyczny jest znacznie ograniczony w kontekście możliwości zapobiegania niezwykle rzadkich aktów przemocy o charakterze indywidualnego terroryzmu. Wzmacnia ona jednak bazę wiedzy nt. charakterystyki sprawców ww. czynów o szczegółową analizę czynników ryzyka przemocy i zachowań ostrzegawczych poprzedzających wystąpienie tego rodzaju przemocy.

W ostatnim okresie powstały pierwsze publikacje z polskich badań walidacyjnych nad narzędziami HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF (Banasik i in., 2021; Banasik i in., 2022). Pierwsze badanie wyłoniło grupę najważniejszych predyktorów – czynników ryzyka wpływających na sumaryczne oceny ryzyka (SRR). W drugim badaniu potwierdzono m.in. pozytywny związek pomiędzy inteligencją a poziomem ryzyka historycznego, zaś nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy inteligencją a nasileniem ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem. Stwierdzono również efekt moderacyjny braku dochodu pomiędzy inteligencją poniżej średnią a nasileniem ryzyka historycznego. Potwierdzono, że inteligencja powyżej średniej jest istotnym czynnikiem ochronnym minimalizującym ryzyko historyczne. Uzyskano ponadto wyniki wskazujące, że w grupie pacjentów, którzy cechują się inteligencją powyżej średniej, podwójna diagnoza zmniejsza nasilenie ryzyka klinicznego, zaś w grupie pacjentów z inteligencją średnią lub powyżej- stanowi czynnik zwiększający poziom ryzyka klinicznego. U osób, z inteligencją powyżej średniej brak dodatkowej diagnozy zaburzeń osobowości okazał się czynnikiem ochronnym, który obniża ryzyko w skali R.

W ostatnich latach powstały również publikacje o charakterze przeglądu doświadczeń i opisu dobrych praktyk klinicznych oraz wytycznych wskazujących na zasadność stosowania narzędzi z nurtu SPJ w polskim systemie środków zabezpieczających (Heitzman i Markiewicz, 2017; Heitzman i in., 2020; Gałęcki, 2022h; Rowińska-Garbień, 2023). O konieczności stosowania narzędzi z nurtu SPJ w związku z działaniem ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., wskazywał raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z 5 kwietnia 2019 r. z wizytacji Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyci%C4%85g%20-%20KOZZD%20Gostynin%202019.pdf> (dostęp: 29.04.2023 r.)

O rozwoju nurtu SPJ świadczy szereg wystąpień na konferencjach krajowych organizowanych przez m.in. Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Uniwersytet SWPS, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Jagielloński, czy Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie. Akcentem międzynarodowym świadczącym o popularyzacji narzędzi z nurtu SPJ w Polsce była organizacja w czerwcu 2021 r. polsko-holenderskiego seminarium „Ocena ryzyka przemocy w grupie pacjentów psychiatrii sądowej” przez dr Marlenę Banasik i Katedrę Psychologii Sądowej Uniwersytetu SWPS w Katowicach oraz wspólne wystąpienie polskich i holenderskich badaczy na konferencji „International Association of Forensic Mental Health Services” w 2021 r. (tytuł wystąpienia: „Past, present and future of Structured Professional Judgment in the Polish forensic mental health system”, Gierowski, Banasik, de Vogel i Uzieblo).

Równocześnie od 2016 r. trwa proces implementacji narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF w oddziałach psychiatrii sądowej i w zakładach penitencjarnych. Szkolenia z zakresu stosowania HCR-20<sup>V3</sup> przeszli klinicyści ze szpitali psychiatrycznych: w Starogardzie Gdańskim, Toszku, Branicach, Świeciu, Jarosławiu, Rybniku i w Krakowie. W 2019 r. szereg szkoleń z zakresu stosowania HCR-20<sup>V3</sup> zorganizował Centralny Zarząd Służby Więziennej. Dodatkowe szkolenia zorganizowało ponadto Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej oraz Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Skutki szkoleń i dotychczasowej implementacji są – ze względów systemowych - ograniczone, ale w wielu aspektach wciąż obiecujące. Aktualnie, stosowanie narzędzi z nurtu SPJ w systemie psychiatrii sądowej jest głównie ograniczone do trójmiasta i pojawia się w sprawach obarczonych dużym zainteresowaniem społecznym i medialnym<sup>6</sup>.

Najczęściej zastosowanie narzędzi z nurtu SPJ spotyka się w praktyce oddziałów psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia, co znajduje swój wyraz w treści okresowych opinii o stanie zdrowia psychicznego i postępach w leczeniu. Najbardziej zaawansowane oceny ryzyka przemocy obserwuje się w opiniach okresowych rekomendujących zwolnienie pacjenta do środowiska w ramach dalszego stosowania ambulatoryjnego środka zabezpieczającego. Pierwszy przypadek kompleksowego zastosowania narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF (jeszcze na etapie opracowywania polskich wersji

---

<sup>6</sup> Informacje uzyskane w trakcie XIV Seminarium poświęconego realizacji środka zabezpieczającego organizowanego w dniu 6.11.2023 r., w Klinice Psychiatrii Sądowej w Warszawie, w rozmowie z dr Małgorzatą Pyrcak-Górowską. Prowadzi ona obszerną analizę aktową uwzględniającą opinie psychiatryczno-psychologiczne dot. środków zabezpieczających.



tych narzędzi) dotyczył zwalniania z oddziału psychiatrii sądowej do środowiska mężczyzny, który w lipcu 2014 r. wjechał rozjeżdżonym samochodem w tłum ludzi na ulicy Monte Cassino w Sopocie, powodując u 1 osoby ciężki uszczerbek na zdrowiu, u 7 osób – rozstrój zdrowia powyżej 7 dni, zaś u kilkunastu osób – lekki uszczerbek na zdrowiu. W trakcie procesu karnego mężczyzna został uznany za niebezpiecznego i skierowany na detencję psychiatryczną. Pod koniec 2016 r. personel oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia, w którym leczono sprawcę tego czynu, podjął próbę zwolnienia go do środowiska w oparciu o przygotowany precyzyjnie plan leczenia i nadzoru ambulatoryjnego realizowanego w ramach środków zabezpieczających. Dwukrotne próby zwolnienia pacjenta były negatywnie weryfikowane przez Sąd Rejonowy w Sopocie, a następnie wskutek zażalenia obrońcy sprawcy, sprawę przejął Sąd Okręgowy w Gdańsku, który stwierdził uchybienia formalne w procedowaniu Sądu Rejonowego w Sopocie i skierował sprawę do ponownego rozpatrzenia. Sąd Rejonowy w Sopocie ostatecznie zwolnił sprawcę z internacji. Zwolnienie to spotkało się z interwencją Prokuratury Krajowej, która zakończyła się wniesieniem kasacji przez Ministra Sprawiedliwości (i zarazem Prokuratora Generalnego). Opinie zwalniającej, której konstrukcja opierała się na procedurze ustrukturyzowanej klinicznej oceny ryzyka przemocy z użyciem narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF, Minister Sprawiedliwości (Prokurator Generalny) zarzucał m.in. znamiona dowolności i sprzeczności w procesie wnioskowania. Wskazywał również m.in. na to, że personel leczący zapomniał o funkcji prewencyjnej internacji. Sąd Najwyższy w dniu 5 czerwca 2019 r. oddalił kasację, przychylając się do opinii szeregu specjalistów z zakresu psychiatrii i psychologii oraz wskazując m.in. na konsekwentnie podtrzymywane wnioski przez wszystkich specjalistów – płynące z przeprowadzonej oceny ryzyka przemocy<sup>7</sup>.

Analizując całość sprawy, w tym niemal całkowitą remisję objawów u sprawcy, osiągnięty znaczący wgląd i krytycyzm co do objawów choroby i dokonanego czynu, doskonałe funkcjonowanie zawodowe przed dokonaniem czynu, dużą sieć wsparcia, ustabilizowaną sytuację finansową i mieszkaniową, należy uznać, że wypełniono niezbędne przesłanki pozwalające na zwolnienie sprawcy z internacji do środowiska w ramach dalszego nadzorowanego przez sąd leczenia ambulatoryjnego. Silną reakcją sprzeciwu społeczeństwa, części mediów, Prokuratury Krajowej i Ministra Sprawiedliwości-Prokuratora Generalnego należy rozumieć jako próbę przypisania psychiatrii sądowej realizacji funkcji retributywnej i sprawiedliwościowej. Należy wyraźnie podkreślić, że system psychiatrii sądowej takich funkcji

---

<sup>7</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie skargi kasacyjnej Ministra Sprawiedliwości dotyczącej „Rajdowca z Monciaka”.  
<http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/III%20KK%20626-17.pdf>, (dostęp: 3.05.2023 r.)

nie wypełnia. Opinia specjalistów, którzy przygotowali plan zwolnienia sprawcy do środowiska spotkała się nawet z krytyką części środowiska, którego poszczególni członkowie również wyrażali pogląd w duchu realizacji funkcji retrybucyjnej i sprawiedliwościowej, że sprawcę tak spektakularnego aktu przemocy należy co najmniej kilka lat dłużej przetrzymać w oddziale sądowym. Należy przyznać, że zatrważająca konstatacja wynikająca z tej sprawy jest taka, że w polskich oddziałach psychiatrii sądowej specjaliści traktują detencję pacjenta jako formę kary, która ma na celu nie tylko realizację celu leczniczego, ale również realizację ww. funkcji charakterystycznych dla wyroków pozbawienia wolności.

Wobec sprawcy - oprócz kompleksowo opisanych i sprecyzowanych przez personel leczący rozwiązań z zakresu leczenia farmakologicznego, psychoterapii, nadzoru, sąd zastosował dodatkową metodę zarządzania – elektroniczną kontrolę miejsca pobytu. Z punktu widzenia założeń narzędzi z nurtu SPJ – metody zarządzania powinny być odpowiedzią na potencjalne, ale wyraźnie określone – scenariusze zagrożenia. W przypadku tego konkretnego sprawcy, trudno było sprecyzować parametry ograniczeń związanych z elektroniczną kontrolą miejsca pobytu. Trudno też było sprecyzować, jakim niepożądanym sytuacjom miałyby to rozwiązanie zapobiec. Z całokształtu sprawy można wnioskować, że Sąd Rejonowy w Sopocie zastosował nadmiarowe rozwiązanie, które wychodziło naprzeciw oczekiwaniom części społeczeństwa, mediów i polityków.

Wobec narzędzi z nurtu SPJ – zwłaszcza na początku procesu implementacji w Polsce wysuwano trzy główne zarzuty, z czego dwa nich wzajemnie się wykluczają. Pierwszy z zarzutów dotyczył dyskrecjonalnego (uznaniowego) charakteru obu narzędzi. Według klinicystów go wysuwających stosowanie narzędzi takich HCR-20 czy SAPROF jest skrajnie subiektywne i ocenne. Paradoks tego zarzutu polega na tym, że formułowały go osoby, które w swojej codziennej praktyce decydowały o losach internowanych pacjentów na podstawie niesprecyzowanych kryteriów, własnej intuicji, w oparciu o nabyte doświadczenie życiowe i zawodowe. Drugi zarzut dotyczył tego, że stosowanie tej procedury jest zbyt skomplikowane, aby włączać je do codziennej praktyki. Paradoksalnie, trzeci zarzut pojawiający się zwłaszcza w trakcie szkoleń wskazywał, że ta procedura nic nowego do praktyki nie wnosi i że jest to zbiór oczywistych poczynań, który jest stosowany przez każdego klinicystę. Jest to zarzut i słuszny i niesłuszny zarazem. Z jednej strony – faktycznie, procedura narzędzi SPJ opiera się na szczegółowej analizie („krok po kroku”) tego, co wykonują klinicyści w ramach swoich codziennych obowiązków, w trakcie przeprowadzania oceny ryzyka przemocy u każdego pacjenta/sprawcy. Z drugiej strony - błędne i zbyt optymistyczne jest założenie, że w trakcie szeregu obowiązków i napiętego grafiku zadań, każdy z klinicystów pamięta o realizacji

każdego z tych wyszczególnionych etapów i stosuje je w prawidłowy sposób. Pamięć bywa zawodna, a rutyna wiąże się często z tzw. działaniem na skróty. HCR-20<sup>V3</sup> i inne pokrewne narzędzia z nurtu SPJ są zatem „checklistami”, „listami kontrolnymi”, które są zbiorem na pozór banalnych i oczywistych czynności – znanych każdemu specjalście, pracującemu w dziedzinie, której te „checklisty” dotyczą (Gawande, 2009).

Aktualnie, zakres stosowania narzędzi z nurtu SPJ w polskim systemie prawa karnego jest szeroki i należy wskazać zarówno na szereg korzyści wynikających z jego implementacji, jak i zastrzeżeń i ograniczeń związanych z jego stosowania. W Tabeli 2.9. przedstawiono przykłady zastosowania narzędzi prognostycznych z nurtu SPJ w ocenie ryzyka przemocy wraz z opisem podstawowych zalet i ograniczeń wynikających z ich stosowania.

Tabela 2.9. Przykłady zastosowania oceny ryzyka przemocy z użyciem narzędzi z nurtu SPJ w polskim systemie prawa karnego (opracowanie własne; por. Gierowski, 2013; Gierowski, 2014; Szumski, Kasparek i Gierowski)

<b>Obszar zastosowania</b>	<b>Potencjał, zalety</b>	<b>Ograniczenia, wady</b>
<b>Opinie okresowe w oddziałach o maksymalnym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dokładna analiza czynników klinicznych związanych z funkcjonowaniem pacjenta w ostatnich 6 miesiącach;</li> <li>- możliwość oceny ryzyka przemocy wewnątrz instytucji;</li> <li>- nadanie kierunku dalszego leczenia i terapii w trakcie pobytu w instytucji;</li> <li>- identyfikacja zagrożeń związanych z ewentualnym przeniesieniem pacjenta na niższy poziom zabezpieczenia (np. ryzyko oddalenia się, ryzyko przemytu substancji psychoaktywnych, ryzyko przemocy wobec innych pacjentów lub personelu);</li> <li>- wzmocnienie jakości opinii w odpowiedzi na wzmożoną aktywność organów procesowych np. w sprawach kontrowersyjnych, obciążonym dużym zainteresowaniem medialnym/społecznym.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mniejszy potencjał wynikający z analizy skal R (dotyczącej zarządzania ryzykiem);</li> <li>- konieczność zapewnienia większych zasobów ludzkich i czasowych;</li> <li>- stosowanie narzędzi z nurtu SPJ może być postrzegane przez klinicystów jako przeszkoda w realizacji podstawowych obowiązków (prowadzenie dokumentacji, farmakoterapia, psychoterapia);</li> <li>- mniejszy potencjał narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF do prognozowania przemocy instytucjonalnej i krótkoterminowej.</li> </ul>
<b>Opinie okresowe w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość zaplanowania (wdrożenia odpowiednich metod zarządzania, zapewnienia miejsca zamieszkania, ustalenia dalszych procedur specjalistycznych) leczenia pacjenta po zwolnieniu go z oddziału podstawowego do środowiska;</li> <li>- możliwość ustalenia środków zabezpieczających w przypadku ewentualnego zwolnienia do środowiska;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kultura dostosowania treści opinii do kluczowego wniosku końcowego (w opiniach zwalniających eksponuje się pozytywne aspekty leczenia, z pominięciem negatywnych kwestii, a w opiniach wnioskujących o podtrzymanie pobytu w szpitalu eksponuje się negatywne aspekty dotychczasowego leczenia);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- większa możliwość oceny dynamicznych zmian w pozycjach klinicznych np. wobec przepustek udzielanych na teren i poza teren szpitala;</li> <li>- większa możliwość weryfikacji realnej sieci wsparcia np. poprzez udzielenie przepustek;</li> <li>- większa możliwość weryfikacji stabilizacji stanu psychicznego, zdolności do utrzymania abstynencji.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- powielanie treści poprzednich opinii, co uniemożliwia stopniowe prześledzenie przebiegu leczenia i tym samym prześledzenie dynamicznych zmian w ocenie ryzyka przemocy.</li> </ul>
<p><b>Opinie okresowe w trakcie wykonywania ambulatoryjnego środka zabezpieczającego/środków zabezpieczających</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość monitorowania poziomu zagrożenia w ramach stopniowego przechodzenia od bardziej rygorystycznych form środków zabezpieczających do bardziej łagodnych;</li> <li>- możliwość weryfikacji wielu czynników ryzyka w realnym funkcjonowaniu poza instytucją;</li> <li>- możliwość weryfikacji osiągnięć terapeutycznych w bardziej „naturalnym” settingu psychoterapeutycznym.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- brak precyzyjnych przepisów wykonawczych umożliwiających sprawną realizację ambulatoryjnych środków zabezpieczających;</li> <li>- szczątkowa, lapidarna dokumentacja przesyłana biegłym dokonującym aktualizacji oceny ryzyka;</li> <li>- zbyt klasyczne podejście psychoterapeutów w przekazywaniu informacji o osiągnięciach terapeutycznych lub niechęć do podejmowania się psychoterapii wobec sprawców nadzorowanych przez sąd;</li> <li>- brak wyspecjalizowanych ośrodków gwarantujących leczenie sprawców zwalnianych z internacji do środowiska w ramach środka ambulatoryjnego;</li> <li>- brak jasności co do odpłatności leczenia, w przypadku gdy konieczne są bardziej intensywne formy terapii i leczenia.</li> </ul>
<p><b>Opinie psychiatryczne, psychologiczne i seksuologiczne w związku z wnioskiem dyrektora zakładu karnego o zastosowanie środków zabezpieczających po odbyciu kary pozbawienia wolności.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość oceny osiągnięć terapeutyczno-resocjalizacyjnych przez zewnętrznych biegłych;</li> <li>- ustrukturyzowana kliniczna ocena ryzyka przemocy jest bardziej kompleksową i dynamiczną alternatywą wobec bardziej statycznej prognozy kryminologicznej skazanego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nadmierna petryfikacja formy notatek psychologów i wychowawców więziennych;</li> <li>- nadmierny akcent położony na kwestie istotne z punktu widzenia regulaminu zakładu karnego, a bagatelne z punktu widzenia rzetelności oceny ryzyka;</li> <li>- prognozy kryminologiczne będące podstawą wniosków dyrektorów zakładów karnych i jednym z najczęściej dostarczanych biegłym zewnętrznym dokumentem służącym do oceny ryzyka – mają charakter statyczny (często opierają się nadmiernie na analizie historycznych czynników ustalonych już przed przyjęciem do zakładu karnego).</li> </ul>

<p><b>Opinie psychiatryczne, psychologiczne i seksuologiczne w związku z wnioskiem o uznanie skazanego za sprawcę stwarzającego zagrożenie w myśl ustawy z 22 listopada 2013 r. oraz opinie biegłych zewnętrznych w trakcie pobytu sprawcy w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z reguły bardzo kompleksowa baza dowodowa, na podstawie której można przeprowadzić rzetelną ocenę ryzyka;</li> <li>- większa gotowość systemowa do zapewnienia metod zarządzania w celu zminimalizowania ryzyka przemocy;</li> <li>- ochrona praw sprawcy poprzez weryfikację sprawy przez dodatkowy niezależny zespół ekspertów zewnętrznych, w sytuacji bardzo poważnej ingerencji systemu prawnego w prawa człowieka;</li> <li>- zastosowanie uznanej na świecie metodologii do oceny ryzyka przemocy w sprawach obarczonych bardzo poważną ingerencją systemu prawnego w prawa człowieka.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wątpliwości etyczne, medyczne i prawne w związku z funkcjonowaniem ośrodka w Gostyninie;</li> <li>- problemy z różnicowaniem między „wysokim” a „bardzo wysokim” zagrożeniem;</li> <li>- instrumentalne traktowanie oceny ryzyka przez organy procesowe (zwłaszcza przez prokuratorów i adwokatów);</li> <li>- nadmierne scedowanie ciężaru orzeczenia na opinie biegłych;</li> <li>- trudności merytoryczne w uchwyceniu dynamiki zmian u osób wykazujących poważną psychopatologię, przez wiele lat przebywających w osadzeniu penitencjarnym i w ośrodku w Gostyninie;</li> <li>- ukształtowana kultura opinii zwalniająca polegająca na eksponowaniu pozytywnych aspektów i ukrywaniu negatywnych aspektów leczenia.</li> </ul>
<p><b>Opinie psychiatryczne, psychologiczne i seksuologiczne na etapie przedprocesowym/procesowym</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ocena ryzyka może być jedną z przesłanek wpływających na np. wymiar orzeczonej kary oraz kwestię okresu, po którym skazany będzie mógł się ubiegać o warunkowe, przedterminowe zwolnienie z zakładu karnego;</li> <li>- ocena ryzyka może być podstawą zasądzenia środków zabezpieczających, co musi zostać określone już w sentencji wyroku skazującego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z reguły skąpa baza informacji, na podstawie których można przeprowadzić ocenę ryzyka przemocy;</li> <li>- bardzo częsta postawa obronna i/lub taktyka procesowa osoby badanej.</li> </ul>

Podsumowując, można stwierdzić ewidentne korzyści wynikające z wprowadzenia metod SPJ w polskim systemie prawa karnego. Wyszczególnione zastrzeżenia mają często wymiar ograniczeń związanych z funkcjonowaniem i finansowaniem systemu sprawiedliwości i systemu opieki zdrowotnej. Funkcjonowanie obu systemów wykazuje jednak potencjał poprawy. Dyskusje w środowisku psychiatrycznym (Silva, 2020; Fazel, Sariaslan i Fanshawe, 2022) nad zagrożeniami związanymi ze stosowaniem narzędzi z nurtu SPJ (m.in. czasochłonnością procedury, pomniejszaniem zasobów ludzkich koniecznych do wykonywania np. psychoterapii i farmakoterapii) są w istocie dyskusjami nad ograniczeniami systemowymi. Dają one również złudną nadzieję, że z tak skomplikowanym zadaniem, jakim jest prognozowanie ryzyka przemocy, można poradzić sobie za pomocą prostych, przesiewowych testów aktuarialnych. Wydaje się, że jest to rozwiązanie o podobnym poziomie niebezpieczeństwa, jakim jest ograniczenie diagnozy poważnego problemu medycznego (np.

podejrzanie nowotworu) do zastosowania przesiewowych testów. Inne potencjalne ograniczenia, takie jak np. wątpliwości co do uzasadnionego stosowania narzędzi z nurtu SPJ na etapie przedprocesowym/procesowym, są rozwiązywane w trakcie kształtującej się praktyki orzeczniczej. Świadczy o tym m.in fakt zastosowanie narzędzia HCR-20 w sprawach, w których określenie ryzyka wydawało się zadaniem nad wyraz oczywistym, jak np. sprawa Andersa Behringa Breivika, Kajetana Poznańskiego, czy też zabójcy prezydenta Gdańska – Pawła Adamowicza. Inna część ograniczeń związanych ze stosowaniem narzędzi z nurtu SPJ (np. związanych ze stosowaniem środków zabezpieczających, czy też Ustawy z 22 lipca 2013 r.) wymaga dalszych dyskusji i udoskonalania rozwiązań systemowych, z poszanowaniem kryteriów prawnych, medycznych i etycznych.

## **ROZDZIAŁ III. ZWIĄZKI PSYCHOPATII, IMPULSYWNOŚCI I SAMOREGULACJI Z PRZEMOCĄ I RYZYKIEM PRZEMOCY**

### **3.1. Związki psychopatii z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.**

W podrozdziale tym przedstawiono wybrane koncepcje, modele i narzędzia służące do pomiaru cech psychopatycznych. Ich rozwój w dużym stopniu pogłębił zdolność klinicystów do opisywania i diagnozowania osobowości psychopatycznej. W pierwszej kolejności zaprezentowano klasyczne już koncepcje Herveya M. Cleckleya i Roberta Hare (w tym szerszy opis narzędzia PCL-R), do których odwołują się niemal wszystkie współczesne modele psychopatii. W następnej kolejności zaprezentowano modele, na podstawie których powstały narzędzia służące do pomiaru cech psychopatycznych – wykorzystane w prezentowanej pracy doktorskiej. Jako uzupełnienie ww. akapitu opisano dwa wybrane modele (Kompleksowa Ocena Osobowości Psychopatycznej – CAPP i trójczynnikiowy model psychopatii S. Lilienfelda). Ich powstanie było efektem szerokiej dyskusji nad istotą psychopatii, które toczyły się w literaturze na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Kluczowym fragmentem tego podrozdziału jest przegląd wybranych publikacji dotyczących związku psychopatii z przemocą i ryzykiem przemocy.

#### **3.1.1. Od prototypowej listy H. Cleckleya poprzez dwuczynnikiowy model R. Hare, narzędzie PCL-R i czteroczynnikiowy wariant tego modelu.**

Psychopatia jest uznawana przez psychiatrów i psychologów za centralny konstrukt w kontekście oceny, leczenia, i zarządzania ryzykiem przemocy. Jest poważnym zaburzeniem osobowości, które omawia się często w kontekście oporności na wszelkie formy leczenia i w związku z tym jest utożsamiana z wysokim ryzykiem recydywy przestępczej. Obejmuje zestaw cech interpersonalnych (np. wielkościowe nastawienie, skłonność do stosowania podstępów i manipulacji), cech afektywnych (np. brak wyrzutów sumienia, bezdusność, płytkość emocjonalność) oraz cech behawioralnych (np. pasożytniczy styl funkcjonowania, słaba kontrola zachowania, impulsywność, wszechstronność przestępcza). Największy wpływ na współczesne poglądy nt. psychopatii i jej roli w systemie penitencjarnym i w systemie psychiatrii sądowej, ma konceptualizacja stworzona przez Herveya M. Cleckleya w latach czterdziestych XX. wieku. W książce *The Mask of Sanity* (1941) Cleckley wyszczególnił 16 cech charakteryzujących prototypowego psychopatę. Lista ta obejmuje:

1. Powierzchniwy urok i sprawny intelekt,
2. Brak urojeń i innych oznak irracjonalnego myślenia,

3. Brak nerwowości lub objawów psychoneurotycznych,
4. Nierzetelność,
5. Skłonność do kłamstwa,
6. Brak wyrzutów sumienia i poczucia wstydu,
7. Zachowania antyspołeczne z niewłaściwych pobudek,
8. Słaba umiejętność oceny sytuacji i niezdolność uczenia się na podstawie doświadczenia,
9. Patologiczny egocentryzm i niezdolność do miłości,
10. Ogólne ubóstwo w głównych reakcjach afektywnych,
11. Specyficzna utrata wglądu,
12. Niezdolność do nawiązywania relacji międzyludzkich,
13. Dziwaczne i zniechęcające zachowania pod wpływem alkoholu, a czasem bez,
14. Niskie prawdopodobieństwo rzeczywistych prób samobójczych,
15. Życie seksualne trywialne, słabo zintegrowane, bezosobowe,
16. Niezdolność do realizacji planów życiowych.

Lista Cleckleya stanowi pierwszą formalną operacjonalizację cech psychopatycznych, w oparciu o którą stworzono szereg narzędzi do ich pomiaru. Psychopatia stała się kluczowym konstruktem kliniczno-sądowym, brany pod uwagę przez wymiar sprawiedliwości, zwłaszcza w kontekście podejmowania decyzji w zakresie oceny sprawcy czynu zabronionego, interwencji wobec niego stosowanych, a także zarządzania jego przypadkiem (Hare i Neumann, 2008). Na podstawie listy Cleckleya, Robert Hare stworzył dwuczynnikową koncepcję psychopatii posługującą się definicją operacyjną tego zaburzenia tj. wskazującą na jego symptomy i sposób pomiaru (Pastwa-Wojciechowska, 2012). Operacjonalizacja tego pojęcia (Hare, 1991; 1996) opiera się na zestawie symptomów psychopatii, które znalazły następnie odzwierciedlenie w postaci narzędzia PCL (Psychopathy Checklist; Hare, 1991). Ta operacyjna konceptualizacja psychopatii pozwala na wyodrębnienie dwóch głównych czynników psychopatii:

- **czynnika pierwszego**, który dotyczy zestawu cech określających interpersonalno-afektywny styl funkcjonowania z otoczeniem, aspekt relacji z innymi, aspekt emocjonalny (uczuciowy) oraz werbalny styl funkcjonowania. Jest on pozytywnie skorelowany z narcystycznym i histrionicznym zaburzeniem osobowości oraz negatywnie skorelowany z empatią i lękiem;
- **czynnika drugiego**, dotyczącego zachowań składających się na antyspołeczny tryb życia, impulsywność i brak stabilizacji (Pastwa-Wojciechowska, 2004).



Konceptualizacja psychopatii zawierająca łącznie 20 pozycji, zaproponowana przez R. Hare stanowiła swoisty łącznik pomiędzy podejściem dymensjonalnym (uwzględniała różnorodne nasilenie cech psychopatycznych) a podejściem kategoryjnym (ujmowała psychopatię jako zestaw objawów charakteryzujących określone zaburzenie). Na podstawie koncepcji R. Hare powstała również lista 10 objawów – proponowanych kryteriów diagnostycznych psychopatycznego zaburzenia osobowości, w związku z postulatem uwzględnienia tego zaburzenia w klasyfikacji DSM-IV (Hare, Hart i Harpur, 1991).

Tabela 3.1. Lista proponowanych kryteriów psychopatycznego zaburzenia osobowości (Hare, Hart i Harpur, 1991)

1. Łatwość wypowiedzania się i powierzchowny urok osobisty.
2. Wyolbrzymiona samoocena.
3. Brak poczucia winy i wyrzutów sumienia.
4. Brak empatii.
5. Skłonność do kłamstwa i manipulacji.
6. Wczesne trudności wychowawcze.
7. Występowanie zachowań antyspołecznych w dorosłości.
8. Impulsywność.
9. Słaba kontrola zachowania.
10. Brak odpowiedzialności.

W 2003 r. wydano zrewidowaną wersję narzędzia PCL tj. PCL-R (Hare, 2003), które stało się narzędziem diagnostycznym szeroko omawianym w literaturze i powszechnie stosowanym w praktyce klinicznej i sądowej. Najczęściej prezentowaną strukturą modelu psychopatii wg. R. Hare była struktura dwuczynnikowa, gdzie czynnik pierwszy tworzyła płaszczyzna interpersonalno-afektywna, a drugi czynnik tworzyła płaszczyzna behawioralna. Struktura narzędzia PCL-R została przedstawiona w Tabeli 3.2.

Tabela 3.2. Czynniki i płaszczyzny psychopatii w narzędziu Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R, na podstawie: Hare, 2003).

<b>Czynnik 1</b>	<b>Czynnik 2</b>
Interpersonalno-afektywny	Behawioralny
<p><b>płaszczyzna interpersonalna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- powierzchowny urok i łatwość wypowiadania się</li> <li>- wyolbrzymione poczucie własnej wartości                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- patologiczna kłamliwość</li> </ul> </li> <li>- dążenie do przewodzenia przez manipulację</li> </ul>	<p><b>płaszczyzna stylu życia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wysokie zapotrzebowanie na stymulację i zwiększona podatność na nudę</li> <li>- brak realistycznych i długoterminowych celów                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- impulsywność</li> </ul> </li> <li>- brak odpowiedzialności i lekkomyślność</li> <li>- pasożytniczy styl życia</li> </ul>
<p><b>płaszczyzna afektywna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- brak poczucia winy i wyrzutów sumienia</li> <li>- powierzchowna uczuciowość</li> <li>- brak wrażliwości i empatii</li> <li>- brak odpowiedzialności za własne czyny</li> </ul>	<p><b>płaszczyzna antyspołeczna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- słaba kontrola zachowania</li> <li>- wczesne trudności wychowawcze</li> <li>- przestępczość w okresie niepełnoletniości</li> <li>- łamanie zasad warunkowego zwolnienia warunkowego</li> <li>- kryminalna wszechstronność</li> </ul>

W strukturę narzędzia PCL-R przy pomiarze ogólnego nasilenia cech psychopatycznych wchodzić dwie dodatkowe pozycje: 1. Liczne kontakty seksualne oraz 2. Niestabilne, krótkotrwałe związki interpersonalne. Nie są one jednak najczęściej uwzględniane w badaniach dotyczących analizy struktury czynnikowej narzędzia. Na bazie dwuczynnikowej koncepcji psychopatii, na podstawie przeglądu literatury i wyników analiz statystycznych tworzono alternatywne konceptualizacje m.in.:

- trójczynnikową (Cooke i Michie, 2001), w której wyodrębniono jedynie 12 istotnych czynników z oryginalnej koncepcji R. Hare. Wyodrębniono niej następujące nadrzędne czynniki:

a) arogancki i kłamliwy styl interpersonalny (powierzchowny urok i łatwość wypowiadania się, wyolbrzymione poczucie własnej wartości i patologiczną kłamliwość, dążenie do przewodzenia przez manipulację);

b) niedostateczne doświadczenie afektywne (powierzchowna uczuciowość, brak wrażliwości/empatii, brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, brak odpowiedzialności za własne czyny) i

c) nieodpowiedzialny i impulsywny styl behawioralny (zapotrzebowanie na stymulację/podatność na nudę, brak odpowiedzialności, impulsywność, pasożytniczy tryb życia, brak realistycznych i długoterminowych celów;

- czteroczynnikową (Edens, Marcus, Lilienfeld i Poythress, 2006; Hare i Neumann, 2006), w której wyodrębniono cztery czynniki pokrywające się zakresem pojęciowym z ww. domenami tj.: a) czynnik interpersonalny (powierzchny urok i łatwość wypowiedzania się, wyolbrzymione poczucie własnej wartości, patologiczna kłamliwość, dążenie do przewodzenia przez manipulację; b) czynnik afektywny (brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, powierzchowna uczuciowość, brak wrażliwości i empatii, brak odpowiedzialności za własne czyny), c) czynnik behawioralny/stylu życia (wysokie zapotrzebowanie na stymulację, zwiększona podatność na nudę, brak realistycznych i długoterminowych celów, impulsywność, brak odpowiedzialności i lekkomyślność, pasożytniczy styl życia) oraz d) czynnik antyspołeczny (słaba kontrola zachowania, wczesne trudności wychowawcze, przestępczość w okresie niepełnoletniości, łamanie zasad warunkowego zwolnienia, kryminalna wszechstronność; Pastwa-Wojciechowska, 2011; Nowakowski, 2015).

Oprócz rosnącej popularności narzędzia PCL i jego rewizji w 2003 r. tj. PCL, należy wskazać, że spektrum badawcze Roberta Hare i współpracowników wykraczało poza populację dorosłych mężczyzn skazanych na karę pozbawienia wolności. Wyrazem tego były kolejne warianty narzędzia, przeznaczone do badania nasilenia cech psychopatycznych w innych populacjach, takie jak:

a) Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV; Hart, Cox i Hare, 1995) – czyli skrócona, składająca się z 12 pozycji wersja narzędzia PCL-R, stworzona do pomiaru cech psychopatycznych, dostosowana do przesiewowego pomiaru nasilenia cech psychopatycznych u sprawców przestępstw i pacjentów sądowo-psychiatrycznych, z możliwością zastosowania w ocenie osób spoza grupy przestępczej,

b) Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL: YV; Forth, Kosson i Hare, 2003) – stworzony do pomiaru cech psychopatycznych u osób młodocianych,

c) kolejne wydania narzędzi do pomiaru cech psychopatycznych w formie samoopisowej tj. Self-Report Psychopathy Scale – SRP (Hare, 1985), SRP–II (Williams i Paulhus, 2004) i SRP–III i SRP – IV (Paulhus, Neumann i Hare, 2016),

d) P – SCAN (Hare Psychopathy – SCAN; Hare i Hervé, 1999) – narzędzie stosowane do oceny występowania cech psychopatycznych w kontekście pozaklinicznym, głównie w populacji ogólnej, niekryminalnej,

e) skala APSD (The Antisocial Process Screening Device; Frick i Hare, 2001) - narzędzie przeznaczone wychwytywania objawów zwiastunowych psychopatii u dzieci.

W 2010 r. na bazie ścierających się tendencji dotyczących zakresu pojęciowego psychopatii i sposobu jej pomiaru wybuchła ożywiona dyskusja naukowa zapoczątkowana przez Davida Cooke i Jennifer Skeem (2010). Była to debata bezprecedensowa, ponieważ uwzględniała m.in. opóźnienie procesu recenzenckiego publikacji, wstrzymanie publikacji pomimo pozytywnych recenzji, wymianę pism procesowych pomiędzy uczestnikami tej debaty, czy też zaangażowanie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA) w kontrolę jej przebiegu. Koncepcja psychopatii R. Hare spotkała się m.in. z zarzutem, że przestępczość jest jej centralnym konstruktem i kładzie ona niewystarczający nacisk na aspekty afektywno-interpersonalne (np. brak empatii, brak lęku) niezwiązane z przestępczością. Wskazywano również na fakt, że analiza czynnikowa narzędzia PCL-R została przeprowadzona w „teoretycznej próżni”, bez realnego odniesienia do warunków klinicznych. Wskazywano również na fakt, że popularność narzędzia PCL-R hamuje rozwój innych narzędzi służących do pomiaru cech psychopatycznych. Krytykowano również to, że narzędzie PCL-R jest nadmiernie utożsamiane z konstruktem, które mierzy tj. psychopatią. Zakres pojęciowy, który podlega ocenie w PCL-R, miał - w ocenie krytyków - nie odpowiadać faktycznemu zakresowi pojęciowemu psychopatii, podlegającemu ocenie w diagnozie klinicznej (por. Skeem i Cooke, 2010a, 2010b; Poythress i Petrilla, 2010; Boduszek i Dębowska, 2016).

### **3.1.2. Triarchiczna koncepcja psychopatii i narzędzie TriPM.**

Innym, alternatywnym modelem integrującym klasyczne teorie psychopatii i powszechnie stosowane narzędzia pomiarowe (np. PCL-R, PPI-R) - jest model zaproponowany przez Patrick'a, Fowlesa i Kruegera (2009) zwany koncepcją triarchiczną. Psychopatia w tym modelu jest konfiguracją trzech wymiarów: rozhamowania (disinhibition), zuchwałości (boldness) oraz bezduszości (meanness). Ta nowatorska koncepcja, odnosząca się, jednakże do klasycznych koncepcji (H. Cleckleya i R. Hare) zakłada różny sposób manifestacji cech psychopatycznych np. kryminalny, subkliniczny, pierwotny, wtórny, stabilny, agresywny, czy też związany z odnoszeniem sukcesów i odnoszeniem porażek (Pilch i in., 2015). W oparciu o ten model powstało narzędzie: Triarchic Psychopathy Measure, TriPM; Patrick, 2010; Triarchiczna Miara Psychopatii w polskiej adaptacji Pilch i in., 2015).

Rozhamowanie (disinhibition) jest związane z impulsywnością, trudnościami z samokontrolą, planowaniem i przewidywaniem konsekwencji swoich zachowań oraz brakiem umiejętności odraczania gratyfikacji (Pilch i in., 2015). Najczęściej zatem przekłada się na

niecierpliwość i impulsywność prowadzące do negatywnych konsekwencji, braku odpowiedzialności za podjęte działania, a także skłonności do odurzania się alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi (Strus i Kozłowska, 2018). Silnie koreluje z narcyzmem, roszczeniowością, poszukiwaniem stymulacji, poszukiwaniem przygód, podatnością na nudę, nastawieniem na aktywność tj. działanie i poszukiwanie przyjemności (Pilch i in., 2015). Rozhamowanie jest negatywnie skorelowane z sumiennością, kompetencją, obowiązkowością, samodyscypliną, rozważą, a także pozytywnie z neurotycznością (agresywnością, wrogością, depresyjnością, impulsywnością; Pilch, 2015).

Bezdusznosc (meanness) odnosi się do kryminalnego aspektu psychopatii. Związana jest z brakiem empatii, okrucieństwem, agresją, wrogością i relacjami nastawionymi na eksploatację i wykorzystywanie innych oraz poszukiwaniem doznań przejawiającym się zachowaniami autodestrukcyjnymi (Pilch i in., 2015; Patrick i in., 2009). Jej konsekwencją jest brak zdolności do utrzymywania trwałych relacji międzyludzkich. Bezdusznosc „ułatwia” podejmowanie czynności przestępczych, gdyż wiąże się ze zwiększoną predyspozycją do stosowania agresji instrumentalnej (Strus i Kozłowska, 2018). Bezdusznosc silnie koreluje z makiawelizmem, narcyzmem, brakiem czułości, poszukiwaniem doznań, podatnością na nudę (Pilch i in., 2015).

Zuchwałość (boldness) odnosi się do pewności siebie w sytuacjach społecznych, umiejętności perswazji, dążenia do dominacji, odporności na stres, odwagi i poszukiwania wrażeń (Pilch i in., 2015). Jest związana ze zdolnością do zachowania spokoju i koncentracji w sytuacjach związanych z zagrożeniem. Oznacza podwyższoną tolerancję na bodźce, które są niebezpieczne i nieznane (Strus i Kozłowska, 2018). Jest powiązana z czynnikiem „nieustraszonej dominacji” (fearless dominance) w narzędziu PPI-R, ale nie ma odpowiadającego konstruktowi w koncepcji R. Hare i w narzędziu PCL-R (Pilch i in., 2015). Zuchwałość jest silnie powiązana z narcyzmem i poszukiwaniem doznań oraz negatywnie z doświadczaniem empatycznego stresu i behawioralnym systemem hamowania (Pilch i in., 2015). Zuchwałość jest skorelowana ponadto z ekstrawertycznością, serdecznością, asertywnością, aktywnością pozytywnymi emocjami, otwartością na doświadczenia, a ujemnie skorelowana z agresywną wrogością, depresyjnością, krytycyzmem i nadwrażliwością (Pilch i in., 2015; Poy i in., 2014).

### **3.1.3. Model Cech Osobowości Psychopatycznej (PPTM) i narzędzie PPTS.**

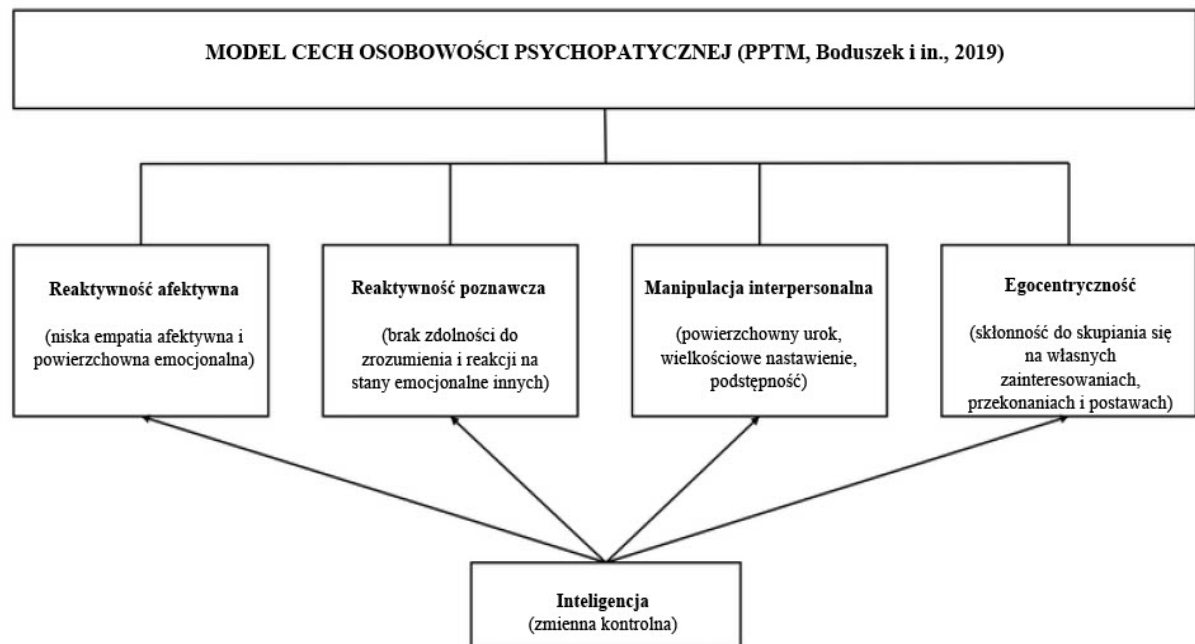
Inną propozycją konceptualizacji psychopatii jest model Boduszka i in. (2019). Model ten odwołuje się do klasycznej koncepcji psychopatii H. Cleckleya i jest pokłosiem debaty nad koniecznością modyfikacji konceptualizacji psychopatii zaproponowanej przez R. Hare (Skeem, Cooke, 2010a, 2010b; Boduszek i Debowska, 2016; Boduszek, Debowska i Willmott 2017, 2018; Debowska i in., 2018). Głównym wnioskiem płynącym z tej debaty był postulat nieuwzględniania w pomiarze psychopatii tendencji przestępczych/antyspołecznych. Modelowi psychopatii Hare'a zarzucano to, że nie ma porównywalnego zastosowania w populacjach przestępczych i nieprzestępczych ze względu na nadmierny nacisk położony na czynnik antyspołeczny. Wskazywano, że istotą psychopatii są deficyty afektywne i brak reakcji interpersonalnej. Skłonność do naruszania norm społecznych i prawnych w tym ujęciu – jest jedynie jednym z możliwych behawioralnych wariantów wynikającym z deficytów osobowości psychopatycznej, nie zaś integralną częścią tego zaburzenia. Odnotowywano ponadto, że we współczesnych metodach do oceny cech psychopatycznych kładzie się nadmierny nacisk na pozycje dotyczące przestępczości i niedostosowania behawioralnego. Może to – według autorów związanych z nowymi modelami psychopatii - prowadzić do przeszacowania rozpowszechnienia cech psychopatycznych wśród osadzonych w zakładach karnych (Boduszek, Debowska, McDermott, Willmott i Sharratt, 2022; Boduszek i in., 2019).

Efektom tych dyskusji było powstanie nowego, sformalizowanego modelu (Psychopathic Personality Traits Model, skrót: PPTM), którego wprowadzenie poprzedziło stworzenie i weryfikacja krótkiej samoopisowej skali dotyczącej cech osobowości psychopatycznej dla celów badawczych tj. Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS). Konstrukcja tego narzędzia opiera się na czterech domenach wyszczególnionych w nowym modelu:

a) reaktywności (wrażliwości) emocjonalnej, b) reaktywności (wrażliwości) poznawczej, c) manipulacji interpersonalnej i d) egocentryczności.

Istotnym innowacyjnym aspektem w tym modelu – pomimo pomijania go we wcześniejszych konceptualizacjach psychopatii – było uwzględnienie inteligencji. Jak wykazali autorzy modelu: inteligencja jest moderatorem związku pomiędzy psychopatią a reakcją emocjonalną. Osoby psychopatyczne o wysokiej inteligencji są bowiem w stanie nauczyć się rozpoznawać określone emocje i reagować w pożądanym, akceptowalnym społecznie sposób (Bate, Boduszek, Dhingra i Bale, 2014). Autorzy modelu wskazują jednak, że jest to zmienna, która powinna zostać poddana weryfikacji w dalszych badaniach (Boduszek i in.,

2019). Struktura modelu PPTM wraz krótką charakterystyką poszczególnych domen została przedstawiona na Rycinie 3.1.



Rycina 3.1. Model Cech Osobowości Psychopatycznej (PPTM, na podstawie: Boduszek i in., 2019).

Autorzy tego modelu wskazują, że aspekty afektywne, które są często pomijane w opisie cech psychopatycznych, są bardziej charakterystyczne dla rdzenia psychopatii. W odróżnieniu do ekspresji behawioralnej i tendencji antyspołecznych – pozostają stabilne wraz z upływem czasu. Dodatkowym celem autorów ww. modelu było uchwycenie istoty osobowości psychopatycznej, niezależnie od wieku, pochodzenia kulturowego i przeszłości kryminalnej (Boduszek, Debowska, Sherretts i Willmott, 2018). Model PPTM poddano walidacji na łącznej grupie ponad 1794 osadzonych z zakładów karnych o wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia, jak i populacji niesądowej, obejmującej osoby dorosłe funkcjonujące w warunkach wolnościowych, studentów, dzieci (od lat 10-14). Potwierdzono dobrą rzetelność łączną (composite reliability) i różnicową trafność prognostyczną (differential predictive validity) modelu (Boduszek i in., 2018).

#### 3.1.4. Inne modele psychopatii.

Jedną z najczęściej omawianych w literaturze koncepcji psychopatii, na bazie której powstały narzędzia pomiarowe jest trójczynnikowy model S. Lilienfelda. W tym przypadku nie

można mówić o całkowicie odrębnej koncepcji, a raczej optymalizacji dostępnych już konceptualizacji. Model Lilienfelda można utożsamiać z narzędziem, które powstało na jego bazie tj. PPI (Psychopathic Personality Inventory; Lilienfeld i Andrews 1996, które poddano następnie rewizji: PPI-R Psychopathic Personality Inventory; Lilienfeld i Windows, 2005, w polskiej adaptacji dr Jarosława Grotha). Narzędzia PPI i PPI-R opierają się na eksploracyjnej metodzie konstruowania narzędzi. Pierwotnym zamiarem autorów było stworzenie narzędzia pomiarowego, które byłoby pozbawione wad dotychczasowych koncepcji i narzędzi pomiarowych służących do pomiaru cech psychopatycznych. Powstanie tego narzędzia miało w zamierzeniu autorów:

- a) być odpowiedzią na pomijanie aspektów kluczowych dla rdzenia psychopatii i akcentowanie cech drugorzędnych np. nadmierne położenie akcentu na antyspołeczne przejawy psychopatii i zbyt uproszczoną ocenę innych jej aspektów,
- b) wdrożyć procedurę mniej czasochłonną i mniej kosztowną niż procedura badania z użyciem PCL-R,
- c) wyjść poza pomiar cech psychopatycznych jedynie w populacjach przestępczych (więziennych, sądowo-psychiatrycznych; Barwiński, 2018).

Analizy czynnikowe doprowadziły do wyodrębnienia trzech nadrzędnych czynników, z czego dwa zawierały podczynniki. Struktura narzędzia PPI-R została przedstawiona w Tabeli 3.3.

Tabela 3.3. Struktura czynnikowa narzędzia Psychopathic Personality Inventory (PPI-R).

Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3
Nieustraszona dominacja	Egocentryczna impulsywność	Bezduszość (C)
Wpływ Społeczny (SOI)	Makiaweliczny Egocentryzm (ME)	
Nieustraszoność (F)	Buntowniczy Nonkonformizm (RN)	
Odporność na Stres (STI)	Eksternalizacja Winy (BE)	
	Beztroskie Nieplanowanie (CN)	



Innym modelem, który powstawał w tle głośnego naukowego konfliktu, dotyczącego ograniczeń narzędzia PCL-R (por. Skeem i Cooke, 2010a; Skeem i Cooke, 2010b; Hare, Neumann, 2010) był model CAPP (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality, Cooke, Hart, Logan i Michie, 2012). Autorzy modelu starali się wyjaśnić konstrukt psychopatycznego zaburzenia osobowości poprzez opracowanie „mapy pojęciowej” tego zaburzenia w oparciu o systematykę przeglądu literatury klinicznej i naukowej oraz liczne konsultacje z ekspertami i praktykami w tej dziedzinie (sposób postępowania przypominał tworzenie narzędzi z nurtu SPJ służących do oceny ryzyka przemocy). Stworzony model obejmuje 33 symptomy psychopatycznego zaburzenia osobowości pogrupowane w sześć domen nadrzędnych, opisujące funkcje osobowości (Cooke i in., 2012). Wyrażenia i opisy poszczególnych objawów tworzących mapę koncepcyjną były tworzone za pomocą prostego, „naturalnego” języka w formie przymiotników, umożliwiającym stosowanie modelu przez osoby o niskich kompetencjach specjalistycznych z zakresu zaburzeń osobowości. Następnym etapem prac nad modelem było uwspólnianie opisów poprzez stworzenie jednego terminu na dany objaw. Ostateczną listę 33 przymiotników poddano uszczegółowieniu za pomocą triangulacji (do każdego z tych przymiotników przypisano trzy dodatkowe deskryptory; Cooke i in., 2012). Lista sześciu głównych domen funkcjonowania osobowości psychopatycznej obejmuje:

1. Obszar przywiązania.
2. Obszar zachowania.
3. Obszar poznania.
4. Obszar dominacji.
5. Obszar emocji.
6. Domena „Ja” (Cooke i in., 2012).

Zaletą tego modelu jest stworzenie mapy koncepcyjnej ujmującej więcej objawów w porównaniu z zarówno kryteriami diagnostycznymi (ICD-10, DSM-V) jak i najbardziej powszechnie stosowanym narzędziem do pomiar cech psychopatycznych: PCL-R. Narzędzie CAPP nie odnosi się ponadto do konkretnych zachowań oraz jest spójne z koncepcją „Wielkiej Piątki”. W trakcie tworzenia tego modelu nie przeprowadzono analizy czynnikowej – podział na poszczególne domeny był arbitralny. Badania dotyczące prototypowości przeprowadzone wśród specjalistów ochrony zdrowia psychicznego wykazały, że prawie wszystkie objawy były ocenione jako „wysoce” lub „bardzo wysoce” prototypowe dla psychopatii. Badania prototypowości przeprowadzone przez tłumaczy CAPP w innych językach z udziałem zarówno ekspertów, jak i osób niebędących specjalistami w ochronie zdrowia psychicznego, wykazały

wysoką zgodność pod względem tego, które objawy są postrzegane jako główne, a które jako peryferyjne (np. Hoff i in., 2012; Stoll, Heinzen, Köhler i Huchzermeier, 2011). W oparciu o narzędzie CAPP powstały dodatkowe formy aplikacyjne, takie jak np. CAPP-IRS - częściowo ustrukturyzowany wywiad kliniczny składający się z 33 pozycji, w którym zadaje się pytania osobom badanym o ocenę samych siebie i swoich relacji z innymi. Osoby badane oceniają ponadto swoje postępowanie, uczucia i emocje. Inną, dodatkową formą jest CAPP-SRF – formularz oceny dokonywanej przez personel instytucji, w której przebywa osoba oceniana (Cooke i in., 2012). Polska wersja tego narzędzia została przetłumaczona przez dr Łukasza Barwińskiego z Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie i jest nadal przedmiotem kompleksowych badań walidacyjnych.

### **3.1.5. Przegląd wybranych publikacji dotyczących związków psychopatii z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.**

Psychopatia jest powiązana z przemocą i innymi zachowaniami antyspołecznymi. Psychopatyczne zaburzenie osobowości jest bowiem silnym czynnikiem ryzyka przestępczości i przemocy zarówno u więźniów, jak i u pacjentów internowanych na oddziałach sądowo-psychiatrycznych (np. Douglas i in., 2013; Hart, 1998; Hart i Hare, 1997; Leistico, Salekin, DeCoster i Rogers, 2008; Neumann, Hare i Pardini, 2015; Salekin, 2008). Wyniki badań podłużnych wskazują, że psychopatia jest predyktorem ogólnej przestępczości, przemocy nieseksualnej oraz przemocy seksualnej (Hanson i Bussiere, 1998; Hanson i Morton-Bourgon, 2005; Hart i Hare, 1997; Hawes, Boccaccini i Murrie, 2013; Mokros, Osterheider, Hucker i Nitschke, 2011). Na podstawie obszernej metaanalizy Robertson, Walker i Frick (2020) zidentyfikowali psychopatię jako jeden z najsilniejszych predyktorów przemocy w związkach w porównaniu z innymi znanymi czynnikami ryzyka (np. agresją, zachowaniami aspołecznymi, spożywaniem alkoholu). Blackburn i Coid (1998) wykazali nadreprezentację zachowań antyspołecznych (m.in. kradzieży, oszustw, rozbojów, podpaień) u osób wykazujących psychopatyczne zaburzenia osobowości. Wyniki części badań wskazują, że w szczególności połączenie zaburzeń preferencji seksualnych i psychopatii zwiększa ryzyko ponownego popełniania przestępstw seksualnych (Hawes i in., 2013; Woodworth i in., 2013). Psychopatia jest również powiązana z procesem wiktyimizacji i stosowaniem przymusu fizycznego w przemocy seksualnej (Hawes i in., 2013; Robertson i Knight, 2014; Woodworth i in., 2013). Hemphill, Hare i Wong (1998) wykazali, że wyniki uzyskane w PCL-R (skala psychopatii Roberta Hare) w populacji osadzonych są ważnym predyktorem recydywy przestępczości ogólnej, przemocy ogólnej oraz przemocy seksualnej. Statystyki względnego ryzyka po jednym

roku wykazały, że psychopaci byli około trzy razy bardziej skłonni do recydywy – lub czterokrotnie bardziej skłonni do recydywy z użyciem przemocy – niż osoby niebędące psychopatami. Metaanaliza badań przeprowadzona przez Leistico i in. (2008) ukierunkowana na poszukiwanie związków pomiędzy różnymi wymiarami psychopatii a różnego rodzaju zachowaniami antyspołecznymi, wykazała znaczące związki psychopatii z recydywą przemocy. Metaanaliza 55 badań przeprowadzona przez Blais, Soludhkin i Forth (2014) wykazała umiarkowane, istotne związki psychopatii z dwoma rodzajami przemocy: instrumentalną i reaktywną. Podobnie istotny związek pomiędzy psychopatią a przemocą wykazała metaanaliza przeprowadzona przez Guy i in. (2010). Jednym z wniosków wynikającym z tej metaanalizy było stwierdzenie porównywalnej mocy prognostycznej narzędzi HCR-20 i PCL-R – gdy są stosowane rozłącznie. Pomimo, że w części badań stwierdzano co najwyżej umiarkowaną moc prognostyczną pomiaru psychopatii w kontekście przemocy (Douglas, Nikolova, Kelley i Edens, 2015), to zaburzenie to pozostaje centralnym elementem zarządzania ryzykiem przemocy i przeprowadzania badań sądowo-psychologiczno-psychiatrycznych (DeMatteo i in., 2020; Hart, 1998). Liczne badania w ciągu ostatnich dziesięcioleci wykazały znaczenie psychopatii jako jednego z najsilniejszych pojedynczych czynników ryzyka zachowań antyspołecznych i przemocowych (Hart, 1998; Hare, 1999; Hare, 2003).

Hart (1998), na podstawie przeglądu badań retrospektywnych ustalił, że psychopaci popełniali w przeszłości więcej aktów przemocy, o większej różnorodności (w tym akty przemocy seksualnej) niż osoby niebędące psychopatami. Badania prospektywne wskazywały z kolei, że psychopaci byli bardziej skłonni do popełniania przemocy niż osoby niebędące psychopatami. To zwiększone prawdopodobieństwo przemocy obserwowano w różnych populacjach. Hart (1998) wskazywał ponadto, że psychopatia jest koniecznym, ale niewystarczającym czynnikiem do tworzenia ustaleń związanych z oceną zagrożenia przemocą. Z drugiej strony psychopatia może być wystarczającym, ale niekoniecznym czynnikiem pozwalającym stwierdzić, że dana osoba stwarza wysokie ryzyko przemocy.

Psychopatia wiąże się ponadto z innymi czynnikami ryzyka, m.in. ze znaczącymi problemami w relacjach intymnych, uwzględniającymi m.in. konflikty (Savard, Sabourin i Lussier, 2006), przemoc domową (Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman i Stuart, 2003), niewierność, nadużycia emocjonalne, finansowe, przymus, izolowanie (Egan i Angus, 2004; Kirkman, 2005; Humeny, Forth i Logan, 2021; Forth i in., 2022), wiktymizację, stres pourazowy i inne objawy zaburzeń psychicznych (Forth i in., 2022) u partnerów osób psychopatycznych, jak i ze znaczącymi problemami w innych niż związki intymne, relacjach

np. rodzinnych, przyjacielskich, zawodowych. Gierowski (2009) odwołując się do czynników wyszczególnionych na podstawie badań R. Hare, podkreśla najbardziej charakterystyczne cechy funkcjonowania psychopatów w bliskich relacjach tj. promiskuityzm i liczne krótkotrwałe związki partnerskie. Stosunek psychopatów do partnerów seksualnych cechuje przedmiotowość. Mają tendencję do „eksploatacji” partnerów, nie dzielą się pozytywnymi emocjami, wykazują brak zaangażowania uczuciowego oraz deficyty w zakresie intymności. Życie uczuciowe psychopatów charakteryzuje chaos, częsta niewierność, brak lojalności, częste zmiany partnerów oraz pozostawanie w kilku równoległych związkach. Pastwa-Wojciechowska (2009, 2010, 2011) wskazuje również na istotne trudności w funkcjonowaniu psychopatów w relacjach interpersonalnych. Są oni wobec otoczenia nieufni i podejrzliwi. Okazywanie przez innych dobroci, współczucia, czy też innych pozytywnych emocji jest odczytywane przez psychopatów jako słabość i naiwność. Psychopaci posługują się często kłamstwem i manipulacją dla przyjemności lub osobistego zysku. Cechuje ich emocjonalny chłód związany z brakiem doświadczania takich emocji jak współczucie czy poczucie winy. Seksualność osób psychopatycznych ma charakter polimorficzny. W początkowej fazie relacji intymnych cechuje ich tzw. czar i urok osobisty. Ich funkcjonowanie w relacjach intymnych cechuje poszukiwanie doznań, wielkościowe „ja”, podatność na nudę, tendencja do dewaluacji i eksploatacji partnerów seksualnych, instrumentalny i cyniczny stosunek do związków uczuciowych. Osoby o cechach psychopatycznych wykazują znaczące deficyty w zakresie tworzenia relacji z rodziną i często zmieniają partnerów seksualnych.

O znaczących konsekwencjach cech psychopatycznych dla jakości relacji intymnych świadczą klasyczne opracowania pionierów badań z zakresu psychopatii, którzy podkreślali m.in. niezdolność do nawiązania zaangażowanych, długotrwałych relacji z innymi, manipulacyjne nastawienie, wykorzystywanie w oparciu o pasożytniczy styl funkcjonowania i eksploatację, bezosobowe życie seksualne, oszustwa i łamanie obietnic (Cleckley, 1988; Hare 1993). Badania nad młodocianymi psychopatami wskazują na kolejny problem w relacjach tj. niekorzystny dobór przyjaciół, którzy wykazują zachowania antyspołeczne (Cairns, Cairns, Neckerman, Gest i Gariépy, 1988; Vitaro, Brendgen i Tremblay, 2000; Kimonis, Frick i Barry, 2004).

Psychopatia jest ponadto związana z trudnościami w trakcie zdobywania wykształcenia (Campbell, Porter i Santor, 2004). Funkcjonowanie w miejscu pracy osób wykazujących cechy psychopatyczne może również być zaburzone. W konsekwencji deficytów interpersonalnych i wysokiej tendencji do manipulacji, psychopaci w sposób destruktywny oddziałują na relacje w zespole pracowników, co przekłada się na zmniejszenie ich efektywności, zaangażowania i

kreatywności. Wielu współpracowników lub podwładnych psychopatów podejmuje w efekcie decyzję o zmianie miejsca pracy (Farrell i Shafiei, 2012; Bano, Cisheng, Khan i Khan, 2019). Przebieg ścieżki edukacyjno-zawodowej może być ponadto zakłócony przez specyficzny, pasożytniczy tryb funkcjonowania psychopatów, tendencję do unikania realizacji zobowiązań, brak wytrwałości, brak długoterminowych celów, wysoką impulsywność w podejmowaniu decyzji (Hare, 1991, 1993, 1996; Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2009, 2015). Psychopaci wykazują ponadto niezdolność do tolerowania monotonii, przy jednoczesnej potrzebie doświadczania stymulujących i ekscytujących bodźców, co upośledza ich zdolność do adaptacyjnego funkcjonowania w środowisku, które postrzegają za nużące. W efekcie często przebywają na bezrobociu, odrzucają oferty pracy, rezygnują z zatrudnienia (Pastwa-Wojciechowska, 2010, 2014).

Jastrzębska, Pastwa-Wojciechowska i Piotrowski (2017) wskazują na to, że zaburzenia sfery afektywnej u psychopatów skutkują również brakiem istotnych zainteresowań, zmiennością i nietrwałością dążeń (zainicjowane czynności nie są kontynuowane), brak konsekwencji w realizacji założeń, nadmierną aktywność ukierunkowaną na osiągnięcia celów doraźnych, przerywanie aktywności w odpowiedzi na pierwsze niepowodzenia, brak realistycznej oceny własnych możliwości. W konsekwencji psychopaci bardzo często nie osiągają wykształcenia adekwatnego do ich poziomu inteligencji. Wyniki badania przeprowadzonego przez Pastwę Wojciechowską, Kazimierczak i Błażek (2012) potwierdzają wyżej opisaną charakterystykę osób psychopatycznych i wskazują na niekonstruktywne strategie planowania działań, w tym brak realistycznych celów, nieodpowiedzialność oraz lekkomyślność.

Psychopatia jest ponadto istotnie powiązana z ryzykiem uzależnienia lub szkodliwego stosowania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (Smith i Newman, 1990; Hemphill, Hart i Hare, 1994; Hopley i Brunelle, 2012; Walsh, Allen i Kosson, 2007; Taylor i Lang, 2006; Kimonis, Frick, Cauffman, Goldweber i Skeem 2012; Muratori i in., 2018). Psychopatia jest wyraźnie związana z wyższymi wskaźnikami zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych, bardziej intensywnym stosowaniem różnych substancji, a także bardziej przewlekłym i ciężkim przebiegiem problemów związanych ze stosowaniem substancji (Brennan, Stuppy-Sullivan i Baskin-Sommers, 2022). Wyniki części badań wskazują ponadto, że cechy psychopatyczne występują u osób, które popełniły przestępstwo w trakcie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Gori i in., 2014, 2017). U osób, które dopuszczają się zachowań antyspołecznych i wykazują cechy psychopatyczne obserwuje się podwyższone ryzyko zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. U osób

w osadzeniu penitencjarnym (które już wyjściowo wykazują większe problemy z używaniem alkoholu i innych substancji niż populacja ogólna; Fazel, Bains i Doll, 2006) diagnoza psychopatii może wiązać się nawet z pięciokrotnym wzrostem ryzyka wystąpienia zaburzeń związanych z używaniem substancji w przeciągu życia w porównaniu z populacją ogólną (Smith i Newman, 1990).

Zgodnie z powszechnym w środowisku klinicznym poglądem, osiągnięcie zmian w procesie leczenia pacjentów psychopatycznych jest właściwie niemożliwe (Berg i in., 2013). Harris i Rice (2006) wskazali, że nie istnieją żadne skuteczne interwencje wobec osób psychopatycznych. W rzeczywistości, część z terapii dedykowanych dla osób niewykazujących cech psychopatycznych, może powodować paradoksalny efekt u psychopatów, zwiększając przede wszystkim ryzyko recydywy przemocy (Harris, Rice i Cormier, 1991, 1994). Wyniki tego badania, sposób jego przeprowadzenia i możliwość jego uogólniania na inne oddziaływania terapeutyczne stosowane u osób psychopatycznych, były kwestionowane w późniejszych publikacjach (por. D'Silva, Duggan i McCarthy, 2004; Berg i in., 2013).

Olver i Wong (2009) zrealizowali z kolei podłużne badanie dotyczące przebiegu psychopatii wraz z upływem czasu. Wykazano, że nawet u psychopatów wskaźniki różnego rodzaju recydywy ulegają zmniejszeniu wraz z upływem czasu. Salekin (2002) wskazał na powszechny pesymizm w środowisku medycznym dotyczący możliwości efektywnego leczenia psychopatii. Na podstawie przeglądu 42 badań dotyczących efektów leczenia psychopatów, wykazał szereg programów terapeutycznych i interwencji, które wykazują skuteczność w redukcji objawów i zachowań wynikających z cech psychopatycznych.

Niezależnie od dyskusji dotyczącej możliwości efektywnego leczenia osób psychopatycznych, wnioski z różnych badań potwierdzają, że cechy psychopatyczne są związane różnymi problemami w procesie terapeutycznym. Ogloff, Wong i Greenwood (1990) wskazywali, że psychopatyczni sprawcy przestępstw z reguły słabo reagują na leczenie i terapię, ponieważ brakuje im motywacji i wykazują istotny opór przed zmianami. Olver, Stockdale i Wormith (2011) przeprowadzili metaanalizę badań dotyczących czynników ryzyka rezygnacji z programów terapeutycznych. Wyniki tej metaanalizy potwierdziły, że psychopatia stanowi jeden z najsilniejszych predyktorów przedwczesnego ukończenia programów terapeutycznych. Diagnoza psychopatii jest związana z 30% wzrostem ryzyka porzucenia terapii. Badanie przeprowadzone wśród sprawców seksualnych poddanych terapii, wykazało, że wynik w czynniku 1. PCL-R (interpersonalno-afektywny), a zwłaszcza jego aspekt afektywny (związany z bezdusnością i deficytami emocjonalnymi) był szczególnie silnym predyktorem niepowodzenia leczenia (Olver i Wong, 2011).

Psychopaci wykazują ponadto deficyty w obszarze tworzenia więzi ze specjalistami odpowiedzialnymi za ich leczenie w procesie terapeutycznym. Wynik uzyskany w PCL-R jest skorelowany ujemnie z oceną współpracy terapeutycznej dokonaną przez pacjenta. W szczególności aspekt afektywny jest powiązany z niższymi wynikami oceny więzi – wyraźna obecność bezduszności i braku emocji były związane ze słabszą więzią z terapeutą. Wykazano ponadto, że sprawcy psychopatyczni przejawiają gorszą etykę we współpracy terapeutycznej, zwłaszcza sprawcy uzyskujący wysokie wyniki w aspekcie „Styl życia” w narzędziu PCL-R. Wiązało się to gorszym wykonywaniem odpowiednich zadań w trakcie sesji terapeutycznych (DeSorcy, Olver i Wormith, 2016).

Psychopaci przysparzają również wielu wyzwań terapeutycznych (Wong, 2015; Wong, Gordon, Gu, Lewis i Olver, 2012; Polaschek i Daly, 2013; Olver i Wong, 2011) m.in. mogą ujawniać agresję werbalną i emocjonalną w postaci gróźb, obraźliwych wypowiedzi, zastraszania personelu i pacjentów czy też sabotowania realizacji zadań terapeutycznych. Są skłonni do łamania ustalonych zasad i zaleceń oraz generalnie nie są zmotywowani do współpracy terapeutycznej (Skeem, Manchak i Peterson, 2011; Wong, Gordon i Gu, 2007; Wong, 2015; Wong i in., 2012, Hildebrand i de Ruiters, 2012). Wykazują częściej problemy z zachowaniem w trakcie pobytu w instytucji (Guy, Edens, Anthony i Douglas, 2005; Hildebrand, de Ruiters i Nijman, 2004), w tym dokonują aktów przemocy w trakcie leczenia (Chachssi, De Ruiters i Bernstein, 2010). W sytuacji włączenia psychopatów do grupy terapeutycznej mogą pojawić się dodatkowe problemy w postaci wrogiego nastawienia, oporu w odpowiedzi na informacje zwrotne, wywoływania skrajnych emocji u innych członków grupy. Sprawność w kontaktach interpersonalnych jest często wykorzystywana do negatywnych celów, takich jak przekraczanie granic, tworzenie konfliktów i podziałów pomiędzy personelem medycznym, a także pacjentami, manipulowanie personelem w celu uzyskania specjalnych przywilejów lub przysług (Olver i Wong, 2011; Wong, 2015; Olver, 2016). Ponadto pacjenci psychopatyczni wykazują tendencję do naruszania zasad instytucjonalnych m.in. stosując agresję w obrębie instytucji (Guy i in., 2005; Olver i in., 2020; Walters i Heilbrun, 2010). U osób internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej stwierdzono ponadto związek nasilenia psychopatii z częstością przerywania terapii (Jeandarme, Pouls, Oei i Bogaerts, 2017). Psychopaci wykazują również tendencję do symulowania zaangażowania w proces terapeutyczny oraz pozorowania pozytywnych efektów psychoterapii (Hare, 1993, 2008).

Pastwa-Wojciechowska (2009) wskazuje na cztery zasadnicze problemy w trakcie realizacji terapii sprawców wykazujących cechy psychopatyczne: a) instrumentalną motywację

przy przystąpieniu do psychoterapii, b) ukrywanie przez nich właściwego celu podjęcia psychoterapii, c) tendencję do manipulowania terapeutą, utrudniony kontakt d) psychopaci są na wczesnym etapie uświadamiania sobie własnych problemów (w tzw. fazie prekontemplacji), dlatego nie można rozpocząć z nimi jeszcze pracy stricte terapeutycznej. Wskazuje się ponadto na ryzyko zjawiska „pozornej zmiany” osiąganego u psychopatów w efekcie ingracji i manipulacji stosowanych przez nich wobec terapeutów (Jastrzębska, Pastwa-Wojciechowska, Piotrowski, 2017)

Badania, w których poddano analizie zmiany w ryzyku przemocy u sprawców z cechami psychopatycznymi nie przyniosły spójnych wyników. Niektóre z nich dostarczają dowodów potwierdzających negatywny związek psychopatii z wielkością poprawy pod wpływem leczenia (Olver i in., 2013). Inne natomiast nie wskazują na związek pomiędzy psychopatią a zmianami w dynamicznych czynnikach ryzyka (por. Mastromanno i in., 2017) lub nie wykazują istotnych różnic pomiędzy psychopatami a nie-psychopatami w zmianie dynamicznych czynników ryzyka wraz z upływem czasu (por. Hildebrand i de Ruiter, 2012). Na jeszcze inną tendencję wskazują badania porównawcze w zakresie efektów terapii uzależnień, które wykazały, że występują wyraźne różnice pomiędzy grupą psychopatów uczestniczących w terapii a grupą psychopatów nieuczestniczących w terapii. Grupa, która brała udział w leczeniu wykazywała zadziwiającą zmianę (niemal we wszystkich zmiennych dotyczących postępu terapeutycznego) w funkcjonowaniu psychospołecznym i duże różnice w pomiarze zmiennych przed i po terapii w porównaniu do psychopatów niepoddanych leczeniu (Jastrzębska i in., 2017). Autorzy badania, odnosząc wyniki do grupy niepsychopatycznych więźniów uczestniczących w terapii, których postęp ocenili jako bardziej wiarygodny, wskazali, że grupa psychopatów osiągnęła pozorny efekt terapeutyczny, którego obraz wynikał z manipulacji i chęci „zaprezentowania się”.

Związki psychopatii z pomiarami ryzyka przy użyciu narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy, są ewidentne i dobrze udokumentowane. Pomimo, że pomiar cech psychopatycznych lub co najmniej potwierdzenie istniejącej diagnozy jest postrzegane jako niemal integralna część oceny ryzyka przemocy, to metaanaliza przeprowadzona przez Guy, Douglasa i Hendry (2010) nie potwierdziła znaczącego wzrostu trafności przyrostowej w konsekwencji uzupełnienia pomiaru przy pomocy HCR-20 o PCL-R, a wykluczenie pomiaru cech psychopatycznych nie pogarszało prognostycznych walorów pomiaru z użyciem HCR-20. Freedman (2001) postulował, żeby nie stosować narzędzia PCL-R do prognozowania ryzyka przemocy, a jedynie do diagnozy cech psychopatycznych. Gierowski (2009) formułuje tezę, że trudno traktować psychopatię, w tym zwłaszcza wynik uzyskany w narzędziu PCL-R jako



wystarczającą przesłankę do formułowania trafnych sądów prognostycznych odnoszących się do ryzyka przemocy. Ocena ryzyka przemocy jest bowiem bardziej kompleksową procedurą uwzględniającą ocenę szerszego kontekstu: historycznego, indywidualnego i kryminalnego. Psychopatia w połączeniu z innymi czynnikami ryzyka staje się istotną przesłanką prognostyczną w ocenie ryzyka przemocy.

Psychopatia jest powiązana także z klinicznymi czynnikami ryzyka (m.in. problemami z wglądem, niestabilnością afektywną, behawioralną, poznawczą, wyobrażeniami, fantazjami i myślami dotyczącymi przemocy) w trakcie badania i/lub w trakcie pobytu w instytucji. Brak wglądu jest cechą charakterystyczną osób psychopatycznych według Cleckleya – (1941/1988), twórcy współczesnego konstrukt psychopatii. Wskazywał on wręcz, że brak wglądu u psychopatów jest bardziej dojmujący niż u pacjentów chorujących na schizofrenię. Psychopata „nie ma zdolności postrzegania siebie w taki sposób, jak widzą go inni” (Cleckley, 1988, str. 350), nie jest też zdolny „do normalnej oceny tego, czego dokonał, kim jest i kim był” (Cleckley, 1988, str. 353). Współczesne badania zdają się jednak nie potwierdzać założenia o braku wglądu, przynajmniej w wymiarze poznawczej świadomości występowania własnych cech psychopatycznych, która jest uwzględniona w narzędziach samoopisowych dotyczących wglądu (Miller, Jones i Lynam, 2011). Wyniki badania przeprowadzonego przez Kelley i in. (2018) polegającego m.in. na porównaniu wyników samoopisów osób psychopatycznych z informacjami udzielonymi przez źródła obiektywizujące również sugerują, że w warunkach poufności i braku ryzyka odpowiedzialności karnej, osoby psychopatyczne są w stanie ujawnić informacje wskazujące na świadomość swoich cech psychopatycznych.

Psychopatia wiąże się również z niestabilnym obrazem samego siebie. Wyrażono to w procesie konstrukcji skali CAPP (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality) służącej do pomiaru cech psychopatycznej, w której uwzględniono obszar „niestabilnego obrazu siebie” (Cooke i Logan, 2018). Wyniki badań przeprowadzonych przez Doerflera i in. (2021) potwierdziły, że obraz siebie osób wykazujących cechy tzw. mrocznej triady osobowościowej (makiawelizm, narcyzm, psychopatia) jest osłabiony, niewyraźnie określony i związany z aktualnym stanem. Oprócz niestabilności poznawczej osoby o cechach psychopatycznych wykazują często niestabilność behawioralną w postaci podejmowania lekkomyślnych i ryzykownych zachowań oraz słabej kontroli impulsów (Jones i Paulhus, 2011), czy też niestabilność afektywną w postaci np. przeżywanych w sposób przewlekły negatywnych emocji, w tym przede wszystkim gniewu (DeLisi i Vaughn, 2014; Kosson, Garofalo, McBride i Velotti, 2020). Pastwa-Wojciechowska (2009) podkreśla, że u osób

psychopatycznych występują deficyty w zakresie planowania - osoby te mają tendencję do podejmowania decyzji pod wpływem impulsu, nie zważając na konsekwencje swoich działań. U osób psychopatycznych wysoce prawdopodobne jest wystąpienie kolejnego czynnika ryzyka przemocy tj. myśli, wyobrażeń, fantazji i impulsów dotyczących przemocy. U pacjentów po przebytym leczeniu psychiatrycznym, stwierdzano wyraźny związek pomiędzy zgłaszanymi myślami przemocowymi a psychopatią, impulsywnością i gniewem (Grisso, 2000). Stwierdzano również związek między psychopatią a dewiacyjnymi fantazjami seksualnymi, których treść ujawniała gotowość do zadawania bólu i urazów oraz zdystansowanie się od cierpienia innych. Analiza wątków pojawiających się w specyficznych dewiacyjnych formach fantazji wykazała duże podobieństwo do charakterystycznych objawów wynikających z psychopatii (Mokros i in., 2011). Ustalono również, że przemocowe fantazje seksualne połączone z sadyzmem, agresją, wysoką impulsywnością oraz z dystansem są istotnymi predyktorami stosowania przymusu seksualnego. Visser, DeBow, Pozzebon, Bogaert i Book (2015) wykazali, że duże nasilenie cech psychopatycznych jest istotnie dodatnio skorelowane z fantazjami dotyczącymi przygodnego seksu bez ograniczeń, z wątkami dominacji i uległości i dewiacyjnych form kontaktów seksualnych. Fantazje te – przekładają się u osób psychopatycznych – na rzeczywistość, bowiem częściej zgłaszają one, że faktycznie uczestniczyły w dominujących i dewiacyjnych formach kontaktów seksualnych.

Psychopatia może mieć ponadto związek z deficytami w obszarach, które podlegają zarządzaniu ryzykiem przemocy (dotyczących przewidywanego funkcjonowania w przyszłości). U osób, które oprócz psychopatii wykazują współistniejące zaburzenia psychiczne, należy spodziewać się problemów z korzystaniem z odpowiednich świadczeń specjalistycznych, ze względu na obniżoną zdolność do współpracy i wysoką impulsywność (Fullam i Dolan, 2006). W środowisku klinicznym dominuje wyraźny pesymizm co do możliwości skutecznej realizacji świadczeń specjalistycznych wobec osób psychopatycznych, co znajduje potwierdzenie w badaniach empirycznych (Harris i Rice, 2006; Salekin, 2002, Wilson i Tamatea, 2013, Dolan i Doyle, 2007). W perspektywie długoterminowej – psychopaci muszą liczyć się z odrzuceniem ze strony najbliższego otoczenia i mogą napotkać na znaczące problemy ze wsparciem społecznym (Martens, 2000, 2002). Zarządzanie ryzykiem przemocy w przyszłości może być u psychopatów utrudnione w kontekście przewidywanych problemów z sytuacją życiową (m.in. mieszkaniową, finansową). Obserwuje się u nich bowiem problemy z formułowaniem realistycznych, długoterminowych celów (Hare, 1991, Hare, 1996, Pastwa-Wojciechowska, 2004), jak i deficyty w zakresie zdolności do ukierunkowanego i celowego działania (Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2008) wynikające bezpośrednio z deficytów w

procesach obejmujących samoregulację i samokontrolę. Pastwa-Wojciechowska (2014) wskazuje na specyficzny sposób funkcjonowania osób psychopatycznych, które poszukują ekscytacji i wykazują małą tolerancję dla czynności nużących, co skutkuje tym, że często podejmują nowe aktywności i przerywają je z powodów trudnych do zrozumienia dla postronnego obserwatora.

Pastwa-Wojciechowska (2008) wskazuje ponadto, że w przypadku u osób psychopatycznych dochodzi do zaburzeń funkcji osobowości związanych z otwartością, aktywnością, telenomicznością, zdolnością do uczenia się. Zaznacza się u nich w niedorozwój struktur poznawczych, w związku z czym obserwuje się nieprawidłowe wykształcenie się mechanizmów samokontroli, co oznacza przewagę struktur popędowo-emocjonalnych nad strukturami poznawczymi.

Zarządzając ryzykiem u psychopatów należy zwrócić uwagę na potencjalne problemy z adekwatnym radzeniem sobie ze stresem. Szereg publikacji wskazuje na nasilenie egocentryzmu, skoncentrowanie na własnych doświadczeniach, unikanie konfrontacji z rzeczywistością, patologiczne fantazjowanie i reaktywną agresję w konfrontacji z przeszkodami w realizacji celów i frustracją potrzeb (Hare, 1991, 1996; Pastwa-Wojciechowska, 2004).

Retrospektywne badanie z powtarzalnymi pomiarami wśród sprawców przemocy seksualnej poddanych przymusowemu leczeniu wykazało, że sprawcy o wysokim nasileniu psychopatii wykazują niższy poziom czynników ochronnych, zarówno przed leczeniem, jak i po leczeniu. Obserwowano natomiast podobny schemat zmian w nasileniu czynników ochronnych jak u mężczyzn niewykazujących cech psychopatycznych (Olver i Riemer, 2021). Wykazano, że jedynie aspekt afektywny narzędzia PCL-R jest negatywnie powiązany z pozytywnymi zmianami w czynnikach ochronnych. Szczególnie cechy czynnika afektywnego: bezduszość i brak emocji wiązały się z szeregiem negatywnych implikacji terapeutycznych. Afektywny aspekt psychopatii nie tylko wiąże się ze zmniejszonym postępem terapeutycznym w zakresie redukcji ryzyka, ale także mniejszą liczbą pozytywnych zmian przed i po leczeniu w zakresie czynników ochronnych. Wynik tego badania jest spójny z modelem zaproponowanym przez Wonga (2015), który dostarcza implikacji praktycznych dla osób odpowiedzialnych za proces terapeutyczny osób psychopatycznych. Zgodnie z tym modelem (por. Wong i Hare, 2005; Wong i in., 2012) zarządzanie płaszczyzną afektywną (zwłaszcza cechami wynikającymi z bezduszości i braku empatii) jest kluczowe dla zapobiegania czynnikom zakłócającym proces terapeutyczny. Wykazana w badaniu Olvera i Riemera pozytywna korelacja pomiędzy płaszczyzną antyspołeczną w PCL-R a pozytywnymi zmianami

w zakresie czynników ochronnych może pozornie zaskakiwać w kontekście wielokrotnie potwierdzonej prawidłowości, że wysokie wyniki w płaszczyźnie antyspołecznej w PCL-R są bowiem najsilniejszym i najbardziej istotnym predyktorem recydywy. Wysokie wyniki w tej płaszczyźnie wykazują osoby, które mają bogatą przeszłość kryminalną oraz skłonność do łamania zasad. Są to jednak osoby, które wyjściowo mają najwyższy poziom deficytów, co stwarza potencjał do osiągnięcia największej poprawy.

Szereg publikacji potwierdza związki psychopatii z deficytami w zakresie obszarów ujmowanych jako czynniki ochronne w kontekście ryzyka przemocy. W rozwoju cech psychopatycznych podkreśla się rolę wczesnej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia i nadużycia w zakresie relacji (Craparo, Schimmenti i Caretti, 2019; Dargis, Newman, i Koenigs, 2016; Moreira, Moreira, Barbosa, Sousa-Gomes i Fávero, 2022). W wielu przypadkach sprowadza się to do braku bezpiecznych więzi ze znaczącymi osobami dorosłymi w dzieciństwie i okresie dorastania, co z kolei przekłada się na niekorzystny styl przywiązania w dorosłości (Khetrapal, 2009; Kyranides, 2021; Alzeer, Michailidou, Munot i Kyranides, 2019; Van Der Zouwen i in., 2018). Wysoki poziom psychopatii wiąże się z deficytami w zakresie empatii, która jest wskazywana wśród czynników chroniących przed przemocą (Harris i Picchioni, 2013; Blair, 2007; Fullam i Dolan, 2006; Blair, 2013; Marsh, 2014). Chociaż część badań wskazuje na deficyty empatii afektywnej w psychopatii, to wykazywana wielkość efektów jest bardzo zróżnicowana (Sörman i in., 2016; van Dongen, Brazil, van der Veen i Franken, 2018). Część badaczy sugeruje, że osoby z psychopatią nie wykazują deficytów w mentalizowaniu emocji, a zatem nie brakuje im empatii poznawczej (Hare, 1999; Dolan i Fullam, 2004; Blair, 2005, 2008). Część publikacji wskazuje jednak na negatywną korelację pomiędzy psychopatią a empatią poznawczą (zob. np. Brook i Kosson, 2013). Wyniki jednej z najbardziej aktualnych metaanaliz autorstwa Burkhardta i Miera (2022) wskazują, że psychopatia wiąże się ze znacznymi deficytami w szerokim spektrum przetwarzania emocjonalnego. Osoby z cechami psychopatycznymi wykazują upośledzenie zarówno empatii afektywnej, jak i poznawczej. Wykazują ponadto obniżony poziom osobistego cierpienia w odpowiedzi na cierpienie innej osoby. Oprócz deficytów w zakresie zdolności do empatii, psychopatia wiąże się również z problemami w przetwarzaniu własnych uczuć, w tym trudnościami w opisywaniu i interpretowaniu własnych emocji, a także tendencją do stylu myślenia zorientowanego na zewnątrz.

Psychopatia jest ponadto powiązana z deficytami w zakresie innych czynników ochronnych, m.in. samokontroli (np. Pastwa-Wojciechowska, 2008; DeLisi, Tostlebe, Burgason, Heirigs i Vaughn, 2018; Pechorro, DeLisi, Maroco i Simões, 2022), zdolności

odraczania gratyfikacji i nastawienia na realizację długoterminowych celów (Hare, 2003; Buckholtz, 2010; Osumi i Ohira, 2017), jakości związków intymnych (Savard, Sabourin, Lussier, 2006; Holtzworth-Munroe i in., 2000; Egan i Angus, 2004, Kirkman, 2005; Humeny, Forth i Logan, 2021, Forth i in., 2022). Życie psychopaty jest często naznaczone chaosem i złą jakością w relacjach, rozwodami i niekorzystnymi warunkami socjoekonomicznymi (Martens, 2000, 2002). Psychopaci egocentryczno-impulsywni mogą z kolei łamać reguły, wykazywać cyniczny stosunek do innych, walczyć autorytetami, co może w kontekście leczenia/terapii osłabiać ochronny wpływ pozytywnego nastawienia do autorytetów (lekarzy, psychologów, terapeutów, wymiaru sprawiedliwości itp.) i podważać skuteczność kolejnego potencjalnego czynnika ochronnego – kontroli zewnętrznej (Cierpiałkowska, Groth i Kleka, 2018).

### **3.2. Związki impulsywności z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.**

#### **3.2.1. Konstrukty impulsywności w teoriach psychologicznych.**

Konstrukty impulsywności ma istotne znaczenie w badaniach i w kontekście klinicznym w odniesieniu do zachowań ryzykownych i szeregu zaburzeń psychicznych. Klasyfikacje zaburzeń psychicznych uwzględniają impulsywność jako kryterium diagnostyczne charakterystyczne dla kilku zaburzeń. Nie ma jednak jednoznacznego modelu wyjaśniającego, w jaki sposób impulsywność wpływa na rozwój zaburzeń psychicznych i rozwój zachowań ryzykownych. Impulsywność jest również dyspozycją opisywaną w ramach mieszczącego się w normie klinicznej funkcjonowania osób, które nie wykazują zaburzeń psychicznych (Jakubczyk i Wojnar, 2009). Brak powszechnej zgody co do definicji impulsywności, jej głównych składowych oraz technik pomiaru można uznać za główne przyczyny uniemożliwiające sformułowanie kompleksowej teorii dotyczącej etiologii impulsywności i jej roli w różnorodnej psychopatologii (Bakhshani, 2014)

Impulsywność jest ogólnie ujmowana jako tendencja do spontanicznych myśli i działań w odpowiedzi na bodźce wewnętrzne lub zewnętrzne bez elementu planowania lub przewidywania konsekwencji – zarówno dla siebie, jak i innych (Wilson i Tamatea, 2013; Enticott i Ogloff, 2006). Impulsywność wiąże się z obniżoną zdolnością do odraczania gratyfikacji i uwzględniania długofalowych konsekwencji działań. Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz i Swann (2001) podkreślają, że impulsywność jest konstruktem złożonym, wieloaspektowym - oznaczającym predyspozycję do gwałtownych i nieprzemyślanych działań, z towarzyszącą niską wrażliwością na ich potencjalne negatywne konsekwencje i odrzuceniem

perspektywy długoterminowej. Eysenck (1993) wskazuje, że impulsywność skutkuje nieplanowanymi, ryzykownymi zachowaniami i szybkim podejmowaniem decyzji. Dickman (1993) zaproponował pojęcie dysfunkcyjnej impulsywności, która charakteryzuje się tym, że osoba dotknięta tą dyspozycją podejmuje działania z mniejszym namysłem w porównaniu z większością osób o porównywalnym poziomie umiejętności i wiedzy. Jednym z elementów wpływającym na dysfunkcję w zakresie hamowania reakcji jest brak adekwatnej uwagi. Barrat (1994) wskazał na trzy wymiary impulsywności: a) motoryczny (działanie bez przemyślenia), b) poznawczy (szybkie poznawcze podejmowanie decyzji), c) brak planowania (deficyty w orientacji na przyszłość). Nigg, Silk, Stavro i Miller (2005) zdefiniowali impulsywność jako pochopną reakcję w sytuacjach, w których bardziej odpowiednia jest rozważna reakcja.

Jedną z najważniejszych implikacji praktycznych w kontekście diagnozowania sprawców czynów zabronionych niesie ze sobą rozróżnienie konstruktów impulsywności jako stałej cechy osobowości (Blaszczynski i Nower, 2002, 2006) od impulsywnego zachowania będącego rezultatem chwilowego stanu (Brunner i Hen, 1997). Szereg modeli (patrz np. Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham i Moeller, 2004) integruje oba podejścia, wskazując, że wysoka impulsywność jest wynikiem zarówno utrwalonych, stałych predyspozycji osobowościowych, jak i chwilowym stanem wywołanym szeregiem czynników m.in. psychopatologicznych takich jak np. stan po zażyciu substancji psychoaktywnych, stan psychiczny w trakcie doświadczania zaburzeń reaktywnych i adaptacyjnych, czy też stan psychiczny w przebiegu zespołu maniakalnego.

### **3.2.2. Wybrane modele impulsywności i narzędzia służące do jej pomiaru.**

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych modeli impulsywności jest model zaproponowany Whiteside'a i Lynam'a (2001), którzy zidentyfikowali cztery powszechne czynniki pojawiające się w samoopisowych narzędziach dotyczących impulsywności tj. 1) brak premedytacji (przezorności), 2) poszukiwanie doznań, 3) brak wytrwałości i 4) popędliwość. Brak premedytacji (przezorności) odzwierciedla braki w myśleniu lub planowaniu poprzedzającym działanie. Jest to czynnik najpowszechniej występujący w różnych konceptualizacjach impulsywności, w związku z czym narzędzia służące do pomiaru impulsywności często wychwytyują ten wymiar. Poszukiwanie doznań odnosi się do podążania za nowymi i ekscytującymi doświadczeniami, często pomimo lub nawet z powodu potencjalnego ryzyka związanego z tymi działaniami. Brak wytrwałości odzwierciedla niezdolność do utrzymania uwagi lub wysiłku podczas wykonywania zadań. Wreszcie,

popędliwość odnosi się do tendencji do popełniania pochopnych działań w trakcie doświadczania różnych emocji, których następnie dana osoba żałuje (Zald, 2015).

Cyders i in. (2007) wykazali, że popędliwość dzieli się na dwie odrębne domeny – **popędliwość pozytywną** (positive urgency) i **popędliwość negatywną** (negative urgency). Popędliwość negatywna została opisana w oryginalnej koncepcji Whiteside'a i Lynama. Popędliwość pozytywna (positive urgency) to z kolei skłonność do porywczego, pochopnego, i nierozważnego reagowania w trakcie doświadczania silnego afektu pozytywnego. Badania Cyders i in. (2007) wskazują, że pozytywna popędliwość ujawnia się, gdy dana osoba popełnia pochopne lub godne pożałowania działania, gdy pojawia się u niej perspektywa uzyskanych korzyści. Negatywna popędliwość pojawia się w kontekście negatywnych lub awersyjnych stanów emocjonalnych – i w odróżnieniu od pozostałych aspektów impulsywności - jest powiązana silnie z neurotyzmem. Pozostałe aspekty impulsywności są powiązane z innymi aspektami osobowości, w tym niską sumiennością lub wysoką ekstrawersją (Whiteside i Lynam, 2001).

Do najbardziej znanych narzędzi samoopisowych, służących do pomiaru impulsywności należą: Skala Impulsywności Barrata (Barratt Impulsivity Scale-11, BIS11, Patton, Stanford i Barratt, 1995), Skala Impulsywnego Zachowania UPPS-P (Whiteside i Lynam, 2001), Skala Impulsywności (Eysenck i Eysenck, 1978) oraz Skala Poszukiwania Doznań (Sensation Seeking Scale V, Zuckerman, Eysenck, Sybil i Eysenck, 1978). W podejściu behawioralnym ocenia się poszczególne aspekty impulsywności przy pomocy miar behawioralnych. Te najczęściej stosowane oceniają zdolność do wstrzymywania lub hamowania reakcji np. zadania typu go/no go. Druga klasa behawioralnych miar impulsywności ocenia zdolność (lub niemożność) do oczekiwania na opóźnioną nagrodę (zdolność odraczania gratyfikacji). Behawioralne miary impulsywności wykazują co najwyżej słabe korelacje z samoopisowymi miarami impulsywności (Meda i in., 2009; Reynolds, Ortengren, Richards i de Wit, 2006).

### **3.2.3. Przegląd wybranych publikacji dotyczących powiązań impulsywności z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.**

Impulsywność jest jednym z kluczowych objawów psychopatologicznych, który należy wziąć pod uwagę w trakcie pracy z pacjentami sądowo-psychiatrycznymi. Zwiększoną impulsywność stwierdzono u osób wykazujących objawy różnych zaburzeń osobowości, w tym przede wszystkim antyspołecznych zaburzeń osobowości i zaburzeń osobowości typu borderline, objawów manii, zespołu hiperkinetycznego (ADHD), uzależnienia od substancji

psychoaktywnych, zaburzeń depresyjnych, zaburzeń odżywiania, tendencji samobójczych (Moeller i in., 2001a; Arun i Das, 2016; Berg, Latzman, Bliwise i Lilienfeld, 2015). Impulsywność została uwzględniona jako ważny element w dynamicznych modelach ryzyka przemocy (Bushman i Anderson, 2001; Prentky, Knight, Lee i Cerce, 1995) oraz jako kliniczny czynnik ryzyka w ustrukturyzowanych narzędziach do pomiaru ryzyka przemocy (Singh i in., 2011), w tym dwóch wersjach narzędzia do oceny ryzyka przemocy ogólnej – HCR-20 wersja 1 (Webster i in., 1995) i HCR-20 wersja 2 (Webster i in., 1997). Zmiany w nasileniu impulsywności mogą oznaczać zmiany w nasileniu aktywnych objawów obserwowanych w przebiegu różnych jednostek psychopatologicznych, w tym przede wszystkim głębokich zaburzeń nastroju, zaburzeń osobowości, czy też uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Webster i in., 1997, Moeller i in., 2001a). W populacjach sądowo-psychiatrycznych i więziennych częstotliwość występowania patologicznej impulsywności jest bardzo wysoka (Bjørkly, 2013; Haden i Shiva, 2008; Værøy, Western i Andersson, 2016). Wielokrotnie wykazano związek pomiędzy impulsywnością a przemocą, zarówno w ogólnej populacji przestępców, jak i populacji sądowo-psychiatrycznej (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici i Trestman, 2016; Meijers, Harte, Meynen i Cuijpers, 2017; Spaans, Molendijk, de Beurs, Rinne i Spinhoven, 2017; Zhou, Zhu, Li i Wang, 2014). Badania prospektywne w spójny sposób dowodzą również związku pomiędzy impulsywnością a wynikającą z niej przemocą w populacjach przestępczych (Bousardt, Hoogendoorn, Noorthoorn, Hummelen i Nijman, 2016; Coid i in., 2015b). Potwierdzano również związek między impulsywnością a recydywą wśród sprawców przemocy (Edwards, Holden, Felitti, Anda i Moffitt, 2003; Stanford i in., 2003). Sprawcy przestępstw z użyciem przemocy wykazują większe nasilenie impulsywności niż sprawcy przestępstw bez użycia przemocy (Alford, O'Rourke, Doyle i Todd, 2020). Bjørkly (2013) na podstawie przeglądu badań wskazuje jednak na niejednoznaczny związek pomiędzy impulsywnością a przemocą u osób z zaburzeniami psychotycznymi (które przeważają na oddziałach sądowo-psychiatrycznych). Wskazuje ponadto na konieczność dalszych prospektywnych badań koncentrujących się na charakterze i sile tego związku, a także na odpowiedzi na pytanie, czy impulsywność jest niezależnym czynnikiem przyczynowym, czy też wtórną konsekwencją niepokoju emocjonalnego, który często wynika z pozytywnych objawów psychotycznych.

Przegląd literatury dostarcza szeregu dowodów na związek impulsywności z licznymi czynnikami ryzyka przemocy. Przede wszystkim, wyniki badań wskazują na najsilniejszy na tle innych związek impulsywności ze stosowaniem substancji psychoaktywnych (Alford i in., 2020; Carli i in. 2014; Kamphuis, Dijk, Spren i Lancel, 2014; Walters i Kiehl, 2015, Davis,



Smith i Briley, 2017; Jakubczyk i in., 2018). Połączenie impulsywnego podejmowania decyzji z nieadekwatnym hamowaniem reakcji jest znaczącym predyktorem uzależnienia od narkotyków, impulsywnego stylu życia jako wymiaru psychopatii oraz antyspołecznego zaburzenia osobowości (Bjorkly, 2013). Szereg badań z użyciem narzędzia służącego do pomiaru impulsywności - UPPS-P wskazuje na istotny, zróżnicowany i specyficzny związek wszystkich wymiarów impulsywności ze stosowaniem alkoholu oraz problemami z nim związanymi (Cyders i in., 2007; Cyders i Smith, 2008; Cyders, Flory, Rainer i Smith, 2009; Coskunpinar, Dir i Cyders, 2013; Stautz i Cooper, 2013; Poprawa, 2014).

Wyniki badań wskazują również na to, że niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie są związane negatywnie z samokontrolą (Chapple, Pierce i Jones, 2021; Jones, Pierce i Chapple, 2022; Meldrum i in., 2020). Wzrost impulsywności ujmowanej jako składowa procesów samokontroli wynika z niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie (Zhong i in., 2022, Meldrum i in., 2020; Perez, Jennings i Baglivio, 2018; Shin, McDonald i Conley, 2018). Traumatyczne doświadczenia z przeszłości mogą bowiem upośledzać zdolność radzenia sobie z emocjami i utrwalać stosowanie nieskutecznych strategii regulacji emocji (Lee, Lee, Jun i Park, 2020). Nieefektywna regulacja emocji może być czynnikiem przyczyniającym się do wzrostu impulsywności w zaburzeniach psychicznych, takich jak PTSD (Weiss, Tull, Viana, Anestis i Gratz, 2012), czy zaburzeniach osobowości typu borderline (Williams, Sidis, Gordon i Meares, 2006). Zarówno klasyczne opracowania dotyczące psychopatii (Cleckley 1988; Hare 1993; Hart i Dempster, 1997), jak i zawarte w DSM V kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości typu dysocjalnego (American Psychiatric Association, 2013) ujmują impulsywność jako jeden z kluczowych objawów. We wdrażanych aktualnie do polskiego systemu opieki zdrowotnej kryteriach diagnostycznych ICD-11 nastąpiło istotne przeformułowanie diagnozy zaburzeń osobowości. Obserwujemy obecnie odejście od kategoryjnego opisu poszczególnych zaburzeń osobowości wraz z kryteriami diagnostycznymi stanowiącymi charakterystykę danego typu zaburzenia na rzecz pełnego opisu konkretnego przypadku zaburzenia osobowości obejmującego ocenę poziomu nasilenia (łagodne, umiarkowane, ciężkie) i przypisania odpowiednich specyfikatorów domeny cech:

1. Negatywna emocjonalność, 2. Zdystansowanie, 3. Dysocjalność, 4. Odhamowanie, 5. Anankastyczność. 6. Wzorzec borderline (opcjonalny specyfikator dla klinicystów). W odróżnieniu do uprzednio obowiązującej klasyfikacji ICD-10, w której impulsywność była pośrednio wyrażona w kryteriach diagnostycznych „dysocjalnego zaburzenia osobowości”, aktualnie w opisie „dysocjalności” nie są wyszczególnione aspekty związane z impulsywnością (poza pośrednim wskaźnikiem w postaci agresji fizycznej). Impulsywność jest

jednak bardzo wyraźnie wyodrębniona w specyfikatorze cechy „Odhamowanie”. Według opisu zawartego w klasyfikacji ICD-11: „Podstawową cechą domeny cechy „Odhamowanie” jest tendencja do pochopnego działania w oparciu o bezpośrednie zewnętrzne lub wewnętrzne bodźce (tj. doznania, emocje, myśli), bez rozważenia potencjalnych negatywnych konsekwencji. Powszechne przejawy odhamowania, z których nie wszystkie mogą być obecne u danej osoby w danym czasie, obejmują: impulsywność; rozpraszalność; nieodpowiedzialność; lekkomyślność; i brak planowania”). Impulsywność jest również uwzględniona bezpośrednio w opcjonalnym specyfikatorze cech „Wzorzec borderline” („...wzorzec zaburzeń osobowości charakteryzuje się wszechobecnym wzorcem niestabilności relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźną impulsywnością...”). W dalszym opisie podkreślona jest tendencja do gwałtownych zachowań pod wpływem negatywnych emocji co wyraża się m.in. zachowaniami autodestrukcyjnymi, a także tendencją do problemów z kontrolowaniem gniewu (World Health Organization, 2022).

Wyniki badań dotyczących związku impulsywności z psychopatią pozostają niespójne - rodzaj związku zależy od typu osobowości psychopatycznej (Cima i Raine, 2009) oraz badanej płaszczyzny psychopatii i impulsywności (Sharma, Markon i Clark, 2014; Snowden i Gray, 2011; Weidacker i in., 2017). Wielokrotnie potwierdzano również związek pomiędzy różnymi wymiarami impulsywności a negatywną odpowiedzią na leczenie uzależnienia od substancji, jak np. alkoholu (Kravitz, Fawcett, McGuire, Kravitz i Whitney, 1999; Müller, Weijers, Böning i Wiesbeck, 2008), czy też kokainy (Moeller i in., 2001b; Patkar i in., 2004; Carpenter i in., 2006). Pacjenci, którzy nadużywają substancji i wykazują wysoki poziom impulsywności w działaniu i w dokonywanych wyborach, wydają się korzystać z programów leczenia uzależnień w mniejszym stopniu niż osoby mniej impulsywne (Charney, Zikos i Gill, 2010; Stevens i in., 2014). Badania Billen, Garofalo, Vermunt i Bogaerts (2019) wykazały, że impulsywność jest ważnym predyktorem długości czasu pobytu w oddziałach psychiatrii sądowej. Pacjenci wysoce impulsywni mają wyjściowo wysokie wyniki w ocenie ryzyka ponowienia przemyocy. Pacjenci z wyższym poziomem impulsywności na początku leczenia wymagali dłuższego leczenia. Szybszy spadek w pomiarze impulsywności przekłada się na niższe oszacowania ogólnego ryzyka przemyocy. Tempo redukcji impulsywności ma również charakter prognostyczny - pacjenci, którzy wykazują szybszą redukcję impulsywności, są mniej skłonni do popełnienia czynu z użyciem przemyocy, jak i ogólnej recydywy niż pacjenci, którzy wykazują wolniejszy spadek w zakresie impulsywności. Badania te wskazują na konieczność stosowania powtarzalnych pomiarów impulsywności w kontekście prognozy osiągnięć terapeutycznych, w tym oceny ryzyka recydywy (Bilen i in., 2019). Impulsywność pozostaje

ważnym objawem związanym z klinicznymi czynnikami ryzyka przemocy, uwzględniającymi aktualny obraz kliniczny osoby ocenianej. Występuje wyraźny związek m.in. z niestabilnością afektywną i behawioralną, zwłaszcza w takich zaburzeniach osobowości jak zaburzenie osobowości borderline (Ellison, Rosenstein, Chelminski, Dalrymple i Zimmerman, 2016) czy też innych zaburzeniach psychicznych, takich jak: choroba afektywno- dwubiegunowa (Abolalaei, Atadokht i Basharpour, 2022). Impulsywność i wynikający z niej brak tzw. orientacji na przyszłość mogą przekładać się na problemy z właściwą reakcją na leczenie i nadzór, w tym przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków (Belzeaux i in., 2015; Jara-Rizzo, Navas, Catena i Perales, 2019; López-Torrecillas, Castillo-Fernández, Ramírez-Uclés i Martín, 2021). Poszczególne aspekty impulsywności, takie jak brak wytrwałości i przezorności mogą wpływać na aktualny negatywny stosunek do leczenia i terapii, z uwzględnieniem podejmowania nierozważnych decyzji o łamaniu regulaminu, łamaniu abstynencji, przejawianiu zachowań agresywnych, czy też przedwczesnym zakończeniu pracy terapeutycznej. Zarządzanie ryzykiem u pacjenta wykazującego wysoką impulsywność stwarza dodatkowe wyzwania m.in. stawia pod znakiem zapytania możliwość systematycznego leczenia, terapii, realizacji nakazów, zakazów oraz środków zabezpieczających narzuconych przez sąd. Impulsywność może osłabiać konstruktywne radzenie sobie ze stresem. Osoby impulsywne wykazują obniżoną zdolność akceptacji niepewności. Niepewność wywołuje w nich psychofizjologiczne pobudzenie i nadmierną reakcję zaskoczenia w odpowiedzi na nieprzewidywane negatywne doświadczenie (Garami i in., 2017). Ten pozytywny związek między lękiem jako cechą a impulsywnością wydaje się być konsekwencją zwiększonej orientacji uwagi na osiągnięcie natychmiastowej nagrody (Xia, Gu, Zhang i Luo, 2017). Osoby impulsywne wykazują zatem m.in. mniejszą akceptację niepewności i wykazują tendencję do szybkiego osiągania gratyfikacji. Ta tendencja jest m.in. obserwowana u osób nadużywających substancji psychoaktywnych (Favaloro i Moustafa, 2020).

Impulsywność może osłabiać działanie czynników ochronnych. Pomimo, że autorzy narzędzia SAPROF wskazują, że czynniki ochronne są tylko w pewnym stopniu przeciwieństwem czynników ryzyka, to czynnik ryzyka – impulsywność oddziałuje w tej samej domenie co czynnik ochronny – samokontrola. Niski poziom samokontroli jest jedną z cech impulsywności (Pechorro i in., 2017). Impulsywność obejmuje również niestabilność afektywną, podczas gdy samokontrola dotyczy głównie kontroli nad swoimi popędami lub zachowaniami (de Vogel i in., 2012). Impulsywność jest istotnie powiązana ze statycznym czynnikiem ochronnym – bezpiecznymi więziami w dzieciństwie. Jak wskazują wyniki badań

wczesne doświadczenia traumatyczne pełnią istotną rolę w rozwoju impulsywności. Doświadczenie maltretowania w dzieciństwie wiąże się ze zmniejszoną zdolnością do samokontroli i wyższym poziomem impulsywności (Agnew i in., 2011; Shin, Cook, Morris, McDougale i Groves, 2016). Metaanaliza badań przeprowadzona przez Andrewsa i in. (2021) wykazała, że chaos w środowisku domowym był negatywnie związany ze sprawnością funkcji wykonawczych oraz aktywnej (wytężonej) kontroli.

Kim i Choi (2020) wykazali, że traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie są powiązane z późniejszym stresem pourazowym i czterema z pięciu wymiarów impulsywności wyszczególnionymi narzędziu UPPS-P tj. pozytywną popędliwością, negatywną popędliwością, brakiem premedytacji (przezorności) i brakiem wytrwałości.

Z przeglądu literatury przeprowadzonego przez de Vogel i in. (2012) w trakcie tworzenia narzędzia SAPROF wynika, że prospołeczne, zwłaszcza grupowe aktywności w wolnym czasie mają ochronny wpływ w kontekście ryzyka przemocy. Wysoka impulsywność może utrudniać korzystanie z ochronnego wpływu wynikającego z właściwego spędzania wolnego czasu. Savci i Aysan (2016) wykazali, że impulsywność jest bezpośrednim, pozytywnym i istotnym predyktorem korzystania z mediów społecznościowych oraz jest pośrednim, pozytywnym i istotnym predyktorem samotności.

Impulsywność może ponadto osłabiać ochronny wpływ odpowiedzialnego gospodarowania pieniędzmi. DeSarbo i Edwards (1996) wykazali, że impulsywność jest predyktorem wyższych wyników w skali kompulsywnego kupowania. Lejoyeux i in. (2002) w badaniu dotyczącym częstotliwości zaburzeń kontroli impulsów i ich związku z bulimią, kompulsywnym kupowaniem i próbami samobójczymi wykazali, że osoby dokonujące kompulsywnych zakupów wykazują wyższe wyniki w skali poszukiwania doświadczeń i impulsywności (skala Zuckermana) niż osoby z grupy kontrolnej. Badanie z użyciem Skali Impulsywnego Zachowania (IBS) wykazało istotną korelację pomiędzy kompulsywnym kupowaniem a trzema komponentami impulsywności: popędliwością, brakiem premedytacji (przezorności) i brakiem wytrwałości. Wyższy poziom popędliwości jest związany ze zmniejszoną zdolnością do celowego tłumienia impulsów związanych z chęcią zakupu (Billieux, Van Der Linden i Rochat, 2008).

Impulsywność może utrudniać osiągnięcie długoterminowych celów, a co za tym idzie - osłabiać ochronny wpływ wynikający z ich osiągnięcia. Steel (2007) wykazał bliski związek pomiędzy konstruktami impulsywności i prokrastynacji. Obserwowana u osób wysoce impulsywnych tendencja do unikania przykrości i osiągnięcia szybkiej gratyfikacji, może osłabiać w dłuższej perspektywie motywację do leczenia, z uwzględnieniem systematycznego

przyjmowania leków, aktywnego udziału w psychoterapii, utrzymywania abstynencji i powstrzymywania się od agresji. W szczególności dotyczy to pobytu w instytucji sądowo-psychiatrycznej lub penitencjarnej, gdzie trudne warunki pobytu, deprywacja pozytywnych bodźców, długoterminowa perspektywa pobytu może być źródłem niepewności i negatywnych emocji. W takiej sytuacji osobom wysoce impulsywnym trudno jest utrzymać w dłuższej perspektywie adekwatną motywację do leczenia. Dzieje się tak, między innymi w sytuacji, gdy relacja z personelem może być dla osoby impulsywnej źródłem niepewności, niejednoznaczności i przykrych doznań. Jak wskazuje Humięcka (2023) - zwłaszcza u profesjonalistów pracujących z osobami uzależnionymi dochodzi, wraz z upływem czasu, do „psychopatyzacji” i usztywnienia kontaktu. U pacjentów wysoce impulsywnych może w związku z tym dochodzić do osłabienia kolejnego czynnika ochronnego tj. postawy wobec autorytetów. Niepewność i niejednoznaczność w relacji z autorytetami może prowadzić do nagłych zachowań np. odrzucenia farmakoterapii, czy też przedwczesnego zakończenia psychoterapii. Impulsywność może ponadto osłabiać jakość relacji intymnych i, co za tym idzie, osłabiać ochronny wpływ wynikający z jakościowo dobrych relacji. Impulsywność jest negatywnie związana z satysfakcją i stabilnością związku obojga partnerów (Robins, Caspi i Moffitt, 2000; Stroud i in., 2010). Jest również negatywnie związana z konstruktywnym stylem komunikacji i pozytywnie związana z destrukcyjnym stylem komunikacji w związkach (Tan, Jarnecke i South, 2017).

### **3.3. Związki samoregulacji czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.**

#### **3.3.1. Konstrukty samoregulacji we współczesnych teoriach psychologicznych.**

Na współczesne podejście do tematu samoregulacji największy wpływ mają prace Roya Baumeistera i współpracowników (patrz np. Baumeister, Vohs i Tice, 2007; Schmeichel i Baumeister, 2004; Vohs i Baumeister, 2004; Baumeister, Heatherton i Tice, 2000). Samoregulacja oznacza zdolność osoby do regulowania swoich myśli, emocji i zachowania (Baumeister, 2004). Jak wskazują Vohs i Baumeister (2004, str. 1) „samoregulacja odnosi się do procesów, za pomocą których psychika człowieka sprawuje kontrolę nad swoimi funkcjami, stanami i wewnętrznymi procesami”. Zgodnie z tym podejściem samoregulacja stanowi złożony mechanizm, na który oddziałują różne czynniki tworzące rodzaj sprzężenia zwrotnego. Kluczowymi elementami procesów samoregulacyjnych są a) posiadane standardy, które motywują jednostkę do osiągnięcia zmiany, b) czynności monitorujące, które są ukierunkowane są na kontrolę i ocenę przebiegu realizacji celów, a w razie potrzeby

uruchamiane są działania dostosowawcze, pozwalające na osiągnięcie wyznaczonych celów, w zgodzie z wewnętrznymi standardami.

Siła procesów samoregulacji w trakcie realizacji celów zależy od zasobów woli, które są ograniczone i wraz z wkładanym wysiłkiem – podlegają stopniowemu wyczerpywaniu.

Baumeister i in. (2007) wskazuje na dwie główne formy niewłaściwej samoregulacji:

a) **niewystarczającą samoregulację** (ang. underregulation) – w której procesy monitorowania i kontroli nie są wystarczające, aby osiągnąć cel;

b) **niewłaściwą samoregulację** (ang. misregulation), w której procesy monitorowania i kontroli są wystarczające, ale dochodzi do konfliktu reakcji ukierunkowanych na dążenie do celu, co prowadzi do braku pożądanego efektu lub wyniku alternatywnego. Do niewłaściwej samoregulacji dochodzi również wtedy, gdy osoba korzysta z metod i technik przynoszących efekty odmienne od założonych. Najczęściej do niewłaściwej samoregulacji dochodzi, gdy osoba a) stawia sobie nierealistyczne cele wymagające nadzwyczajnego wysiłku, b) próbuje kontrolować to, czego nie da się kontrolować oraz c) koncentruje się na problemie, a nie na emocji (Buczny i Łukaszewski, 2008; Buczny i Międzybrodzka, 2014). Pastwa-Wojciechowska (2008) wskazuje, że zaburzenia w przebiegu samoregulacji są wpisane w obraz zaburzeń osobowości typu psychopatycznego, w związku z czym proponuje uwzględnienie koncepcji zaburzeń samoregulacji w wyjaśnianiu mechanizmów osobowości psychopatycznej.

Specyficzną formą zaburzeń związanych z procesami samoregulacji jest **nadmierna regulacja** (ang. overregulation), w której wprawdzie dochodzi do osiągnięcia celu, ale odbywa się to kosztem swoistego przeinwestowania zasobów energetycznych ukierunkowanych na kontrolę i monitorowanie przebiegu realizacji celu. W praktycznym wymiarze może to przełożyć się na wielokrotne sprawdzanie poprawności zrealizowanego zadania, czy też nadmierną koncentrację na nieistotnych szczegółach. Do nadmiernej samoregulacji dochodzi w przebiegu zaburzeń psychicznych m.in. w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych, czy też w zaburzeniach odżywiania (Buczny i Międzybrodzka, 2014).

Jedną z najważniejszych koncepcji samoregulacji jest koncepcja nastawienia regulacyjnego Higginsa (1997, 2012). Stanowi ona namacalny postęp w psychologii emocji i motywacji polegający na przeniesieniu akcentu z opisu i wyjaśniania ludzkich działań na wyjaśnianie procesu analizy dwóch dominujących nastawień wobec podejmowanych aktywności. Kluczowymi aspektami w procesie motywacyjnym opisanym przez Higginsa są:

a) cel (pożądany wynik) i zmiany, jakim podlega w trakcie tego procesu;

b) samoregulacja – czyli takie zarządzanie aktywnością, aby doszło do osiągnięcia określonego celu.

Koncepcja ta wykracza poza dotychczasowe teorie dotyczące motywacji, w których akcent położony był na dążenie i unikanie (głównie teorie behawiorystyczne). Higgins (1997, 2012) wykazał, że człowiek w swoich działaniach dąży do realizacji osobistych standardów poprzez wyznaczanie celów i parametryzację nastawienia regulacyjnego. W oparciu o teorię nastawienia regulacyjnego powstała ponadto koncepcja zgodności regulacyjnej („regulatory fit”; Higgins, 2000; 2002). Zgodnie z tą koncepcją ludzie skłaniają się do tych sposobów realizacji celów, które cechuje większa zgodność z ich ukierunkowaniem regulacyjnym. W przypadku osób z nastawieniem promocyjnym dominującą strategią będzie strategia gorliwości, natomiast osoby z ukierunkowaniem prewencyjnym – będą skłaniały się do stosowania strategii czujności (Bąk, 2008). Standardy idealne (marzenia, aspiracje, osiągnięcia, potrzeba wzrostu) regulowane są nastawieniem promocyjnym, zaś standardy powinnościowe (zobowiązania, reguły, odpowiedzialność, ochrona, bezpieczeństwo) są regulowane nastawieniem prewencyjnym. Standardy wyznaczają parametry oczekiwań dotyczących wyników własnych działań. W przypadku nastawienia promocyjnego jest to wymiar: spełnienie – brak spełnienia (zoperacjonalizowane jako zysk i brak zysku), zaś w przypadku nastawienia prewencyjnego jest to wymiar: bezpieczeństwo – zagrożenie (zoperacjonalizowane jako unikanie straty – strata).

Nastawienie regulacyjne decyduje o sposobie przetwarzania informacji. Nastawienie promocyjne wiąże się ze swoistą „ślepotą na trudności”. Sprzyja bowiem holistycznemu, bardziej intuicyjnemu przetwarzaniu, w którym rozszerza się zakres pojęć i ich abstrakcyjność. Förster i Higgins (2005) wykazali, że osoby nastawione promocyjnie przetwarzają informacje w sposób bardziej globalny, a osoby nastawione prewencyjnie przetwarzają informacje w sposób bardziej analityczny. Nastawienie promocyjne - poprzez poszerzenie pola uwagi - sprzyja intuicji i twórczości (Kolańczyk, 2004, 2011). Doświadczenie trudności w trakcie przetwarzaniu powoduje automatyczną zmianę trybu przetwarzania informacji z intuicyjnego na analityczny, z promocyjnego na prewencyjny (Kolańczyk, Bąk i Roczniwska, 2013). Nastawienie promocyjne związane jest ze szczególnym wyczuleniem na obecność lub brak pozytywów. Celem i sukcesem w nastawieniu promocyjnym jest osiągnięcie stanu pozytywnego, a porażką jest jego nieosiągnięcie. Nastawienie prewencyjne wiąże się ze szczególnym wyczuleniem na sytuację obecności lub braku negatywów. Sukcesem w tym nastawieniu jest uniknięcie stanu negatywnego, a porażką jego obecność (Bąk, 2008). Podbudową dla tej koncepcji była uprzednio stworzona przez Higginsa teoria rozbieżności „Ja” (Higgins, 1987), która w późniejszym czasie stała się integralnym elementem teorii ukierunkowań regulacyjnych. W teorii rozbieżności „Ja” kluczowy jest podział na tzw. „Ja

idealne” i „Ja powinnościowe”. „Ja idealne” jest poznawczą reprezentacją tego, kim osoba chciałaby być i wiąże się nadziejami, marzeniami, życzeniami i ambicjami dotyczącymi siebie samego. „Ja powinnościowe” z kolei wyznacza pewne standardy lub cele, ale w odróżnieniu od „Ja idealnego” jest poznawczą reprezentacją takiego Ja, jakim osoba powinna być, i dlatego wiąże się z poczuciem obowiązku, zobligowania, odpowiedzialności (Bąk, 2008). Oba konstrukty są zdeterminowane przez tzw. „standardy Ja” tj. standardy idealne, które uruchamiają działania promocyjne, ku rozwojowi oraz standardy powinnościowe, które skłaniają do działań prewencyjnych, zabezpieczających (Kolańczyk i in., 2013).

### **3.3.2. Przegląd wybranych publikacji dotyczących powiązań impulsywności z czynnikami ryzyka przemocy i czynnikami ochronnymi.**

Metaanaliza badań przeprowadzona w połowie lat dwutysięcznych przez Bettencourta, Talleya, Benjamina i Valentine (2006) wskazywała na to, że współczesne teorie zachowań agresywnych w dużej mierze pomijały rolę samoregulacji w kontekście tychże zachowań. W ostatnich kilkunastu latach powstało jednak szereg publikacji, które wskazują na powiązanie problemów z procesami samoregulacyjnymi z szeregiem obszarów, które stanowią czynniki ryzyka przemocy. Wyniki dotychczasowych badań sugerują, że osoby z bardziej rozwiniętą samoregulacją prewencyjną są bardziej podatne na postrzegane naruszenie norm wzajemności, na które reagują częściej wrogością i agresją (Keller, Hurst i Uskul, 2008). Szereg badań wskazuje na związek samoregulacji z obszarami, które w narzędziach do oceny ryzyka przemocy stanowią czynniki ryzyka. Deficyty w zakresie samoregulacji są nie tylko predyktorem przestępczości, ale także predyktorem problemów ze zdrowiem psychicznym (Moffitt i in., 2011; Tangney, Baumeister i Boone, 2004), w tym specyficznie takich problemów jak: problemy z używaniem substancji psychoaktywnych (np. Malouf i in., 2014; Verdejo-García, Rivas-Pérez, Vilar-López i Pérez-García, 2007; Bakhshani i Hossienbor, 2013). Udowodniono m.in., że osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają niższe wyniki samoregulacji niż osoby nie wykazujące objawów uzależnienia (Bakhshani i Hossienbor, 2013). Problemy z samoregulacją są znaczącym predyktorem rozwoju antyspołecznego zaburzenia osobowości (Gilbert i Daffern, 2013; Turner, Sebastian i Tüscher, 2017). Problemy z samoregulacją stwierdzono u osób mieszczących się w szerokim spektrum zaburzeń osobowości (Valikhani, Mokaberian, Kankat i Moustafa, 2020) w tym u osób wykazujących cechy psychopatyczne (Konicar i in., 2015; Kring i Sloan, 2010; Garofalo, Neumann, Kosson i Velotti, 2020). Niski poziom samoregulacji – jako swoistej formy



dysregulacji emocjonalnej może przekładać się również na problemy z aktualnym stanem psychicznym np. niestabilnością emocjonalną, behawioralną, poznawczą i odwrotnie – poprawa zdolności do samoregulacji wiąże się np. z redukcją niepożądanych zachowań (Darmis, Winarsunu i Yuniardi, 2020).

W literaturze udokumentowano ścisły związek pomiędzy samoregulacją a szeregiem czynników, które mogą pełnić rolę ochronną w kontekście ryzyka przemocy. Przede wszystkim potwierdzono związek pomiędzy samoregulacją a bezpiecznymi więziami. Wpływ innych ludzi na samoregulację wynika z potrzeby nawiązywania i utrzymywania bezpiecznych relacji, co skłania ludzi do uczenia się wzorców zachowań wywołujących reakcje aprobujące i odrzucające (Bowlby, 1988; Leary i Baumeister, 2000). Zatem pełne zrozumienie samoregulacji wymaga rozważenia roli bliskich relacji. Wstępne badania wykazały, że główne figury przywiązania (np. rodzice) odgrywają ważną rolę w indywidualnej eksploracji otoczenia i samoregulacji (Drake, Belsky i Fearon, 2014; Feeney i Thrush, 2010). Szereg publikacji wskazuje na związek procesów samoregulacji emocji z empatią (Decety i Meyer, 2008; Zaki, 2014; Thompson, Uusberg, Gross i Chakrabarti, 2019). Prawidłowe procesy samoregulacji pozwalają łagodzić efekt przewlekłego stresu charakterystycznego dla populacji, w której występuje wysoki poziom ubóstwa, już w trakcie dzieciństwa. Procesy samoregulacyjne pozwalają dzieciom rozwinąć wydajniejsze metody radzenia sobie ze stresem, jak również zdolność do odwracania uwagi od stresorów (Evans i Fuller-Rowell, 2013). Uruchomienie różnych strategii i technik samoregulacyjnych jest konieczne do osiągnięcia długoterminowych celów (Robertson-Kraft i Duckworth, 2014; Von Culin, Tsukayama i Duckworth, 2014), w tym do długoterminowego dbania o własne zdrowie z uwzględnieniem korzystania z właściwej opieki specjalistycznej oraz nawiązania i utrzymania długoterminowej współpracy w zakresie korzystania z farmakoterapii (Weidner, Sieverding i Chesney, 2016; Willson i in., 2020; Clark, Gong i Kaciroti, 2014). Efektywność procesów samoregulacyjnych ma związek z ograniczeniem impulsywnych decyzji dotyczących gospodarowania finansami, w tym ograniczeniem kompulsywnego wydawania pieniędzy (Faber i Vohs, 2007; Vohs i Faber, 2011).

Diagnoza zdolności do samoregulacji pacjenta uwzględniana jest, między innymi, w trakcie oceny nasilenia czynników klinicznych w procesie oceny ryzyka przemocy np. impulsywności oraz oceny przyszłego ryzyka w obszarze zdolności radzenia sobie ze stresem (Spreen, Brand, Ter Horst i Bogaerts, 2014). Samoregulacja i samokontrola są ważne zarówno dla oceny ryzyka, jak i leczenia ze względu na ich znaczenie w przewidywaniu zachowań przestępczych (Pratt i Cullen, 2000; Vazsonyi, Mikuška i Kelley, 2017). Samoregulacja jest

centralnym konstruktom zarówno w teoriach dotyczących przyczyn zachowań kryminalnych (Agnew, Brezina, Wright i Cullen, 2002; DeLisi i Vaughn, 2014; Gottfredson i Hirschi, 1990) jak i najbardziej dominujących modelach oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych w systemie opieki sądowo-psychiatrycznej, takich jak model R-N-R (Risk-Need-Responsivity; Andrews i Bonta, 2010), czy GLM (Good-Lives Model; Ward, 2002). Jak wynika z dwóch rozpowszechnionych modeli dotyczących procesów samoregulacyjnych tj. „motivational approach” (podejście oparte na motywacji) i „strength approach” (podejście oparte na zasobach; Berkman, 2016; Muraven i Slessareva, 2003; Inzlicht, Schmeichel i Macrae, 2014) – procesy samoregulacji i poziom samokontroli ulegają zmianie i można je poprawić za pomocą konkretnych strategii i technik terapeutycznych. W krajach, w których system opieki medycznej (w tym system psychiatrii sądowej) stoi na wysokim poziomie zaawansowania, można zaobserwować próby przełożenia i wdrożenia ww. koncepcji teoretycznych na liczne propozycje świadomych strategii poznawczych oraz specjalistycznych ustrukturyzowanych programów terapeutycznych, takich jak terapia DBT (Terapia Dialektyczno-Behawioralna; Bianchini i in., 2019; Evershed i in., 2003), czy też Terapia Zastępowania Agresji (Hornsveld, Nijman, Hollin i Kraaimaat, 2008; Denissen, Thomaes, i Bushman, 2017; Brännström i in., 2016). Na dynamiczną rolę procesów samoregulacyjnych w procesie redukcji agresji wskazują pośrednio badania i metaanalizy badań, potwierdzając m.in. związek między rozwijanymi strategiami samoregulacyjnymi a wzrostem zasobów osobowościowych (Carstensen, Isaacowitz i Charles, 1999; Roberts, Walton i Viechtbauer, 2006). W ujęciu klinicznym związek między samoregulacją a agresją analizowano na gruncie koncepcji narcyzmu. Według tychże koncepcji ujawnienie agresji jest odpowiedzią na specyficzną dysfunkcję procesów samoregulacji, która powoduje, że informacje odczytywane są przez osobę jako zagrożenie wielkościowego ego (Bushman i Baumeister, 2002; Bushman i Thomaes, 2011; Jones i Paulhus, 2010; Denissen, Thomaes, Bushman, 2018). Początkowo, badania ukierunkowane były szczególnie na rolę procesów samoregulacyjnych w kontekście przemocy partnerskiej. Zwracano m.in. uwagę na konsekwencje wczesnych traum, takich jak przemoc w rodzinie. Sugerowano, że związany z nimi stres pourazowy przekłada się na późniejsze dysfunkcje w zakresie zdolności do samoregulacji (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday i Spinazzola, 2005).

Analiza dostępnej literatury dostarcza ponadto wielu dowodów na poparcie hipotezy, że upośledzenie siły samoregulacji zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania niepożądanych, impulsywnych i dezadaptacyjnych zachowań, które mogą nie tylko nasilać działanie czynników stresogennych, ale także przyczyniać się do eskalacji wrogości i

stosowania przemocy w związkach oraz w rodzinie (Righetti i Finkenauer, 2011; Buyukcan-Tetik i in., 2015; Ainsworth i in., 2014). Część publikacji dotyczy związku pomiędzy samokontrolą (świadomą i funkcjonalną komponentą szerokiego wachlarza procesów związanych z samoregulacją) a przemocą (Ross i Fontao 2008). Część eksperymentów wykazało, że procesy samoregulacji ulegają osłabieniu, gdy ktoś uruchamia samokontrolę i/lub jego zasoby energetyczne są obciążone wymaganiami sytuacyjnymi. Innymi słowy - samokontrola i procesy samoregulacyjne tworzą swoistego rodzaju ekwilibrium, w którym nawet stosunkowo krótki wysiłek włożony w samokontrolę powoduje ubytki w zakresie samoregulacji. W następstwie – nawet pozornie niepowiązane zadania wymagające samokontroli lub podejmowania decyzji, mogą spowodować agresję, zachowania impulsywne i ryzykowne oraz przyczynić się do słabej wydajności w trakcie wykonywania różnych zadań (Baumeister, Vohs i Tice, 2007; Hagger i in., 2010; Tuk, Zhang i Sweldens, 2015).

### **3.4. Podsumowanie części teoretycznej.**

Przegląd międzynarodowych publikacji z zakresu psychiatrii i psychologii sądowej wskazuje na to, że od 30 lat rozwijane są systematycznie i intensywnie procedury i metody służące do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy. Badania nad nurtem SPJ (Structured Professional Judgement) i poszczególnymi narzędziami reprezentującymi ten nurt (w tym przede wszystkim narzędziem Historical/Clinical/Risk Management - HCR-20) wpisują się istotnie w potrzeby formułowane zarówno przez system prawny, jak i klinicystów (diagnostów) - odpowiedzialnych za realizację zadania oceny i zarządzania ryzykiem przemocy.

Oczekiwania co do przeprowadzenia prognozy ryzyka wystąpienia czynów o tzw. znacznej szkodliwości społecznej – są charakterystyczne dla większości zaawansowanych systemów prawnych na całym świecie (Singh i in., 2014). W podobnie powszechny sposób pojawia się pytanie dotyczące kompetencji diagnostów dotyczących prognozowania ryzyka przemocy i dostępności metod służących do realizacji tego zadania. Aktualnie, polski system środków leczniczo-zabezpieczających znajduje się w specyficznym rozdrożu – z jednej strony nowelizacja kodeksu karnego z 2015 r. wraz z wcześniejszymi pomniejszych nowelizacjami poszerzyła katalog środków zabezpieczających, co potencjalnie przybliżyła nas do rozwiązań stosowanych w takich krajach jak m.in. USA, Kanada, Norwegia, Szwecja, Holandia, czy Niemcy. Z drugiej strony - nie ma w Polsce powszechnego, wypracowanego modelu prognozowania i zarządzania ryzykiem przemocy, w tym monitorowania zmian w ryzyku wraz

z upływem czasu i na skutek prowadzonych oddziaływań leczniczych i terapeutycznych (Gierowski, 2014, 2015).

Należy podkreślić, że nie wynika to jedynie z zaniedbań systemowych, ale samo zadanie tj. ocena ryzyka przemocy w populacji sądowo psychiatrycznej i penitencjarnej, jest nad wyraz wielowymiarowym, złożonym procesem, uruchamianym na styku psychiatrii, psychologii i prawa. Obejmuje on ponadto różnorodne zagadnienia, takie jak np. określenie ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, ryzyka bezpośredniej/bliskiej przemocy, drastyczności potencjalnych aktów przemocy, sposobu doboru potencjalnych poszkodowanych, określenie trajektorii historii przemocy z uwzględnieniem dominującej tendencji - eskalacji, stabilizacji lub deeskalacji, czy też określenie wzorca procesu motywacyjnego z uwzględnieniem tzw. „modus operandi”.

Gierowski (2013, 2014) podkreśla, że formułowanie sądów prognostycznych dotyczących zachowań kryminalnych jest jednym z najtrudniejszych wyzwań diagnostycznych, wykraczającym poza problematykę medyczną, co powoduje, że jest to zadanie nie mieszczące się w wyłącznych kompetencjach jakiejkolwiek grupy zawodowej (np. lekarzy-psychiatrów czy sędziów). Należy podkreślić, że jest to szczególna forma przewidywania recydywy w ujęciu prawno-karnym i kryminologicznym, w którym dochodzi do pytań o relację pomiędzy prognozą a diagnozą. Gierowski (2014) wskazuje ponadto, że taka forma prognozy niesie za sobą szereg istotnych kwestii wskazujących na interdyscyplinarny charakter tej procedury tj. psychologiczny, psychiatryczny, prawno-karny i kryminologiczny. Gierowski (2018) podkreśla ponadto, że nie jest to procedura autonomiczna, w związku z czym wymaga integracji wiedzy nt. psychopatologii występującej u osoby badanej, w tym oceny wymiarów charakteryzujących funkcjonowanie osobowości z tzw. narzędziami trzeciej generacji (takimi jak HCR-20, SAPROF, SVR-20), w których na ocenę obiektywnych faktów nałożona jest subiektywna ocena profesjonalisty (klinicysty).

Do sprawnego posługiwania się metodologią służącą do oceny ryzyka przemocy konieczna jest znajomość podstaw prawnych konstytuujących system środków zabezpieczających i system psychiatrii sądowej w danym kraju oraz określenie kontekstu prawnego, w związku z którym taką ocenę należy przeprowadzić. W rozdziale I opisano uwarunkowania prawne i rozwiązania systemowe dotyczące polskiego systemu środków zabezpieczających, w tym detencji psychiatrycznej tj. izolacyjnego środka zabezpieczającego, którym objęto grupę badaną na potrzeby niniejszej pracy doktorskiej. W rozdziale II opisano historię nurtu SPJ (Structured Professional Judgement), jego podstawowe założenia w ocenie ryzyka przemocy, kluczowe definicje oraz dwa narzędzia służące do pomiaru czynników

ryzyka i czynników ochronnych wraz z opisem najważniejszych właściwości psychometrycznych. Opisane w tym rozdziale wyniki badań wskazują na wyraźny związek psychopatii, impulsywności i samoregulacji z zachowaniami agresywnymi i obszarami, które w narzędziach służących do oceny ryzyka przemocy są uwzględniane jako czynniki ryzyka i czynniki ochronne w kontekście ryzyka wystąpienia przemocy. Niewiele jednak wiadomo na temat tego, czy ww. zmienne osobowościowe wyjaśniają wyniki uzyskane w narzędziach służących do oceny ryzyka przemocy i czy pośredniczą w zmianach pomiędzy pomiarami wraz z upływem czasu. W literaturze pojawia się również postulat powtórnych pomiarów czynników ryzyka i czynników ochronnych, co pozwoliłoby określić, w jaki sposób zachodzą zmiany wraz z podjętym leczeniem i upływem czasu. W rozdziale I, II, i III niniejszej pracy przedstawiono zatem zarys teoretyczny wraz z przeglądem aktualnych publikacji i doniesień uzasadniających podjęcie analizy badawczej zagadnień określonych w części metodologicznej tej pracy.

## **ROZDZIAŁ IV. OPIS METODOLOGICZNY BADAŃ WŁASNYCH NAD OSOBOWOŚCIĄ I INNYMI ASPEKTAMI KSZTAŁTUJĄCYMI OCENĘ RYZYKA PRZEMOCY U PACJENTÓW INTERNOWANYCH W ODDZIAŁACH PSYCHIATRII SĄDOWEJ**

### **4.1. Cele i przedmiot badań.**

Przedmiotem analizy niniejszej pracy jest obszar badawczy dotyczący poszukiwania korelatów i predyktorów kształtujących ocenę ryzyka przemocy, w tym analizy powiązań wybranych konstruktów opisujących funkcjonowanie osobowości (psychopatii, impulsywności i samoregulacji) z rezultatem prognozowania ryzyka przemocy. Konstrukty osobowościowe zostały wybrane na podstawie obszernego przeglądu literatury świadczącej o ich wyraźnym związku z przemocą oraz czynnikami, które w literaturze określa się jako czynniki ryzyka i czynniki ochronne. Rezultatem prognozowania ryzyka przemocy w tych badaniach są przypisane przez diagnostę oceny poszczególnych czynników ryzyka i czynników ochronnych, ich sumaryczne nasilenie i różnorodne sumaryczne oceny z uwzględnieniem obu konstruktów.

Relacja między zmiennymi osobowościowymi, a oceną nasilenia czynników ryzyka i czynników ochronnych nie jest jedynym aspektem badawczym w tej pracy. Kolejnym celem podjęcia referowanych na łamach niniejszej pracy badań jest analiza dynamicznych zmian w nasileniu czynników ryzyka i czynników ochronnych po upływie 6 miesięcy leczenia i oddziaływań terapeutycznych. Nasilenie ryzyka przemocy i czynników ochronnych badano dwukrotnie, w odstępie 6 miesięcy, aby wykazać zmiany w poziomie czynników (przede wszystkim w skali klinicznej, skali zarządzania ryzykiem oraz w poziomie czynników ochronnych, które są szczególnie podatne na zmianę), a także ewentualną zmianę ogólnego nasilenia ryzyka i ochrony. Postanowiono także określić, które ze zmiennych osobowościowych w największym stopniu kształtują poziom nasilenia ryzyka i ochrony w pierwszym i w drugim pomiarze w badanej grupie.

Ryzyko przemocy i jego prognozowanie jest stosunkowo nowym obszarem wiedzy na styku psychologii, psychiatrii i prawa. Jest ponadto fenomenem złożonym, niejasnym i wieloaspektowym. W ostatnich niemal trzech dekadach powstało wiele publikacji koncentrujących się na specjalistycznych narzędziach skonstruowanych głównie do użytku klinicznego, które służą do pomiaru nasilenia czynników ryzyka przemocy. Od ponad dekady pomiar ten jest uzupełniony o nasilenie czynników ochronnych. Dotychczasowe badania, głównie w populacjach sądowo-psychiatrycznych i penitencjarnych, z użyciem takich narzędzi jak Historical Clinical Risk Management -20 Version 3 (HCR-20<sup>V3</sup>) i Structured Assessment

of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF), koncentrują się przede wszystkim na pomiarze właściwości psychometrycznych tych narzędzi. Jednym z najważniejszych aspektów walidacji jest pomiar zgodności pomiędzy oceniającymi, który jest pośrednim wskaźnikiem zdolności narzędzia do ujednoczenia ocen specjalistów oraz pomiar trafności prognostycznej, który jest miarą zdolności narzędzia do prognozowania wyniku, jakim jest przemoc. Nieliczne, międzynarodowe badania dotyczyły zdolności tych narzędzi do uchwycenia zmian w ryzyku przemocy wraz z upływem czasu i podjętymi oddziaływaniami leczniczo-terapeutycznymi. Badania podjęte na potrzeby niniejszej pracy realizują postulat pojawiający w publikacjach międzynarodowych dotyczący konieczności przeprowadzania dalszych badań z powtarzalnymi pomiarami, które pozwalałyby uchwycić i prześledzić dynamikę zmian w ryzyku przemocy (Douglas i Belfrage, 2002; Douglas i in., 2011).

Dotychczas nie opublikowano żadnych wyników badań dotyczących zmian w nasileniu czynników ryzyka i czynników ochronnych na grupie badanych z polskiego systemu psychiatrii sądowej i systemu penitencjarnego. Gierowski (2018) wielokrotnie opisywał liczne zalety narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy reprezentujących nurt SPJ i na zasadność ich wprowadzenia do polskiego systemu środków zabezpieczających. Wskazywał jednak, że proces oceny ryzyka przemocy jest zadaniem diagnostyczno-prognostycznym, które wykracza poza pomiar z użyciem ww. narzędzi. Należy bowiem taką procedurę uzupełnić o diagnostykę psychologiczną, z naciskiem na ocenę poszczególnych funkcji osobowości. Badania w ramach tej pracy doktorskiej mają na celu wypełnienie luki w literaturze międzynarodowej poprzez analizę związku wybranych i uzasadnionych na podstawie obszernego przeglądu literatury – aspektów osobowości (psychopatii, impulsywności, samoregulacji) z nasileniem czynników ryzyka i czynników ochronnych, a także zmianami zachodzącymi wraz z upływem czasu.

W nielicznych publikacjach międzynarodowych podjęto próbę określenia najważniejszych predyktorów (czynników ryzyka i poszczególnych skal w narzędziach do oceny ryzyka przemocy), które wpływają na ostateczny kształt oceny ryzyka przemocy w postaci **sumarycznych ocen ryzyka** (Howe i in., 2016; Smith i in., 2014; Neil, 2020; Cheng, 2019). Dotychczas podjęto jedno polskie badanie ograniczone do jednego aspektu sumarycznych ocen ryzyka tj. ustalenia priorytetu przypadku (Banasik 2021). Badanie to wyłoniło sześć czynników ryzyka, które w znaczący sposób kształtują ocenę priorytetu przypadku. Badania opisane w pracy doktorskiej uzupełniają bazę dotychczasowych, nielicznych badań w ramach testowania tzw. trafności diagnostycznej narzędzia. Uzupełniają ponadto polską bazę o określenie predyktorów kształtujących sumaryczne oceny ryzyka dla

pozostałych aspektów (ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, ryzyka bliskiej/bezpośredniej przemocy, końcowej oceny ochrony, zintegrowanej końcowej oceny ryzyka przemocy).

W publikacjach międzynarodowych pojawiły się w ostatnim czasie pierwsze publikacje dotyczące innych zmiennych demograficznych, które mogą pełnić rolę predyktorów oceny ryzyka przemocy. Jedną z takich zmiennych – szerzej dyskutowanych – jest charakter (powaga) czynu/sprawy, w związku z którą mogą pojawić się negatywne emocje i uprzedzenia u diagnosty, a także może pojawić się pewien stopień odczuwanej presji wynikającej np. ze świadomości podwyższonego zainteresowania społecznego i medialnego (por. Kamorowski i in., 2018, Kamorowski i in., 2020; Zapf i in., 2018; Silva, 2020). Są to aspekty, które mogą potencjalnie wpływać na proces wnioskowania diagnosty i ostateczny rezultat oceny ryzyka przemocy. W niniejszej pracy przeanalizowano związek pomiędzy powagą czynu (według skonstruowanej racjonalnie na podstawie doświadczenia klinicznego autorskiej skali powagi czynu) a sumarycznymi ocenami ryzyka (SRR). Drugim potencjalnym predyktorem oceny ryzyka przemocy, który został poddany analizie, jest stopień zabezpieczenia zakładu, w którym przebywał badany. Badanie to pozwoliło na porównanie międzygrupowe, w związku z tym, że połowa osób badanych przebywała w oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, a połowa – w oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Dodatkowym celem autora było także sprawdzenie, czy pacjenci na oddziałach o różnym poziomie zabezpieczenia różnią się nasileniem ryzyka przemocy i czynników ochronnych.

**Poszukiwanie korelatów i predyktorów kształtujących oceny ryzyka i ochrony należy uznać za podstawowy cel przeprowadzonych badań własnych.**

Szczegółowymi celami autora, wynikającymi wprost z ogólnego celu badań były:

- ustalenie roli psychopatii w kształtowaniu ryzyka przemocy oraz w procesie zmiany nasilenia ryzyka przemocy w czasie;
- ustalenie roli impulsywności w kształtowaniu ryzyka przemocy oraz w procesie zmiany nasilenia ryzyka przemocy w czasie;
- ustalenie roli samoregulacji w kształtowaniu ryzyka przemocy oraz w procesie zmiany nasilenia ryzyka przemocy w czasie;



- ustalenie roli poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony, czynników ryzyka i czynników ochronnych w kształtowaniu sumarycznych ocen ryzyka, końcowej oceny dotyczącej ochrony i zintegrowanej oceny ryzyka;
- ustalenie roli zmiennych osobowościowych (psychopatii, impulsywności i samoregulacji) w procesie kształtowania sumarycznych ocen ryzyka, końcowej oceny dotyczącej ochrony i zintegrowanej oceny ryzyka;
- ustalenie roli powagi czynu i poziomu zabezpieczenia w kształtowaniu oceny ryzyka przemocy i oceny poziomu ochrony.

Zastosowana w omawianej pracy procedura badawcza stanowi potencjalny model diagnostyczny w ocenie ryzyka przemocy w populacjach psychiatrii sądowej i penitencjarnej. Jest ona próbą wyjścia naprzeciw postulatom pojawiającym się w środowisku kliniczno-sądowym (Gierowski, 2018) wskazującym na to, że procedura z użyciem tzw. trzeciej generacji (np. narzędzia z nurtu SPJ - HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF) nie jest autonomiczna i należy ją uzupełnić o wiedzę płynącą z oceny poszczególnych wymiarów funkcjonowania osobowości. Do pomiaru funkcjonowania wybranych obszarów osobowości wybrano powszechnie omawiane w literaturze metody samoopisowe. Taki kształt procedury badawczej i procesu diagnostycznego jest próbą optymalizacji pod względem czasowym i dostępności zasobów ludzkich. Sam pomiar z użyciem narzędzi do oceny ryzyka przemocy jest już bowiem – procesem nad wyraz czasochłonnym. W literaturze podkreśla się konieczność stosowania mniej kosztownych i czasochłonnych pomiarów samoopisowych dotyczących psychopatii (Lilienfeld, 1998; Lilienfeld, Watts, Smith, Berg i Latzman, 2015). Podobne ryzyko – nadmiernie rozbudowanej procedury - wiąże się ze stosowaniem skal obserwacji zachowania czy też złożonej diagnostyki funkcji wykonawczych w związku z pomiarem impulsywności. Hart, Hare i Forth (1994) podważali zasadność stosowania kwestionariuszy do oceny występowania poszczególnych zachowań i metod samoopisowych ze względu na ich podatność na różnego rodzaju zafałszowania. Edens, Hart, Johnson, Johnson i Olver (2000) wskazali, że metody samoopisowe są szczególnie obarczone ryzykiem intencjonalnych zniekształceń, co przysparza dodatkowego wyzwania – w sytuacji, gdy skłonność do oszustwa jest jednym z osiowych objawów psychopatii (Porter i Woodworth 2006).

Achenbach (2006) krytykował stosowanie metod samoopisowych w psychiatrii sądowej i leczeniu uzależnień, ze względu na to, że jest to populacja pacjentów, którzy wykazują silną tendencję do udzielania społecznie pożądanых odpowiedzi. Ray, Hall, Rivera-Hudson,

Poythress, Lilienfeld i Morano (2013) wykazali, że wielkości efektu wpływu zafałszowań na metody samoopisowe (takie jak PPI, PPI-R i LSRP) nie są duże, ale doszli do wniosku, że metody samoopisowe nie mogą w sposób bezpieczny zastąpić bardziej rozbudowanych metod klinicznych, takich jak PCL-R. Kelsey, Rogers i Robinson (2015) wskazują z kolei, że wyniki uzyskane na podstawie metod samoopisowych dotyczących cech psychopatycznych mogą być wiarygodne, o ile nie stwierdza się uwarunkowań zewnętrznych, które wpływałyby styl odpowiedzi u osób badanych. Dla odmiany – pojawiły się publikacje wskazujące na rzetelność metod samoopisowych, sugerujących gotowość osób psychopatycznych do ujawnienia swoich cech osobowości (Miller, Jones i Lynam, 2011).

Hare (2021), podsumowując niejako dyskusję wokół zasadności stosowania metod samoopisowych w pomiarze psychopatii stwierdził, że są one bardzo przydatne w badaniach społecznych, w których respondenci pozostają anonimowi i często są opłacani za udział w badaniu, a wynik wyraźnie nie wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla nich. Do zniekształceń, z dużym prawdopodobieństwem dochodzi w sytuacji, gdy badanie ma kontekst kliniczno-sądowy i osoba badana może nabrać podejrzenia, że wyniki uzyskane w metodzie samoopisowej mogą wpłynąć na decyzje prawne jej dotyczące. Podobne zastrzeżenia dotyczą możliwości pomiaru konstruktów impulsywności za pomocą miar samoopisowych, zwłaszcza że impulsywność jest często uwzględniana w miarach samoopisowych dotyczących psychopatii. Wyniki części badań wskazują na to, że skale obserwacji zachowań i pomiary impulsywności rzadko są ze sobą powiązane i często są związane z różnymi wynikami (Creswell, Wright, Flory, Skrzyński i Manuck, 2019; Eisenberg i in., 2019; Huddy i in., 2017; Sharma, Kohl, Morgan i Clark, 2013). Z drugiej strony wnioski płynące z części badań wskazują, że wyniki uzyskane w narzędziach samoopisowych mogą być rzetelnym predyktorem impulsywnych zachowań (Huddy i in., 2017, Sharma i in., 2014).

## **4.2. Problemy badawcze, pytania badawcze i hipotezy badawcze.**

**1. PROBLEM BADAWCZY:** Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym (pierwszy pomiar) nasileniem czynników ryzyka przemocy.

**Pytanie badawcze nr 1.** Jakie są najsilniejsze korelaty osobowościowe nasilenia ryzyka przemocy w grupie osób badanych w 1. pomiarze?

**Pytanie badawcze nr 2.** Czy nasilenie psychopatii w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem?

**Hipoteza H1:** Im wyższy jest poziom psychopatii, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związane z zarządzaniem w grupie osób badanych.

**Hipoteza H1a.** Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, przeciętnie psychopatyczni i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ryzyka oraz nasileniem ryzyka historycznego, klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem.

Rola psychopatii w kształtowaniu ryzyka może być ujmowana na różne sposoby. Z jednej strony wyniki metaanalizy badań dotyczących znaczenia pomiaru cech psychopatycznych skalą PCL-R w ocenie ogólnego ryzyka mierzonego z użyciem narzędzia HCR-20 wskazują na dużą niezależność pomiaru ryzyka od oceny psychopatii (Douglas, Guy, Hendry, 2010). Z drugiej strony należy zauważyć, że wiele czynników ryzyka odnosi się wprost do objawów i cech psychopatii. Można przede wszystkim wskazywać na wyraźne związki przyczynowo skutkowe pomiędzy tymi konstruktami. Przegląd badań wskazuje m.in. na wyraźne związki psychopatii z przemocą (np. Douglas i in., 2013; Hart, 1998; Hart i Hare, 1997; Leistico i in., 2008; Neumann i in., 2015; Salekin, 2008; Craig i in., 2005; Hanson i Bussiere, 1998; Hanson i Morton-Bourgon, 2005; Hart i Hare, 1997; Hawes i in., 2013; Mokros i in., 2011; Robertson i in., 2020), różnorodnymi problemami w relacjach intymnych (Savard, Sabourin i Lussier, 2006; Egan i Angus, 2004; Kirkman, 2005; Humeny i in. 2021, Forth i in., 2022; Cleckley 1976; Hare 1993), niskimi osiągnięciami edukacyjnymi (Campbell, Porter, Santor, 2004), problemami w funkcjonowaniu zawodowym (Farrell i Shafiei, 2012; Bano i in., 2019), uzależnieniem od różnorodnych substancji psychoaktywnych (Smith i Newman, 1990; Hemphill i in., 1994; Hopley i Brunelle, 2012; Walsh i in., 2007; Taylor i Lang, 2006; Kimonis i in., 2012; Muratori i in., 2018; Gori i in., 2014, 2017). Psychopaci wykazują również istotne problemy z odpowiedzią na leczenie, oddziaływania terapeutyczne i nadzór (Skeem i in., 2011; Gordon i Gu, 2007; Hare, 1993; Guy i in., 2005; Walters i Heilbrun, 2010; Jeandarme i in., 2017). Psychopatia wiąże się również z niestabilnym obrazem siebie (Cooke i Logan, 2018; Doerfler i in., 2021), niestabilnością behawioralną oraz niestabilnością afektywną (DeLisi i Vaughn, 2014; Kosson i in., 2020) oraz wyobrażeniami przemocowymi (Grisso, 2000).

Psychopatia może mieć związek z deficytami w zakresie czynników zarządzania ryzykiem m.in. w zakresie niewykorzystywania proponowanych świadczeń specjalistycznych ze względu na niechęć do współpracy i impulsywność (Fullam i Dolan, 2006), korzystania ze wsparcia społecznego (Martens, 2000, 2002), stabilizacji życiowej uwarunkowanej deficytami w zakresie ukierunkowanego i celowego działania oraz formułowania realistycznych, długoterminowych celów (Hare, 1991, Hare, 1996, Pastwa-Wojciechowska, 2004), a także problemy z adekwatnym radzeniem sobie ze stresem (Hare, 1991, 1996; Pastwa-Wojciechowska, 2004).

**Pytanie badawcze nr 3.** Czy nasilenie składowych samoregulacji w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem?

**Hipoteza H2:** Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej, tym niższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.

**Hipoteza H3:** Im wyższy jest poziom samoregulacji promocyjnej, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, klinicznego i zarządzania ryzykiem w grupie osób badanych.

W oparciu o teorię nastawienia regulacyjnego (Higgins, 1997, 2012) założono, że osoby z wysokim poziomem samoregulacji promocyjnej będą wykazywały wyższy poziom ryzyka, a osoby wykazujące nastawienie prewencyjne będą wykazywały niższy poziom ryzyka. Nastawienie promocyjne sprzyja bowiem podejmowaniu ryzyka, a nastawienie prewencyjne sprzyja inklinacji konserwatywnej w działaniu (Crowe i Higgins, 1997; Friedman i Förster, 2001). Jednym z mechanizmów wyjaśniających skłonność do zachowań ryzykownych u osób z nastawieniem promocyjnym mogą być różnice w sposobie przetwarzania informacji płynących z otoczenia. Osoby nastawione promocyjnie – przetwarzają je holistycznie i powierzchownie, co sprawia, że ignorują trudności, podejmują ryzykowne decyzje, mają większą tolerancję na pojawiające się pomyłki i ich negatywne konsekwencje. Osoby nastawione prewencyjne - przetwarzają informacje w sposób ostrożny, analityczny, co powoduje, że są wyczerpane na błędy i negatywne konsekwencje swoich działań. Pozostają ponadto czujne, monitorują swoje błędy i unikają kolejnych pomyłek (Semin i in., 2005; Alter, Oppenheimer, Epley i Eyre, 2007; Förster i Higgins, 2005; Roczniowska i Kolańczyk, 2012;

Kolańczyk, Bąk i Roczniowska, 2013). Z drugiej strony Keller, Hurt i Uskul (2008) wykazali, że osoby z bardziej rozwiniętą samoregulacją prewencyjną są bardziej podatne na postrzegane naruszenie norm wzajemności, na które reagują częściej wrogością i agresją.

W dotychczasowych publikacjach nie poruszano związku zaburzeń związanych z samoregulacją a wynikami uzyskanymi w ocenie ryzyka przemocy. Szereg badań wskazuje jednak na związek samoregulacji z obszarami, które w narzędziach do oceny ryzyka przemocy stanowią czynniki ryzyka, takich jak np. problemy ze zdrowiem psychicznym (Moffitt i in., 2011; Tangney i in., 2004), problemy z używaniem substancji (np. Malouf i in., 2014; Verdejo - García i in., 2007; Bakhshani i Hossienbor, 2013), problemy z objawami zaburzeń osobowości (Gilbert, Daffern, 2013; Turner i in., 2017; Valikhani i in., 2022), w tym z objawami psychopatii (Konicar i in., 2015; Kring i Sloan, 2009; Garofalo i in. 2020). Pastwa-Wojciechowska (2008) wskazuje, że zaburzenia w przebiegu samoregulacji są wpisane w obraz zaburzeń osobowości typu psychopatycznego, w związku z czym proponuje uwzględnienie koncepcji zaburzeń samoregulacji w wyjaśnianiu mechanizmów osobowości psychopatycznej. Niski poziom samoregulacji – jako swoistej formy dysregulacji emocjonalnej może przekładać się również na problemy z aktualnym stanem psychicznym np. niestabilnością emocjonalną, behawioralną, poznawczą i odwrotnie – poprawa zdolności do samoregulacji wiąże się np. z redukcją niepożądanych zachowań (Darmis, Winarsunu, Yuniardi, 2020).

**Pytanie badawcze nr 4.** Czy nasilenie impulsywności i jej składowych w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem?

**Hipoteza H4:** Im wyższy jest poziom impulsywności, tym jest wyższy ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.

Na podstawie przeglądu literatury można spodziewać się związku pomiędzy nasileniem impulsywności a poziomem ryzyka przemocy i jego poszczególnymi aspektami. Związek ten wydaje się ewidentny w przypadku impulsywności zobiiektywizowanej np. pomiarem funkcji wykonawczych, miarami behawioralnymi czy ewidentnymi faktami z życia i funkcjonowania osoby badanej. Pozostaje jednak niejasny związek pomiędzy impulsywnością mierzoną metodami samoopisowymi a ryzykiem przemocy. W populacjach sądowo-psychiatrycznych i więziennych można stwierdzić nadreprezentację osób wykazujących patologiczną impulsywność (Bjørkly, 2013; Haden i Shiva, 2008; Værøy i in., 2016). Impulsywność była

uwzględniana jako czynnik ryzyka w dwóch wersjach narzędzia do oceny ryzyka przemocy ogólnej – HCR-20 wersja 1 i HCR-20 wersja 2 (Webster i in., 1997). Impulsywność może być ponadto powiązana z szeregiem czynników ryzyka m.in. przemocą (Fazel i in., 2016; Meijers i in., 2017; Spaans i in., 2017; Zhou i in., 2014; Bousardt i in., 2016; Coid i in., 2015), stosowaniem substancji psychoaktywnych (Alford i in., 2020; Carli i in. 2014; Kamphius i in., 2014; Walters i Kiehl, 2015, Davis i in., 2017, Jakubczyk i in., 2018), niekorzystnymi doświadczeniami w trakcie dzieciństwa i dorastania (Chapple i in., 2021; Jones i in., 2022; Meldrum i in., 2020; Zhong i in., 2022, Meldrum i in., 2022; Perez i in., 2018; Shin i in., 2018). Impulsywność jest objawem charakterystycznym zaburzeń psychicznych np. PTSD (Weiss i in., 2012), zaburzeń osobowości: np. typu borderline (Williams i in., 2006), czy też typu antyspołecznego (dysocjalnego, psychopatycznego). Choć wyniki badań wskazują na wielopłaszczyznowy, niejednoznaczny charakter związku pomiędzy psychopatią a impulsywnością (Sharma i in., 2014; Snowden i Gray, 2011; Weidacker i in., 2017), to zarówno klasyczne opracowania dotyczące psychopatii (Cleckley 1976, Hare 1993, Hart i Dempster, 1997), jak i kryteria stosowane współcześnie kryteria diagnostyczne ICD-10/11 dotyczącego dysocjalnego zaburzenia osobowości (World Health Organization, 2019) i kryteria DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) dotyczące antyspołecznego zaburzenia osobowości odnoszą się do impulsywności jako kluczowego objawu ww. zaburzeń. Wielokrotnie potwierdzano również związek pomiędzy różnymi wymiarami impulsywności a negatywną odpowiedzią na leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Kravitz i in., 1999; Müller i in., 2008, Moeller i in., 2001a; Patkar i in., 2004; Carpenter i in., 2006; Charney i in., 2007; Stevens i in., 2014). Badania Billen i in. (2019) wykazały, że impulsywność jest ważnym predyktorem długości pobytu w oddziałach psychiatrii sądowej, a tempo spadku impulsywności ma charakter prognostyczny w kontekście recydywy przemocy. Badania te wskazują na konieczność powtarzalnych pomiarów impulsywności w kontekście prognozy osiągnięć terapeutycznych, w tym oceny ryzyka recydywy (Billen i in., 2019). Impulsywność pozostaje ponadto ważnym objawem związanym z klinicznymi czynnikami ryzyka przemocy uwzględniającymi aktualny obraz kliniczny osoby ocenianej m.in. z niestabilnością afektywną i behawioralną, zwłaszcza w takich zaburzeniach osobowości jak zaburzenie osobowości borderline (Elisson i in, 2016), czy też zaburzeniach psychicznych takich jak: choroba afektywno- dwubiegunowa (Abolalaei, Atadokht, Basharpour, 2022). Impulsywność i wynikający z niej brak tzw. orientacji na przyszłość może przekładać się na problemy z właściwą reakcją na leczenie i nadzór, w tym przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków (Belzeaux i in., 2015; Jara-Rizzo i in., 2019; López-Torrecillas, 2021).

## **2. PROBLEM BADAWCZY: Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.**

**Pytanie badawcze nr 5:** Jakie są najsilniejsze korelaty osobowościowe nasilenia ochrony przed przemocą w grupie osób badanych w pierwszym pomiarze?

**Pytanie badawcze nr 6:** Czy nasilenie psychopatii w badanej grupie ma związek z ogólnym nasileniem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF)?

**Hipoteza H5:** Im wyższy jest poziom psychopatii, tym niższy jest ogólny poziom ochrony przed przemocą w grupie osób badanych.

**Hipoteza H5a:** Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, wysoce i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ochrony przed przemocą.

Na podstawie obszernego przeglądu literatury wskazującej na związku psychopatii z szeregiem obszarów stanowiących czynniki ryzyka przemocy założono, że istnieją różnice w nasileniu ryzyka i jego poszczególnych aspektów. Retrospektywne badanie z powtarzalnymi pomiarami wśród sprawców przemocy seksualnej poddanych przymusowemu leczeniu wykazało, że sprawcy o wysokim nasileniu psychopatii wykazują niższy poziom czynników ochronnych, zarówno przed leczeniem, jak i po leczeniu (Olver i Riemer, 2021). Szereg publikacji potwierdza ponadto związek wysokiego poziomu psychopatii z deficytami w zakresie obszarów ujmowanych jako czynniki ochronne w kontekście ryzyka przemocy. W rozwoju cech psychopatycznych podkreśla się rolę wczesnej ekspozycji na relacyjne traumy i nadużycia (Craparo, Schimmenti i Caretti, 2019; Dargis, Newman i Koenigs, 2017; Moreira i in. 2022). W wielu przypadkach sprowadza się to do braku bezpiecznych więzi ze znaczącymi osobami dorosłymi w trakcie dzieciństwa i dorastania, co z kolei przekłada się na niekorzystny styl przywiązania w dorosłości (Khetrapal, 2009; Kyranides, 2021; Alzeer i in., 2019; Van Der Zouwen i in., 2018). Wysoki poziom psychopatii wiąże się z deficytami w zakresie kolejnych czynników ochronnych w kontekście ryzyka przemocy tj. empatią (Harris i Picchioni, 2013; Blair, 2004; Fullam, Dolan, 2006), samokontrolą (DeLisi i in., 2018), odracaniem gratyfikacji i nastawieniem na realizację długoterminowych celów (Hare, 2003; Buckholtz, 2010), jakością związków intymnych (Savard, Sabourin i Lussier, 2006; Holtzworth-Munroe i in., 2003; Egan i Angus, 2004, Kirkman, 2005, Humeny i in. 2021, Forth i in., 2022). Życie psychopaty jest

często naznaczone chaotycznym życiem rodzinnym, złą jakością relacji, rozwodami oraz niekorzystnymi warunkami socjoekonomicznymi (Martens, 2000, 2002). Psychopaci egocentryczno-impulsywni (Cierpiałkowska, Groth i Kleka, 2018) mogą z kolei łamać reguły, wykazywać cyniczny stosunek do innych, walczyć autorytetami, co może w kontekście leczenia/terapii osłabiać ochronny wpływ pozytywnego nastawienia do autorytetów (lekarzy, psychologów, terapeutów, wymiaru sprawiedliwości itp.) i podważać skuteczność kolejnego potencjalnego czynnika ochronnego – kontroli zewnętrznej.

**Pytanie badawcze nr 7.** Czy nasilenie składowych samoregulacji w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF)?

**Hipoteza H6:** Im wyższy jest poziom samoregulacji promocyjnej, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.

**Hipoteza H7:** Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej, tym wyższy jest poziom czynników ochronnych osób badanych.

W oparciu o teorię nastawienia regulacyjnego (Higgins, 1997, 2012) założono, że osoby z wysokim poziomem samoregulacji promocyjnej wykazują niższy poziom ochrony. Nastawienie promocyjne sprzyja podejmowaniu ryzyka (Oppenheimer i in., 2007; Förster, Higgins, 2005; Kolańczyk, 2012; Kolańczyk i in., 2013). Nastawienie promocyjne może zatem prowadzić do utrwalenia deficytów w zakresie szeregu czynników ochronnych m.in. utrudniać właściwe gospodarowanie pieniędzmi, utrzymywanie właściwej samokontroli, utrudniać podtrzymywanie systematycznego leczenia i ułatwiać podjęcie ryzykownych decyzji o odstawieniu leków lub samodzielnego ustawiania dawek leków. Z kolei samoregulacja prewencyjna służy minimalizacji straty. Osoby regulowane prewencyjnie powinny wzmocniać u siebie czynniki ochronne m.in. z uwagi na lęk i neurotyzm. Postawa prewencyjna uwrażliwia na negatywne rezultaty działań, co skutkuje monitorowaniem błędów oraz chęcią uniknięcia kolejnych pomyłek w działaniu, sprzyjając strategii czujności (Roczniewska i Kolańczyk, 2012). Nastawienie prewencyjne sprzyja inklinacji konserwatywnej w działaniu (Crowe i Higgins, 1997; Friedman i Förster, 2001). Zgodnie z tą teorią należy się spodziewać, że osoby nastawione prewencyjnie będą m.in. ostrożniej gospodarować pieniędzmi, dbać o utrzymywanie samokontroli i systematyczne leczenie, rzadziej podejmować ryzykowne decyzje o odstawieniu leków lub samodzielnie decydować o dawkowaniu leków. W literaturze udokumentowano ponadto ścisły związek pomiędzy samoregulacją a szeregiem czynników, które mogą pełnić rolę ochronną w kontekście ryzyka przemocy. Przede wszystkim potwierdzono związek



między samoregulacją a bezpiecznymi więziami. Wpływ innych ludzi na samoregulację wynika z potrzeby nawiązywania i utrzymywania bezpiecznych relacji, co skłania ludzi do uczenia się wzorców zachowań wywołujących reakcje aprobujące i odrzucające (Bowlby, 1988; Leary i Baumeister, 2000). Zatem pełne zrozumienie samoregulacji wymaga rozważenia roli bliskich relacji. Wstępne badania wykazały, że główne figury przywiązania (np. rodzice) odgrywają ważną rolę w indywidualnej eksploracji otoczenia i samoregulacji (Drake i in., 2014; Feeney i Thrush, 2010). Szereg publikacji wskazuje związek procesów samoregulacji emocji z empatią (Decety i Meyer, 2008; Zaki, 2014; Thompson i in., 2019). Prawidłowe procesy samoregulacji pozwalają złagodzić efekt chronicznego stresu charakterystycznego dla populacji z wysokim poziomem ubóstwa, już w trakcie dzieciństwa. Procesy samoregulacyjne pozwalają dzieciom rozwinąć wydajniejsze metody radzenia sobie ze stresem, jak również zdolność odwracania uwagi od stresorów (Evans i Fuller-Rowell, 2013). Uruchomienie różnych strategii i technik samoregulacyjnych jest konieczne do osiągnięcia długoterminowych celów (Matteucci i in., 2016; Robertson-Kraft i Duckworth, 2014; Von Culin i in., 2014), w tym do długoterminowego dbania o własne zdrowie z uwzględnieniem korzystania z właściwej opieki specjalistycznej oraz nawiązania i utrzymania długoterminowej współpracy w zakresie korzystania z farmakoterapii (Weidner i in., 2016; Willson i in., 2020; Clark i in., 2014). Efektywność procesów samoregulacyjnych ma związek z ograniczeniem impulsywnych decyzji dotyczących gospodarowania finansami, w tym ograniczeniem kompulsywnego wydawania pieniędzy (Vohs i Faber, 2007; Faber i Vohs, 2011).

**Pytanie badawcze nr 8.** Czy nasilenie impulsywności w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF)?

**Hipoteza H8:** Im wyższy jest poziom impulsywności, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.

Na podstawie przeglądu literatury wskazującej na powiązania impulsywności z szeregiem deficytów w obszarach ujmowanych jako czynniki ochronne/zasoby/mocne strony, założono, że impulsywność może osłabiać działanie czynników ochronnych. Niski poziom samokontroli jest jedną z cech impulsywności (Pechorro i in., 2017). Impulsywność obejmuje również niestabilność afektywną, podczas gdy samokontrola dotyczy głównie kontroli nad swoimi popędami lub zachowaniami (de Vogel i in., 2012). Impulsywność jest istotnie powiązana z bezpiecznymi więziami w dzieciństwie - wczesne doświadczenia traumatyczne mają pełnią istotną rolę w rozwoju impulsywności (Agnew i in., 2012; Shin i in., 2016; Agnew i in. 2021).

Traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie są powiązane z późniejszym stresem pourazowym i czterema z pięciu wymiarów impulsywności wyszczególnionych w narzędziu UPPS-P (Kim i Choi, 2020). Wysoka impulsywność może ponadto utrudniać korzystanie z ochronnego wpływu wynikającego z właściwego spędzania wolnego czasu. Savci i Aysan (2016) wykazali, że impulsywność jest bezpośrednim, dodatnim i istotnym predyktorem korzystania z mediów społecznościowych oraz jest pośrednim, pozytywnym i istotnym predyktorem samotności. Impulsywność może ponadto osłabiać ochronny wpływ prawidłowego gospodarowania pieniędzmi. De Sarbo i Edwards (1996) wykazali, że impulsywność jest predyktorem wyższych wyników w skali kompulsywnego kupowania. Lejoyeux i in. (2002) wykazali, że osoby dokonujące kompulsywnych zakupów wykazują wyższe wyniki w skali poszukiwania doświadczeń i impulsywności niż osoby z grupy kontrolnej. Wykazano istotną korelację pomiędzy kompulsywnym kupowaniem z różnymi komponentami impulsywności. Wyższy poziom popędliwości jest związany ze zmniejszoną zdolnością do celowego tłumienia impulsów związanych z chęcią zakupu (Billieux i in., 2008). Wyniki badań wskazują na to, że impulsywność może utrudniać osiągnięcie długoterminowych celów. Steel (2007) wykazał bliski związek pomiędzy konstruktami impulsywności i prokrastynacji. Obserwowana u osób wysoce impulsywnych tendencja do unikania przykrości i osiągnięcia szybkiej gratyfikacji, może osłabiać w dłuższej perspektywie motywację do leczenia, z uwzględnieniem systematycznego przyjmowania leków, aktywnego udziału w psychoterapii, utrzymywania abstynencji i powstrzymywania się od agresji. Impulsywność wiąże się z mniejszą akceptacją niepewności i niejednoznaczności. Pobyty w instytucji obfitujący w różnego rodzaju przykre bodźce będące źródłem niepewności niejednoznaczności może osłabić ochronny wpływ właściwej postawy wobec autorytetów i utrzymania motywacji do leczenia. Impulsywność może ponadto osłabiać jakość relacji intymnych i co za tym idzie osłabiać ochronny wpływ wynikający z jakościowo dobrej relacji. Impulsywność jest negatywnie związana z satysfakcją i stabilnością związku obojga partnerów (Robins i in., 2000; Stroud i in., 2010). Impulsywność jest również negatywnie związana z konstruktywną komunikacją i pozytywnie związana z komunikacją destrukcyjną w związkach (Tan, Jarnecke i South, 2017).

### **3. PROBLEM BADAWCZY: Rola zmiennych osobowościowych (psychopatia, samoregulacja, impulsywność) w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony.**

**Pytanie badawcze nr 9:** Czy poziom psychopatii pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 10:** W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnym nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów psychopatii w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 11:** Czy poziom impulsywności pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 12:** W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnym nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów impulsywności w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 13:** Czy poziom samoregulacji pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 14:** W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnym nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów samoregulacji w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 15:** Jakie są najważniejsze predyktory osobowościowe nasilenia ryzyka przemocy i ochrony w grupie osób badanych w drugim pomiarze?

### **4. PROBLEM BADAWCZY: Określenie najważniejszych predyktorów sumarycznych ocen ryzyka i ochrony.**

**Pytanie badawcze nr 16.** Jakie są najważniejsze predyktory sumarycznych ocen ryzyka i ochrony spośród poszczególnych czynników ryzyka, czynników ochronnych oraz poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony.

### **5. PROBLEM BADAWCZY: Relacje dotyczące poziomu zabezpieczenia, w którym przebywa internowany a nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem czynników ochronnych.**

**Pytanie badawcze nr 17:** Czy pacjenci internowani na oddziałach podstawowych różnią się od pacjentów internowanych na oddziałach wzmocnionych w zakresie ogólnego nasilenia ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem, zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze?

**Hipoteza H9:** Pacjentów na oddziałach podstawowych charakteryzuje ogólne niższe nasilenie ryzyka przemocy oraz ogólnie niższe nasilenie ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem niż u pacjentów z oddziałów wzmocnionych.

**Pytanie badawcze nr 18:** Czy pacjenci internowani w oddziałach podstawowych różnią się od pacjentów internowanych w oddziałach wzmocnionych w zakresie ogólnego nasilenia czynników ochronnych i poszczególnych aspektów ochrony?

**Hipoteza H10:** Pacjentów leczonych w oddziałach podstawowych charakteryzuje wyższe nasilenie czynników ochronnych i poszczególnych aspektów ochrony.

Na podstawie zasad i uwarunkowań prawno-systemowych kształtujących system psychiatrii sądowej, spodziewano się potwierdzenia w ocenie klinicznej – zamysłu ustawodawcy i ukształtowanej praktyki tj. że nasilenie poziomu ryzyka i ochrony będzie powiązane ze stopniem zabezpieczenia oddziału psychiatrii sądowej, w której przebywa sprawca. Spodziewano się mianowicie, że im wyższy poziom zabezpieczenia oddziału, tym wyższy jest poziom ryzyka i niższy poziom ochrony. Pierwotne umieszczenie pacjentów na określonych poziomach zabezpieczenia, a także późniejsze zmiany w poziomach zabezpieczenia w trakcie internacji sądowo-psychiatrycznej, w sposób wyraźny wynikają z oceny zagrożenia i oceny postępów w leczeniu, co znajduje swój wyraz zarówno w przepisach prawnych, jak i praktyce klinicznej. Art. 202 Kodeksu karnego wykonawczego wskazuje na to, że celem stosowania środka zabezpieczającego jest poprawa stanu zdrowia i zachowania u osoby internowanej w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego. Oznacza to, że bezpośrednim celem tegoż leczenia jest stopniowa redukcja zagrożenia. Zapis art. 200 a-c Kodeksu karnego wykonawczego wskazuje z kolei na to, że poziom nasilenia zachowań zagrażających obok ryzyka oddalenia się z oddziału psychiatrii sądowej, jest podstawową przesłanką warunkującą umieszczenie w jednym z trzech poziomów zabezpieczenia w oddziałach psychiatrii sądowej (podstawowy, wzmocniony, maksymalny). Z tego można wnioskować, że na oddziałach podstawowych znajdują się pacjenci wykazujący niższy poziom ryzyka przemocy oraz wyższy

poziom ochrony niż pacjenci umieszczeni na oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Na różnicę w poziomie nasilenia ryzyka może wskazywać już ocena przeprowadzana na potrzeby właściwego sądu dokonywana przez komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających. Struktura tejże opinii nakazuje traktować ją jako wstępną, uproszczoną ocenę ryzyka. Na pytanie sądu Komisja wydaje bowiem opinię, w której wskazuje rodzaj zakładu psychiatrycznego oraz konkretne miejsce wykonywania środka zabezpieczającego. Komisja psychiatryczna ds. środków zabezpieczających analizuje rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się sprawca w przeszłości; rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub ucieczkowych w przeszłości; aktualny stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz choroby współistniejące; uzależnienie od alkoholu lub innego środka odurzającego; związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi; ogólną sprawność fizyczną; szczególne wskazania do postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego; przebieg i wyniki dotychczasowego leczenia, rehabilitacji i resocjalizacji (Beta, Szumska-Rogowska i Węgielnik, 2012; Pyrcak-Górowska, 2017). Duża część pacjentów przebywających na oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia była wcześniej hospitalizowana w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Redukcja poziomu ryzyka i wzmocnienie poziomu ochrony u pacjentów internowanych jest bezpośrednim celem specjalistów pracujących w systemie psychiatrii sądowej, wynikającym z przepisów prawnych. Zatem przeniesienie pacjenta z wyższego na niższy poziom zabezpieczenia jest warunkowane spełnieniem klinicznych przesłanek, wśród których pryncypialne znaczenie ma stwierdzone zmniejszenie poziomu ryzyka i wzmocnienie poziomu ochrony. Zmiany w poziomie ryzyka i ochrony w wyniku naturalnego efektu uzyskiwanego w przebiegu leczenia zostały potwierdzone w badaniach podłużnych (Douglas, Belfrage i Strand, 2011; Belfrage i Douglas, 2002; de Vries Robbé i in., 2014, 2015a). Badanie O'Shea i Dickensa (2015) przeprowadzone z powtarzalnymi pomiarami z użyciem narzędzia HCR-20 wykazało, że pacjenci umieszczeni na wzmocnionym stopniu zabezpieczenia wykazywali wyższy ogólny poziom ryzyka niż pacjenci umieszczeni w oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Kolejne pomiary wykazywały redukcję zagrożenia głównie klinicznych czynników ryzyka.

**6. PROBLEM BADAWCZY: Relacja pomiędzy powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji przemocy a nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem czynników ochronnych.**

**Pytanie badawcze nr 19:** Czy powaga czynu, który stał się podstawą internacji ma związek z ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego, ryzyka związanego z zarządzaniem oraz wyższymi sumarycznymi ocenami ryzyka?

**Hipoteza H11:** Większa powaga czynu ma związek z wyższym ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz wyższym nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem oraz wyższymi sumarycznymi ocenami ryzyka.

**Pytanie badawcze nr 20:** Czy powaga czynu, który stał się podstawą internacji ma związek z ogólnym nasileniem czynników ochronnych, jej poszczególnymi aspektami oraz sumarycznymi ocenami ochrony i sumaryczną zintegrowaną oceną ryzyka?

**Hipoteza H12:** Większa powaga czynu ma związek z niższym ogólnym nasileniem czynników ochronnych, poszczególnymi aspektami ochrony, niższymi ocenami sumarycznymi ochrony i wyższą oceną sumaryczną zintegrowaną oceną ryzyka.

W polskim systemie prawnym wyraźnie wybrzmiewa związek pomiędzy oceną ryzyka, powagą czynów, których dopuściły się osoby niepoczytalne a stopniem zabezpieczenia zakładu, do którego zostają one skierowane. Za pierwszą uproszczoną ocenę ryzyka należy uznać proces wnioskowania komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, do której zwraca się właściwy sąd w celu wskazania zakładu psychiatrycznego o właściwym stopniu zabezpieczenia zakładu, w którym powinna być wykonywana wobec sprawcy detencja psychiatryczna. Komisja dokonuje swoistej wstępnej oceny zagrożenia, analizując m.in. szereg przesłanek ściśle odnoszących się do powagi czynu/czynów, których dopuścił się sprawca w przeszłości (Beta i in., 2012; Pyrcak-Górowska, 2017). W ujęciu klinicznym można dostrzec związek pomiędzy powagą czynu, którego dopuścił się oceniany sprawca a szeregiem czynników ryzyka. Zgodnie ze wskazówkami autorów narzędzia HCR-20 wersja 3 (Douglas i in., 2013) do zakodowania pozycji H1 („Historia problemów z przemocą”) jako ewidentnie obecnej wystarczy jeden poważny akt przemocy lub trzy pomniejsze akty przemocy. Powaga czynu może wynikać z nasilenia poszczególnych czynników ryzyka lub ich konstelacji m.in. z głębszych form zaburzeń psychicznych lub zaburzeń osobowości. Stwierdzono m.in. związek pomiędzy poważnymi aktami przemocy a najbardziej ostrymi objawami zaburzeń psychotycznych tj. głosami nakazującymi określone działanie (Scott i Resnick, 2017). Najbardziej poważna forma psychopatologii osobowości w kontekście ryzyka przemocy –

psychopatyczne zaburzenie osobowości jest również powiązana z powagą aktów przemocy (Fox i DeLisi, 2019; Humeny, Forth i Logan, 2021). Drastyczność (powaga, ciężkość) przemocy mogą wynikać także z rozhamowania wynikającego z używania/szkodliwego używania/uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Chermack i Blow, 2002, Torok, Darke, Shand i Kaye, 2014). Świadomość powagi czynu może być ponadto jednym z czynników wyzwalających uprzedzenia w procesie oceny ryzyka, poprzez wzbudzenie negatywnego nastawienia klinicysty do pacjenta (Kamorowski i in., 2018, Kamorowski i in., 2020; Kamorowski, 2021). W takim przypadku istnieje ryzyko przeszacowania zarówno poszczególnych czynników ryzyka, jak i ogólnego ryzyka. Badanie ankietowe (Kamorowski, 2022) wskazuje, że mniej niż połowa respondentów (praktykujących klinicystów sądowych) ma świadomość, że uprzedzenia mogą mieć wpływ na przeprowadzane przez nich oceny ryzyka przemocy. Zapf i in. (2018) na podstawie badania ankietowego podają, że 86% klinicystów sądowych ma świadomość potencjalnych zniekształceń poznawczych, a 79% uznawało zagrożenie, jakie niosą ze sobą zniekształcenia poznawcze w obszarze opiniodawczym, którym się na co dzień zajmują. Silva (2020) formułuje bardziej zdecydowaną tezę, że rezultat oceny ryzyka przemocy opiera się faktycznie często na poczuciu „obrzydzenia”, którego doświadcza klinicysta, gdy pacjent dokonał czynu. W związku z tym krytykuje powszechność stosowania narzędzi z nurtu SPJ w praktyce klinicznej.

Wyniki badań nad populacją młodocianych wskazują, że czynniki ochronne zarówno obniżają ryzyko przestępczości ogólnej, jak i sprawstwa poważnych przestępstw, w tym z użyciem przemocy (Stouthamer-Loeber i in., 1993), w tym przemocy (Kim i in., 2016). Na podstawie modelu teoretycznego czynników ochronnych jako „mediatorów” lub „buforów” (Fitzpatrick, 1997) można wnioskować, że od jakości i ilości czynników ochronnych zależy efekt końcowy w postaci decyzji o zastosowaniu przemocy. Można założyć, że brak decyzji o zastosowaniu przemocy i poważna przemoc znajdują się na skrajnych biegunach kontinuum, a lżejsze formy przemocy są wynikiem „mediującego” lub „buforującego” działania czynników ochronnych. Można zatem założyć, że istnieje związek pomiędzy powagą czynu a ogólnym nasileniem czynników ochronnych, końcową oceną dot. ochrony oraz zintegrowaną oceną ryzyka przemocy przeprowadzoną przez osoby oceniające. Związek pomiędzy powagą czynu a ogólnym nasileniem czynników ochronnych, końcową oceną dot. ochrony oraz zintegrowaną oceną ryzyka przemocy może wynikać także z wyżej wspomnianego w efekcie uprzedzenia w procesie oceny ryzyka przemocy, zwłaszcza w sprawach medialnych (por. Kamorowski i in., 2018, Kamorowski i in., 2020).

Tabela 4.1. Problemy badawcze, hipotezy oraz wskaźniki w podjętych badaniach.

Problemy badawcze	Hipotezy	Metody weryfikacji	Wskaźniki (operacjonalizacja hipotez)
<p><b>I. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym ryzykiem przemocy.</b></p>	<p><b>Hipoteza H1.</b> Im wyższy jest poziom psychopatii, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.</p> <p><b>Hipoteza H1a.</b> Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, przeciętnie psychopatyczni i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem.</p>	<p>Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS) Triarchiczna Miara Psychopatii (TriPM-41) Historical-Clinical-Risk Management 20 Version 3 (HCR-20<sup>V3</sup>).</p>	<p>Występuje pozytywna korelacja pomiędzy nasileniem psychopatii a ryzykiem przemocy, zarówno w sumarycznym wyniku w HCR-20<sup>V3</sup> jak i w podskalach narzędzia.</p> <p>Badani zaklasyfikowani do 3 grup różniących się wysokością wyników w Psychopathic Traits Scale (PPTS) i Triarchicznej Miernie Psychopatii (podział na pacjentów wysoce psychopatycznych, przeciętnie psychopatycznych i nisko psychopatycznych za pomocą rozkładu Gaussa) będą różnić się w zakresie ogólnego poziomu ryzyka, ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem.</p>
	<p><b>Hipoteza H2.</b> Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej, tym niższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.</p>	<p>Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP).  Historical-Clinical-Risk Management 20 Version 3 (HCR-20<sup>V3</sup>).</p>	<p>Występuje negatywna korelacja pomiędzy poziomem samoregulacji prewencyjnej a nasileniem ryzyka przemocy.</p>
	<p><b>Hipoteza H3.</b> Im wyższy jest poziom samoregulacji promocyjnej, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.</p>	<p>Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP).  Historical-Clinical-Risk Management 20 Version 3 (HCR-20<sup>V3</sup>).</p>	<p>Występuje pozytywna korelacja pomiędzy poziomem samoregulacji promocyjnej a nasileniem ryzyka przemocy zarówno w sumarycznym wyniku w HCR-20<sup>V3</sup> jak i w podskalach narzędzia.</p>
	<p><b>Hipoteza H4.</b> Im wyższy jest poziom impulsywności, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i poziom ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.</p>	<p>Skala Impulsywnego Zachowania (UPPS-P)  Historical-Clinical-Risk Management 20 Version 3 (HCR-20<sup>V3</sup>).</p>	<p>Występuje pozytywna korelacja pomiędzy nasileniem impulsywności a nasileniem ryzyka przemocy zarówno w sumarycznym wyniku w HCR-20<sup>V3</sup> jak i w podskalach narzędzia.</p>



<p><b>II. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.</b></p>	<p><b>Hipoteza H5.</b> Im wyższy jest poziom psychopatii, tym niższy jest ogólny poziom ochrony przed przemocą w grupie osób badanych.</p>	<p>Triarchiczna Miara Psychopatii (TriPM-41) Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS)  The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)</p>	<p>Występuje ujemna korelacja pomiędzy nasileniem psychopatii a nasileniem czynników ochronnych dla ryzyka przemocy. Grupa pacjentów z wysokimi (ustalonymi według rozkładu Gaussa) wynikami psychopatii w Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS) i Triarchicznej Mierze Psychopatii (TriPM-41) uzyska niższe wyniki sumaryczne w narzędziu SAPROF.</p>
	<p><b>Hipoteza H5a.</b> Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, przeciętnie psychopatyczni i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ochrony przed przemocą.</p>	<p>Triarchiczna Miara Psychopatii (TriPM-41) Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS)  The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)</p>	<p>Badani zaklasyfikowani do 3 grup różniących się wysokością wyników w Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS) i Triarchicznej Mierze Psychopatii (podział na pacjentów wysoce psychopatycznych, przeciętnie psychopatycznych i nisko psychopatycznych za pomocą rozkładu Gaussa) będą różnić się w zakresie ogólnego wyniku ochrony przed przemocą.</p>
	<p><b>Hipoteza H6.</b> Im wyższy jest poziom samoregulacji promocyjnej, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.</p>	<p>Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP)  The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)</p>	<p>Występuje negatywna korelacja pomiędzy nasileniem samoregulacji promocyjnej a nasileniem czynników ochronnych dla ryzyka przemocy.</p>
	<p><b>Hipoteza H7.</b> Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej tym wyższy jest poziom czynników ochronnych osób badanych.</p>	<p>Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP)  The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)</p>	<p>Występuje pozytywna korelacja pomiędzy nasileniem samoregulacji prewencyjnej a nasileniem czynników ochronnych dla ryzyka przemocy.</p>
	<p><b>Hipoteza H8.</b> Im wyższy jest poziom impulsywności, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.</p>	<p>Skala Impulsywnego Zachowania (UPPS-P)  The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)</p>	<p>Występuje negatywna korelacja pomiędzy nasileniem impulsywności a nasileniem czynników ochronnych dla ryzyka przemocy.</p>

<p><b>III. Rola zmiennych osobowościowych w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony.</b></p>			
<p><b>IV. Określenie najważniejszych predyktorów sumarycznych ocen ryzyka i ochrony.</b></p>			
<p><b>V. Relacje dotyczące poziomu zabezpieczenia, w którym przebywa internowany a nasileniem ryzyka przemocy oraz nasilenie czynników ochronnych.</b></p>	<p><b>Hipoteza H9.</b> Pacjentów na oddziałach podstawowych charakteryzuje ogólne niższe nasilenie ryzyka przemocy oraz ogólne niższe nasilenie ryzyka historycznego, klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem niż u pacjentów z oddziałów wzmocnionych.</p> <p><b>Hipoteza H10.</b> Pacjentów leczonych w oddziałach podstawowych charakteryzuje wyższe nasilenie czynników ochronnych.</p>	<p>Historical-Clinical-Risk Management 20 Version 3, HCR-20<sup>V3</sup>)</p> <p>The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)</p>	<p>Pacjenci z oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia różnią się średnim nasileniem ryzyka od pacjentów na oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Pacjenci umieszczeni na niższym (podstawowym) stopniu zarówno mają niższe wyniki w narzędziu HCR-20<sup>V3</sup>, jak i niższe wyniki na poszczególnych skalach: H, C i R niż pacjenci umieszczeni na wyższym (wzmocnionym) stopniu zabezpieczenia.</p> <p>Pacjenci z oddziałów podstawowych różnią się średnim nasileniem czynników ochronnych od pacjentów na oddziałach wzmocnionych. Pacjenci umieszczeni na niższym (podstawowym) stopniu mają wyższe wyniki w narzędziu SAPROF oraz jego poszczególnych składowych.</p>
<p><b>VI. Relacja między powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji a nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem czynników ochronnych.</b></p>	<p><b>Hipoteza H11.</b> Większa powaga czynu ma związek z wyższym ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz wyższym nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem oraz wyższymi sumarycznymi ocenami ryzyka</p>	<p>Historical-Clinical-Risk Management 20 Version 3, HCR-20<sup>V3</sup>.</p> <p>Autorska klasyfikacja powagi czynów.</p> <p>The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF).</p>	<p>Zachodzi pozytywna korelacja między powagą czynu a nasileniem ogólnego ryzyka przemocy, ryzyka na poszczególnych skalach ryzyka historycznego, klinicznego, zarządzania ryzykiem oraz sumarycznymi ocenami ryzyka. Sprawcy najbardziej poważnych czynów (grupa 7. w skali od 1 do 7), które były podstawą umieszczenia</p>

	<p><b>Hipoteza H12.</b> Większa powaga czynu ma związek z niższym ogólnym nasileniem czynników ochronnych, poszczególnymi aspektami ochrony, niższymi oceną sumaryczną ochrony i wyższą oceną sumaryczną zintegrowaną oceną ryzyka.</p>	<p>na internacji, uzyskają najwyższe wyniki ogólnego ryzyka przemocy, ryzyka na poszczególnych skalach ryzyka historycznego, klinicznego, zarządzania ryzykiem oraz sumarycznych ocen ryzyka. Im bardziej poważny czyn tym wyższe ryzyko przemocy.</p> <p>Zachodzi negatywna korelacja między powagą czynu a ogólnym nasileniem czynników ochronnych, nasileniem poszczególnych aspektów ochrony oraz sumaryczną końcową oceną dot. ochrony oraz pozytywna korelacja między powagą czynu a sumaryczną zintegrowaną oceną ryzyka przemocy. Sprawcy najbardziej poważnych czynów (grupa 7. w skali od 1 do 7), które były podstawą umieszczenia na internacji uzyskują najniższe wyniki ogólnego nasilenia czynników ochronnych oraz wyników sumarycznej końcowej oceny dot. ochrony oraz uzyskują najwyższe wyniki zintegrowanej oceny ryzyka przemocy.</p> <p>Im bardziej poważny czyn tym niższe nasilenie czynników ochronnych oraz niższe wyniki w końcowej ocenie dot. ochrony oraz tym wyższe nasilenie zintegrowanej oceny ryzyka przemocy.</p>
--	---	---

### 4.3. Zmienne i narzędzia badawcze

Opis zmiennych oraz proponowanych do ich pomiaru narzędzi badawczych został przedstawiony w Tabeli 4.2.

Tabela 4.2. Opis proponowanych zmiennych i narzędzi badawczych.

Obszar badawczy	Zmienne	Nazwa narzędzia
<b>Osobowość psychopatyczna</b>	<b>Nasilenie psychopatii i jej poszczególnych komponentów</b>	Triarchiczna Miara Psychopatii (TriPM) Ogólny poziom psychopatii (TriPM) i poszczególne skale: Skala zuchwałości Skala rozhamowania Skala bezdusznosci
<b>Osobowość psychopatyczna</b>	<b>Nasilenie psychopatii i jej poszczególnych komponentów</b>	Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS)  Ogólny poziom psychopatii oraz 4 skale/wymiary osobowości psychopatycznej:  - egocentryzm -manipulacja interpersonalna -wrażliwość poznawcza -wrażliwość afektywna
<b>Impulsywność</b>	<b>Poziom impulsywności i jej poszczególnych komponentów</b>	Skala Impulsywnego Zachowania – UPPS-P  Ogólny poziom impulsywności oraz 5 skal/wymiarów impulsywności:  - pozytywna popędliwość, - negatywna popędliwość, - brak premedytacji (przezorności), - brak wytrwałości, - poszukiwanie doznań
<b>Samoregulacja</b>	<b>Poziom samoregulacji poszczególnych komponentów</b>	Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP)  Poziom samoregulacji promocyjnej (samoregulacja promocja) i jej poszczególne wymiary/skale:  - samoregulacja promocja – standardy, - samoregulacja promocja – kontrola.  Poziom samoregulacji prewencyjnej (samoregulacja prewencja) i jej poszczególne skale/wymiary:  - samoregulacja prewencja standardy, - samoregulacja prewencja kontrola.  Siła kontroli
<b>Czynniki ryzyka przemocy</b>	<b>Nasilenie czynników ryzyka przemocy i poszczególnych komponentów ryzyka przemocy</b>	Historical-Clinical-Risk Management 20 Version 3, (HCR-20 <sup>V3</sup> )  Ogólny wynik ryzyka – suma obecności 20 czynników ryzyka

		<p>Ryzyko historyczne – wynik sumy ocen obecności 10 czynników historycznych (skala H)</p> <p>Ryzyko kliniczne – wynik sumy ocen obecności 5 czynników klinicznych (skala C)</p> <p>Ryzyko związane z zarządzaniem – wynik sumy obecności 5 czynników ryzyka związanego z zarządzaniem (skala R).</p> <p>Sumaryczne oceny ryzyka:          Priorytet przypadku (niski, umiarkowany, wysoki)          Ryzyko bezpośredniej/bliskiej przemocy (niskie, umiarkowane, wysokie).          Ryzyko poważnej krzywdy fizycznej (niskie, umiarkowane, wysokie).</p>
<b>Czynniki chroniące przed przemocą</b>	<b>Nasilenie czynników ochronnych i poszczególnych wymiarów ochrony</b>	<p>The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)</p> <p>Ogólny wynik – suma ocen obecności 17 czynników ochronnych.</p> <p>Czynniki ochronne wewnętrzne (ochrona wewnętrzna) – suma ocen obecności czynników ochronnych wewnętrznych.</p> <p>Czynniki ochronne związane z motywacją (motywacja) – suma obecności czynników ochronnych związanych z motywacją,          Czynniki ochronne zewnętrzne (ochrona zewnętrzna) – suma obecności czynników ochronnych zewnętrznych.</p> <p>Sumaryczne oceny ochrony:          Końcowa ocena dot. ochrony (Ochrona) – Niska, Niska-Umiarkowana, Umiarkowana, Umiarkowana-Wysoka, Wysoka.          Zintegrowana ocena ryzyka przemocy (Ryzyko) – Niskie, Niskie-Umiarkowane, Umiarkowane, Umiarkowane-Wysokie, Wysokie.</p>
<b>Powaga czynu</b>	<b>Nasilenie powagi czynów</b>	<p>Autorska klasyfikacja powagi czynu:          Skala od 1 – czyn o najmniejszej powadze do 7 – czyn o największej powadze)</p>
<b>Poziom zabezpieczenia oddziału psychiatrii sądowej</b>	<b>Stopień zabezpieczenia oddziału psychiatrii sądowej</b>	<p>2 stopnie zabezpieczenia:          - wzmożony          - podstawowy</p>

#### **4.3.1. Ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny na potrzeby kodowania czynników ryzyka i czynników ochronnych w kontekście ryzyka przemocy.**

Jest to kompleksowy, ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny przygotowany przez dr Marlenę Banasik na potrzeby oceny poszczególnych czynników ryzyka i czynników ochrony w kontekście ryzyka przemocy, zawartych w narzędziach HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF. Wywiad ten jest rozszerzoną formą arkusza roboczego zaproponowanego przez autorów narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> (Douglas i in., 2013) i stanowi podsumowanie wiedzy nt. funkcjonowania badanego w przeszłości, aktualnego funkcjonowania, spodziewanych problemów w przyszłości oraz szeregu obszarów, które mają potencjalnie ochronny wpływ w kontekście ryzyka przemocy.

#### **4.3.2. Triarchiczna miara psychopatii (Triarchic Psychopathy Measure, TriPM; Patrick, 2010; polska adaptacja: Pilch, Sanecka, Hyla i Atlas, 2015).**

Narzędzie zostało opracowane przez Patricka (2010). Jest samoopisowym narzędziem przeznaczonym do pomiaru psychopatii. Wersja oryginalna obejmuje 58 twierdzeń, których wyniki tworzą trzy podskale tj. a) bezduszość (Meanness, 19 twierdzeń), b) rozhamowanie (Disinhibition, 20 twierdzeń) i c) zuchwałość (Boldness, 19 twierdzeń). Wynik sumaryczny jest całkowitą miarą psychopatii. Podstawowy wzór kodowania pozycji opiera się o 4-stopniową skalę Likerta: prawda = 3, raczej prawda = 2, raczej fałsz = 1, fałsz = 0. Narzędzie zawiera również twierdzenia kodowane odwrotnie. Im wyższy jest wynik, tym wyższe jest nasilenie psychopatii (Evans i Tully, 2016). Triarchiczny model uwzględniający: bezduszość, rozhamowanie i zuchwałość - polega na integracji wcześniejszych modeli psychopatii (Patrick, Fowles i Krueger, 2009). 19 pozycji TriPM mierzących „zuchwałość” – pokrywa się z nieustraszoną dominacją zooperacjonalizowaną w Inwentarzu Osobowości Psychopatycznej (PPI, aktualnie obowiązuje zrewidowana wersja PPI-R, Lilienfeld i Windows, 2005). Skala zuchwałości obejmuje z kolei pozycje służące do oceny dominacji interpersonalnej, odporności emocjonalnej, nieustraszoneści (Patrick, 2010; Drislane i Patrick, 2017). Pozycje tworzące skalę bezduszości i rozhamowania zostały zaczerpnięte z narzędzia Externalizing Spectrum Inventory (Krueger i in., 2007) – służącego do kompleksowej oceny cech i zachowań eksternalizacyjnych. 20 pozycji dotyczących rozhamowania służy do oceny impulsywności, braku odpowiedzialności i podatności na nudę. Z kolegi skala bezduszości obejmuje pytania dotyczące agresji, poszukiwania wrażeń, braku czułości (Stanton, Brown i Watson, 2021). Narzędzie poddano walidacji pod kątem rzetelności i trafności na populacji więziennej i ogólnej

(Drislane i in., 2014a; Marion i in., 2013; Poy i in., 2014; Sellbom i Phillips, 2013). Polska adaptacja narzędzia TriPM powstała w 2015 r. w oparciu o badanie walidacyjne przeprowadzone na grupie ponad 1600 osób z populacji ogólnej w wieku od 17 do 78 lat. Ostateczna polska wersja TriPM-41 została pomniejszona o 17 stwierdzeń w stosunku do oryginalnej wersji TriPM-58 (Pilch, Sanecka, Hyla i Atlas, 2015).

#### **4.3.3. HCR-20<sup>V3</sup> (Historical Clinical Risk Management-ment-20 Version 3; Douglas i in., 2013; polska adaptacja: Nowopolski i in., 2016).**

Jest to najbardziej znane i najczęściej używane na świecie narzędzie służące do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy u dorosłych, co zostało potwierdzone wynikiem badania przeprowadzonego przez Singha i wsp. (2014) na grupie 2135 respondentów z 44 krajów. HCR-20 opracowano w nurcie SPJ (Structured Professional Judgement). Podejście to opiera się na szczegółowej analizie czynników ryzyka przemocy ogólnej, wyodrębnionych na podstawie analizy dostępnej literatury dotyczącej przemocy, analizy badań i metaanaliz badań. Narzędzie ułatwia podejmowanie decyzji o zwolnieniu (z instytucji penitencjarnych, oddziałów psychiatrycznych lub oddziałów psychiatrii sądowej); podejmowanie decyzji np. o stosownym poziomie zabezpieczenia (przy przyjęciu do zakładów penitencjarnych, oddziałów psychiatrycznych lub oddziałów psychiatrii sądowej); monitorowanie ryzyka w trakcie osadzenia penitencjarnego lub hospitalizacji, czy też monitorowanie ryzyka, gdy dana osoba np. przebywa na przepustce, w trakcie warunkowego zwolnienia lub jest objęta wolnościowym środkiem zabezpieczającym (Douglas i in., 2013 ). Narzędzie pozwala również na sformułowanie zaleceń dotyczących dalszych oddziaływań terapeutyczno-leczniczych, ustalania celów leczenia i podejmowania decyzji o zakończeniu leczenia. Procedura badawcza HCR-20<sup>V3</sup> obejmuje siedem etapów: zebranie informacji, ocenę obecności czynników ryzyka, ocenę istotności czynników ryzyka, konceptualizację ryzyka, planowanie z użyciem scenariuszy, metody zarządzania oraz wnioski końcowe. Narzędzie składa się z dwudziestu czynników ryzyka pogrupowanych w trzech skalach: historycznej (dziesięć czynników), klinicznej (pięć czynników) i zarządzania ryzykiem (pięć czynników). Czynniki historyczne ujęte w HCR-20<sup>V3</sup> odzwierciedlają poziom przystosowania psychospołecznego danej osoby w przeszłości. Celem oceny na skali historycznej (H) jest skatalogowanie zestawu ważnych czynników ryzyka przemocy, które mogły pojawić się u danej osoby w określonym momencie w przeszłości. Czynniki kliniczne (skala C) umożliwiają ocenę aktualnych właściwości

związanych z psychospołecznym przystosowaniem danej osoby – obejmują stan obecny i nieodległą przeszłość, tzn. do kilku miesięcy bezpośrednio poprzedzających ocenę. Czynniki zarządzania ryzykiem odzwierciedlają cechy przewidywanego przystosowania psychospołecznego danej w oparciu o jej plany na przyszłość (Douglas i in., 2014).

Na końcu procedury oceny ryzyka przemocy z użyciem narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> osoba oceniająca dokonuje tzw. **sumarycznych ocen ryzyka (SRR)**. Są to już bardziej uznaniowe oceny (format odpowiedzi w odniesieniu do ryzyka: niskie, umiarkowane, wysokie) dotyczące najważniejszych aspektów ryzyka tj.

- a) ocena **priorytetu przypadku** – dotyczy wskazania, jaki stopień oddziaływań lub interwencji jest wymagany, aby zapobiec ponownemu wystąpieniu aktu przemocy u danej osoby;
- b) ocena ryzyka **poważnej krzywdy fizycznej** – stanowi odzwierciedlenie stopnia ciężkości przemocy, której może dopuścić się oceniana osoba.
- c) ocena ryzyka **bezpośredniego zagrożenia przemocą** – odzwierciedla stopień w jakim, ryzyko przemocy jest bezpośrednio/bliskie (Douglas i in., 2013).

Zasady i wytyczne dotyczące oceny poszczególnych aspektów oraz formułowania oceny końcowej zawarte są w podręczniku użytkownika HCR-20<sup>V3</sup>, który w 2016 r. został przetłumaczony na język polski (Banasik i in., 2021). Ze względu na brak normalizacji skali do celów badawczych zastosowano zamiast tego sumę ocen poszczególnych czynników ryzyka. Opis najważniejszych właściwości psychometrycznych narzędzia HCR-20 zawarto w rozdziale 2.5 (str. 53-65).

#### **4.3.4. SAPROF - wytyczne do oceny czynników ochronnych dotyczących ryzyka przemocy (Structured Assessment of Protective Factors; de Vogel i in., 2012; polska adaptacja: Nowopolski i in., 2016).**

Jest to narzędzie służące do oceny czynników ochronnych opracowane w 2007 r. przez naukowców i specjalistów związanych z jednymi z wiodących ośrodków psychiatrii sądowych w Europie – Van der Hoeven Kliniek w Utrechcie, Pompe w Nijmegen, jak i naukowców z Uniwersytetu w Maastricht w Holandii. Aktualnie w użyciu pozostaje druga wersja tego narzędzia, opublikowana w 2012 r. (de Vogel i in., 2012). SAPROF jest pierwszym narzędziem, które w sposób wyłączny koncentruje się na identyfikacji czynników ochronnych (mocnych stron, zasobów) u osób badanych. Czynniki ochronne są czynnikami, które potencjalnie chronią dorosłe osoby badane przez przemocą w przyszłości (de Vogel i in., 2012). Narzędzie SAPROF



obejmuje 17 czynników ochronnych, podzielonych na trzy podskale: 1. Czynniki wewnętrzne, 2. Czynniki motywacyjne i 3. Czynniki zewnętrzne.

**Czynniki ochronne wewnętrzne** (ochrona wewnętrzna) nawiązują do cech osoby ocenianej, mających ochronny wpływ na przyszłe zachowania o charakterze przemocowym. Pozycje te zawierają zarówno historyczne (anamnestyczne), jak i dynamiczne cechy osoby ocenianej. **Czynniki ochronne związane z motywacją** (motywacja) odnoszą się do zasobów wynikających z motywacji do bycia pozytywnym członkiem społeczeństwa. Te pozycje obejmują motywację i podejście do różnych aspektów leczenia i codziennego funkcjonowania. **Czynniki ochronne zewnętrzne** (ochrona zewnętrzna) nawiązują do korzystnych czynników środowiskowych, które zapewniają ochronę jednostki z zewnątrz. Zawierają one zarówno dobrowolne, jak i narzucone wsparcie.

Dwa wewnętrzne czynniki ochronne – tj. inteligencja i bezpieczne więzi w dzieciństwie – są czynnikami statycznymi – nie podlegają bowiem zmianom wraz z upływem czasu i pod wpływem oddziaływań leczniczo-terapeutycznych. Pozostałe 15 czynników ma charakter dynamiczny – podlegają zmianom wraz z upływem czasu i pod wpływem interwencji leczniczo-terapeutycznych. Czynniki dynamiczne podlegają ocenie co 6-12 miesięcy, a ich ocena zależy od kontekstu (np. czy osoba badana przebywa w instytucji, czy jest objęta środkiem zabezpieczającym na wolności). Badanie ma formę pogłębionego wywiadu poszerzonego np. o analizę dostępnej dokumentacji medycznej, wydanych opinii sądowo-psychiatrycznych i sądowo-psychologicznych oraz wywiadów środowiskowych. Czynniki SAPROF są oceniane na trzystopniowej skali (0, 1, 2), gdzie 0 – oznacza brak ochrony, a wynik 2 - oznacza najwyższą ochronę. Szczegółowy sposób kodowania pozycji narzędzia SAPROF został przedstawiony w Tabeli 4.3.

Tabela 4.3. Sposób kodowania poszczególnych pozycji narzędzia SAPROF.

<b>2</b>	<b>Tak.</b> Czynniki ochronny jest wyraźnie obecny.
<b>1</b>	<b>Być może.</b> Czynniki ochronny może być obecny lub jest obecny częściowo.
<b>0</b>	<b>Nie.</b> Czynniki ochronny jest wyraźnie nieobecny lub nie ma dowodów wskazujących, że czynniki ochronny jest obecny.

Po przeprowadzeniu oceny badacz powinien wskazać tzw. czynniki kluczowe (występujące u pacjenta czynniki ochronne) oraz czynniki, które wymagają dalszej pracy

terapeutycznej. Procedura badania zakłada również ocenę końcową w postaci końcowej oceny dot. ochrony (Final Protection Judgement) w skali (niska-umiarkowana-wysoka). Następnie procedura badania zakłada zintegrowanie oceny czynników ochronnych wraz z oceną czynnikami ryzyka przy użyciu preferowanego narzędzia do oceny ryzyka, w postaci zintegrowanej końcowej oceny ryzyka (de Vries Robbé i in., 2020). Opis najważniejszych właściwości psychometrycznych narzędzia SAPROF został zawarty w rozdziałach 2.6.3 – 2.6.4 (str. 71-76).

#### **4.3.5. The Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS, Boduszek, Debowska, Dhingra i DeLisi, 2016).**

Skala została opracowana w celu pomiaru czterech czynników określanych jako wrażliwość (reaktywność) afektywna (czynnik 1), wrażliwość (reaktywność) poznawcza (czynnik 2), manipulacja interpersonalna (czynnik 3) i egocentryzm (czynnik 4). Każda podskala składa się z pięciu pozycji, których pomiar odbywa się z użyciem formatu zgadzam się (1) i nie zgadzam się (0) tj. cecha jest albo obecna albo nieobecna. Narzędzie opiera się na alternatywnym modelu cech psychopatycznym zwanym Modelem Psychopatycznych Cech Osobowości (Psychopathic Personality Traits Model, PPTM; Boduszek i in., 2018). Model ten stoi w opozycji do najbardziej powszechnie stosowanych narzędzi służących do pomiaru cech psychopatycznych (przede wszystkim PCL-R), których konstrukcja nad wyraz opiera się na antyspołeczno-behawioralnych aspektach psychopatii. Autorzy narzędzia wskazują, że pomijana jest kwestia aspektów afektywnych, które są bardziej charakterystyczne dla rdzenia psychopatii i – w odróżnieniu do ekspresji behawioralnej i tendencji antyspołecznych – pozostaje stabilna wraz z upływem czasu (Boduszek i in., 2018). W założeniu autorów narzędzie w swojej skróconej formie może służyć wyłącznie do celów badawczych, a docelowo ma powstać rozszerzone narzędzie diagnostyczne. Model PPTM i narzędzie PPTS ujmuje istotę osobowości psychopatycznej, niezależnie od wieku, płci, różnic kulturowych, przeszłości kryminalnej itp. (Boduszek i in., 2016).

Wyniki uzyskane w narzędziu PPTS mieszczą się w przedziale od 0 do 20, przy czym wyższe wyniki wskazują na podwyższony poziom psychopatycznych cech osobowości. Podskala wrażliwości (reaktywności) afektywnej składa się z pozycji dotyczących cech niskiej empatii i płytkości emocjonalnej. Podskala wrażliwości (reaktywności) poznawczej mierzy zdolność do rozumienia stanów emocjonalnych innych, do tworzenia mentalnej reprezentacji stanów emocjonalnych innej osoby oraz do angażowania się na poziomie poznawczym. Podskala manipulacji interpersonalnej mierzy cechy, takie jak powierzchowny urok,

nastawienie wielkościowe i podstępność. Podskala egocentryzmu ocenia skłonność jednostki do koncentrowania się na własnych zainteresowaniach, przekonaniach i postawach. Pomiar pozycji w całej skali dotyczy raczej wiedzy/umiejętności oraz postaw/przekonań niż zachowań. Pozycje 2, 6, 10, 13, 14 i 17 mają odwróconą punktację. Wersja narzędzia PPTS zastosowana w aktualnym badaniu na potrzeby pracy doktorskiej jest wersją z rozszerzonym formatem skali Likerta (format odpowiedzi od 1 do 4, gdzie 1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3- zgadzam się, 4 – zdecydowanie się zgadzam). Wersja ta była modyfikacją narzędzia PPTS, przesłaną przez głównego jego autora: prof. Daniela Boduszka. Prowadzone modyfikacje ostatecznie zakończyły się publikacją w kwietniu 2022 r. zrewidowanej wersji narzędzia tj. PPTS-R. Wersja ta została rozszerzona o 8 dodatkowych stwierdzeń. Dodatkowo format odpowiedzi opiera się na 5-stopniowej skali Likerta (Boduszek i in., 2022). Przeprowadzono walidację narzędzia PPTS na dużej, systematycznie wyselekcjonowanej próbie więźniów z Polski (Boduszek i in., 2016) oraz USA (Boduszek i in., 2018). Potwierdzono m.in. dobrą rzetelność łączną (composite reliability) i różnicową trafność prognostyczną (differential predictive validity). Walidacji modelu PPTM, na którym opiera się narzędzie PPTS-R, dokonano na łącznej grupie 1794 osadzonych z zakładów karnych o wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia), jak i populacji niesądowej, obejmującej osoby dorosłe funkcjonujące w warunkach wolnościowych, studentów, dzieci (od lat 10-14). Potwierdzono dobrą rzetelność łączną (composite reliability) i różnicową trafność prognostyczną (differential predictive validity) modelu (Boduszek, 2018). Badania walidacyjne zrewidowanej wersji narzędzia PPTS-R objęły populację ogólną (N=1989) oraz populację więzienną (N=638). Potwierdziły one wymiarowość, trafność konstrukcyjną i rzetelność narzędzia. Badania te dostarczyły ponadto dowodów potwierdzających stałość narzędzia w różnych populacjach, co umożliwia stosowanie narzędzia zarówno w populacji ogólnej, jak i więziennej (Boduszek i in., 2022).

#### **4.3.6. Skala Impulsywnego Zachowania (UPPS-P, Lynam i in., 2006, polska adaptacja Poprawa, 2016).**

Narzędzie powstało w oparciu o badania Whiteside'a i Lynama, których wyniki pozwoliły wyodrębnić cztery cechy osobowości, które torują drogę do zachowań impulsywnych. Na podstawie tych badań powstał kwestionariusz obejmujący 45 pozycji, który został nazwany Skalą Impulsywnego Zachowania UPPS (Whiteside i Lynam, 2001; Whiteside i in., 2005). Nazwa skali jest skrótem utworzonym z pierwszych liter nazw czterech czynników

tworzących skalę: a) popędliwość (urgency), premedytacja (premeditation), wytrwałość (perseveration), poszukiwanie doznań (sensation seeking). Popędliwość (zwana również porywcznością) – oznacza tendencję do doznawania silnych impulsów do działania w reakcji na pobudzenie emocjonalne. Przejawem popędliwości jest trudność w samokontroli i utrzymaniu podjętych postanowień, a także podejmowanie działań mimo ich negatywnych następstw. Brak premedytacji (określana również jako: brak planowania lub brak przezorności) – oznacza trudności z przemyśleniem i rozważeniem konsekwencji działania przed jego podjęciem. W impulsywności charakterystyczny jest niedobór przezorności, co sprzyja podjęciu działań pochopnie bez zastanowienia nad konsekwencjami (Golińska, 2015). Brak wytrwałości – oznacza deficyty w zakresie zdolności do koncentrowania się na zadaniu, kiedy staje się ono nużące lub trudne. Poszukiwanie doznań – wiąże się z tendencją do podejmowania i czerpania przyjemności z aktywności, które są ekscytujące i ryzykowne. Oznacza również otwartość na próbowanie nowych doświadczeń, nawet jeśli są niebezpieczne (Poprawa, 2019). Cyders i in. (2007) przeprowadzili dalsze badania nad koncepcją UPPS, które wykazały, że jedna z cech impulsywności tj. popędliwość ma dwa aspekty: a) popędliwość negatywną – czyli skłonność do angażowania się w zachowania impulsywne pod wpływem negatywnych emocji oraz b) popędliwość pozytywną – oznaczającą skłonność do nierozważnych działań pod wpływem ekstremalnie silnych, pozytywnych emocji. Wyniki ww. badań doprowadziły do rozszerzenia oryginalnej wersji Skali Impulsywnego Zachowania UPPS o 14 pozycji obejmujących aspekt pozytywnej popędliwości, w wyniku czego powstało narzędzie UPPS-P (Poprawa, 2019). Liczne badania potwierdziły istnienie pięciu ww. wymiarów osobowości związanych z zachowaniami impulsywnymi, niezależnie od płci, wieku, przynależności do grupy kontrolnej lub klinicznej, grupy etnicznej czy narodowościowej (Lynam i in., 2006, Smith i in., 2007, Coskunpinar i in., 2013; Cyders, 2013). Wyniki badań potwierdziły wysokie walory psychometryczne narzędzia w jego oryginalnej anglojęzycznej wersji, jak i innych adaptacji językowych m.in. polskiej (Poprawa, 2016), włoskiej (Fossati i in., 2016), hiszpańskiej (Verdejo-García i in., 2010). Korelacje między czterema czynnikami wyszczególnionymi w narzędziu UPPS-P, które zostały wykazane w polskim badaniu walidacyjnym, potwierdziły zgodność z ustaleniami autorów narzędzia. Stwierdzone korelacje w pełni potwierdziły, że globalnym pomiarem wymiarem impulsywności jest wysoki poziom popędliwości i poszukiwania doznań oraz niski poziom (brak) przezorności i wytrwałości (Golińska, 2015). Badanie rzetelności pomiaru UPPS za pomocą techniki test-retest wykazało wysokie współczynniki korelacji między obu badaniami. Wyniki te świadczą o bardzo wysokiej stabilności pomiaru skalą impulsywności (Golińska, 2015).

#### **4.3.7. Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP, Kolańczyk, Bąk, Roczniwska 2013).**

Narzędzie służy do diagnozy procesów samoregulacji. Podstawy teoretyczne tworzy teoria nastawienia regulacyjnego Higginsa, uzupełniona badaniami dotyczącymi trybów samokontroli, a także dyspozycyjnej emocjonalności osób o różnym nastawieniu regulacyjnym. W badaniach walidacyjnych uzyskano zadowalające wskaźniki rzetelności ( $\alpha=0,81$ ), a uzyskana struktura narzędzia cechuje się dużą stabilnością między badaniami przeprowadzonymi na niezależnych próbach. Przeprowadzone badania wskazują na satysfakcjonującą trafność zewnętrzną i teoretyczną (Kolańczyk, Bąk i Roczniwska, 2013). Skala zawiera 27 stwierdzeń, do których osoba odnosi się na 5-stopniowej skali (1 zdecydowanie nie; 2 raczej nie; 3 trudno powiedzieć; 4 raczej tak; 5 zdecydowanie tak nie). Narzędzie zawiera 3 główne skale: promocja, prewencja i siła motywacji. Skale promocji i prewencji składają się z dodatkowych podskal: standardy i kontrola. Skala motywacji zawiera 2 pytania kodowane odwrotnie.

#### **4.3.8. Autorska klasyfikacja powagi czynów w systemie psychiatrii sądowej.**

Jest to klasyfikacja powagi (w tym drastyczności) czynów, które stanowiły podstawę umieszczenia na internacji, w systemie psychiatrii sądowej, pacjentów uwzględnionych w próbie badanych w opisywanej pracy doktorskiej. Klasyfikacja odnosi się jedynie czynów związanych z aktualną internacją. Nie uwzględnia czynów, które badane osoby dokonały w przeszłości lub w trakcie trwania internacji (w instytucji). Jest to klasyfikacja wyprowadzona racjonalnie, w oparciu o ponad 10-letnie doświadczenie autora w pracy z osobami internowanymi na oddziałach psychiatryczno-sądowych, a także o analizę grupy badanej. Podstawowym kryterium zastosowanej gradacji jest stopień uszczerbku fizycznego i/lub psychicznego, jaki jest związany z dokonaniem czynu.

Klasyfikacji nie poddano badaniami walidacyjnym. W klasyfikacji przyporządkowany jest zakres punktowy od 1 do 7, gdzie przyznanie punktacji 1 oznacza najmniej drastyczny czyn będący podstawą internacji, pozbawiony elementów przemocy (w tym gróźb, usiłowań, faktycznych aktów przemocy, zachowań wzbudzających obawę wyrządzenia krzywdy fizycznej), zaś przyznanie oceny 7 oznacza najbardziej drastyczną formę przemocy, której skutki dotyczą co najmniej dwóch osób. Szczegółowa punktacja:

7: zabójstwo co najmniej dwóch osób lub zabójstwo jednej osoby i ciężki uszczerbek na zdrowiu spowodowany u co najmniej 3 osób.

6:

- zabójstwo jednej osoby i ciężki uszczerbek spowodowany u co najmniej jednej osoby.

5:

zabójstwo jednej osoby;

- usiłowanie zabójstwa u co najmniej 2 osób,  
- ciężki uszczerbek na zdrowiu u co najmniej 2 osób.

4:

- usiłowanie zabójstwa,  
- spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,  
- spowodowanie uszczerbku na zdrowiu co najmniej 3 osób,  
- długotrwałe i wszechstronne znęcanie się fizyczne i psychiczne nad rodziną.

3:

- średni uszczerbek na zdrowiu,  
- znęcanie się fizyczne i psychiczne nad rodziną,  
- lekki uszczerbek na zdrowiu przeciwko co najmniej 3 osobom,  
- groźby wyrządzenia krzywdy przeciwko co najmniej 3 osobom.

2:

- lekki uszczerbek na zdrowiu,  
- groźby wyrządzenia krzywdy.

1:

- przestępstwo bez przemocy.

#### **4.4. Organizacja badań.**

Zaprezentowane w rozprawie badania nad osobowością sprawcy i innymi aspektami kształtującymi ocenę ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach sądowo-psychiatrycznych zostały zrealizowane w latach 2020-2022. Zarówno pierwszy pomiar obejmujący zarówno a) kwestionariuszowe badania cech psychopatycznych, impulsywności oraz samoregulacji, b) kompleksowe wywiady ukierunkowane na ocenę czynników ryzyka i czynników ochronnych, c) analizę dostępnej dokumentacji medycznej oraz dostępnych opinii sądowo-psychiatryczno-psychologicznych; d) kodowanie obecności i istotności czynników ryzyka oraz czynników ochronnych, jak i drugi pomiar obejmujący aktualizację wywiadów

oraz ponowne kodowanie - na ich podstawie - obecności i istotności czynników ryzyka oraz czynników ochronnych, został zrealizowany w oddziałach psychiatryczno-sądowych o wzmocnionym i podstawowym stopniu zabezpieczenia w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie w Starogardzie Gdańskim oraz w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

W przeprowadzonych badaniach nad zmiennymi osobowościowymi i innymi predyktorami w ocenie ryzyka przemocy u pacjentów internowanych na oddziałach sądowo-psychiatrycznych posłużono się polskim tłumaczeniem skali Historical-Clinical-Risk Management Version 3 (HCR-20<sup>V3</sup>, Douglas i in., 2013, polska adaptacja Nowopolski i in., 2016). Do oceny czynników ochronnych posłużono się również polskim tłumaczeniem Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF, de Vogel i in., 2012; polska adaptacja Nowopolski i in., 2016). Polską adaptację skali TriPM służącą do badania psychopatii w ujęciu triarchicznym uzyskano i wykonano za zgodą autorów. Polską wersję testu PPTS w trakcie modyfikacji (20 pytań z 4-stopniowym formatem odpowiedzi w skali Likerta, Boduszek i in., 2016) uzyskano i wykorzystano za zgodą głównego autora narzędzia prof. Daniela Boduszka. Polską adaptację skali UPPS-P (Cyders i in., 2007) autorstwa prof. Ryszarda Poprawy (Poprawa, 2016) uzyskano i wykonano za zgodą autora polskiej adaptacji narzędzia. Arkusz testowy do skali SSPP (Kolańczyk, Bąk i Roczniwska, 2013) uzyskano i wykorzystano za zgodą prof. A. Kolańczyk. W trakcie strukturyzacji danych pochodzących z metryczki (suplementu do badań testowych obejmującego podstawowe dane nt. osoby badanej) oraz danych pochodzących z dokumentacji i wywiadów, dokonano autorskiej klasyfikacji powagi czynów.

#### **4.5. Osoby badane.**

W badaniach wzięło udział 152 pacjentów płci męskiej w przedziale wiekowym 18-71 lat poddanych przymusowej hospitalizacji w ramach internacji sądowo-psychiatrycznej. Badani popełnili w większości poważne przestępstwa (głównie przeciwko życiu i zdrowiu), a w wyniku wyroku Sądu zostali uznani za niepoczytalnych w trakcie popełnienia czynu (tempore criminis). Średni wiek badanych wynosił 36.4 (SD=11.3). Poza uczestnikami badań wywiady diagnostyczne przeprowadzono z 10 innymi osobami, które ostatecznie jednak nie weszły w skład próby badawczej. Powodem był brak danych z narzędzi testowych spowodowany a) odmową dalszego udziału tych osób w badaniach, b) pogorszeniem stanu

psychicznego umożliwiającego przeprowadzenie badań testowych, c) nieprzewidzianą zmianą miejsca wykonywania środka zabezpieczającego, d) zgonem osoby badanej.

#### **4.6. Procedura badawcza.**

Przed przystąpieniem do zasadniczej części badań została dokonana wstępna, przesiewowa kwalifikacja osadzonych pod kątem orientacyjnej oceny funkcji intelektualnych i oceny funkcji poznawczych. Osoby o wysokim prawdopodobieństwie znaczących deficytów intelektualno-poznawczych uniemożliwiających wypełnienie badań testowych z adekwatnym zrozumieniem, nie były włączane do puli osób badanych. W ramach tej wstępnej kwalifikacji dokonano również przeglądu dostępnej dokumentacji psychiatryczno-psychologicznej, przy zwróceniu szczególnej uwagi na dane z opinii psychologicznych i sądowo-psychiatrycznych dotyczące ewentualnych deficytów intelektualnych i poznawczych. Następnie, wybranym w ten sposób pacjentom zaproponowano udział w badaniach. Wszystkie osoby badane wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniach. Ponadto każdy z uczestników został poinformowany o wykorzystaniu otrzymanych wyników wyłącznie w celach naukowych oraz zapewniony o całkowitej anonimowości. Zasadnicza część badań odbywała się w gabinecie psychologa. Badani byli doprowadzani pojedynczo do wyznaczonego miejsca przez psychologa realizującego badanie. Badania zostały podzielone na następujące etapy:

1. Podpisanie zgody na udział w badaniu przez osobę badaną na odpowiednim arkuszu (Arkusz zgody na udział w badaniu).
2. Wypełnienie metryczki (w wersji papierowej).
3. Analiza dokumentacji medycznej osoby badanej i dostępnych opinii sądowo-psychiatryczno-psychologicznych.
4. Przeprowadzenie wywiadu (format wywiadu ustalony przez dr Marlenę Banasik) na podstawie zasad wyszczególnionych w arkuszu roboczym HCR-20<sup>V3</sup>, pozwalający następnie ocenić (zakodować) nasilenie i obecność czynników ryzyka i czynników ochronnych (HCR-20 i SAPROF). Wywiad został uzupełniony o analizę akt. Wywiad był zbierany „elektronicznie” w pliku programu Word. Standardowy czas zebrania wywiadu – ok. 3 godz.
5. Wypełnienie przez osobę badaną zestawu testów samoopisowych (TriPM, PPTS, UPPS-P, SSPP). Standardowy czas wypełnienia metod samoopisowych – ok. 1 godz.
6. Kodowanie obecności i istotności 20 czynników ryzyka wyszczególnionych w narzędziu HCR-20<sup>V3</sup> oraz kodowanie czynników ochronnych wyszczególnionych w narzędziu SAPROF



– na podstawie wcześniej przeprowadzonych kompleksowych wywiadów. Standardowy czas kodowania obecności i istotności czynników ryzyka i czynników ochronnych – 1 godz.

7. Po zebraniu arkuszy od osoby badanej, dane z arkuszy i metryczki zostały wpisane do elektronicznej bazy (plik Excel).

8. Arkusze, zgody i metryczka zostały przechowane w teczkach, w warunkach uniemożliwiających dostęp osób trzecich (dane wrażliwe).

9. Po 6 miesiącach przeprowadzono ponowne badanie. W drugiej turze przeprowadzono tylko wywiad do oceny ryzyka, bez metod samoopisowych. Dalsza procedura postępowania była identyczna jak przy pierwszym badaniu.

10. Ponowne kodowanie obecności i istotności 20 czynników ryzyka wyszczególnionych w narzędziu HCR-20<sup>V3</sup> oraz kodowanie czynników ochronnych wyszczególnionych w narzędziu SAPROF – na podstawie aktualizacji w przeprowadzonych wywiadach.

#### 4.7. Zastosowane metody statystyczne.

Uzyskane dane zostały poddane analizie statystycznej z użyciem programu statystycznego Jamovi wersja 2.3 (2022). Poza podstawowymi obliczeniami statystyk opisowych wykorzystano zarówno analizy parametryczne jak i nieparametryczne.

Do zbadania związków pomiędzy dwoma zmiennymi posłużono się **testem korelacji Tau Kendela** (gdy jedna ze zmiennych miała formę porządkową o małym zakresie wartości; Abdi, 2007), **test rang rho Spearmana** oraz **test korelacji r Pearsona** (Schober, Boer, Schwarte, 2018). W czasie interpretacji wyników analizy korelacji na podstawie wartości  $r$  poza faktem stwierdzenia istotnej statystycznie współzależności pomiędzy dwoma zmiennymi określa się także wielkość korelacji (im wartość bezwzględna wskaźnika  $r/r_s$  jest większa tym ta zależność jest większa) oraz jej kierunek (w przypadku, gdy  $r$  przyjmuje wartości mniejsze od zera mówimy o korelacji ujemnej, natomiast gdy jest ona dodatnia to mówimy o korelacji dodatniej).

W interpretacji współczynnika korelacji przyjęto za Guilfordem (1973), że gdy:

$|r_s| = 0$  - zmienne nie są skorelowane

$0 < |r_s| < 0.1$  - zaobserwowana korelacja jest nikła

$0.1 \leq |r_s| < 0.3$  - zaobserwowana korelacja jest słaba

$0.3 \leq |r_s| < 0.5$  - zaobserwowana korelacja jest przeciętna

$0.5 \leq |r_s| < 0.7$  - zaobserwowana korelacja jest wysoka

$0.7 \leq |r_s| < 0.9$  - zaobserwowana korelacja jest bardzo wysoka

$0.9 \leq |r_s| < 1$  - zaobserwowana korelacja jest prawie pełna.

$|r_s| = 1$  – zaobserwowana korelacja jest pełna

W sytuacji, gdy analizom poddawane były zmienne porządkowe/ilorazowe do zbadania różnic pomiędzy trzema badanymi grupami (wyniki niski, przeciętny, wysoki) stosowano analizy typu: test Kruskala-Wallisa oraz **GLM** (General Lineral Model) – **ogólny model liniowy dla zmiennych zależnych**. W przypadku tego typu analiz poza analizą zmiany nasilenia czynników ryzyka oraz ochrony w czasie internacji, pozawalały one zbadać czy zbadane cechy osobowościowe pełnią rolę moderującą (interakcje) na potencjalną zmianę tych czynników. W celu ustalenia siły efektu obliczono: w przypadku GLM cząstkowe eta kwadrat ( $\eta^2_P$ ), którego wartości  $>0.01$ ,  $0.06$  oraz  $0.14$  odpowiadają małej, średniej oraz dużej mierze siły efektu (Miles i Shevlin 2001; Cohen 1988; Cohen, Cohen, West i Aiken 2003); w przypadku Kruskala-Wallisa epsilon kwadrat ( $\epsilon^2$ ), gdzie wartościom w podanych przedziałach przypisuje się wartość efektu jako:  $0.00 < 0.01$  – znikomą;  $0.01 < 0.04$  – słabą;  $0.04 < 0.16$  – przeciętną;  $0.16 < 0.36$  – względnie silną;  $0.36 < 0.64$  – silną;  $0.64 < 1.00$  – bardzo silną (Rea i Parker 1992). Gdy wskazano istotne różnice w testach ANOVA zastosowane były testy post hoc – test Tukeya w przypadku GLM oraz test DSCF (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) w sytuacji użycia testu Kruskala-Wallisa.

W celu ustalenia jaki zespół badanych cech ma wpływ na wybrane zmienne zależne, przeprowadzono **analizę krokową regresji wielokrotnej**. W poszczególnych krokach regresji wielokrotnej dodawane są kolejne zmienne niezależne (które były skorelowane ze zmienną zależną) aż do momentu, kiedy żadna ze zmiennych niezależnych nie może już być dodana, ponieważ nie osiąga poziomu istotności w równaniu regresyjnym. Oznacza to, że dołączenie kolejnej zmiennej nie powoduje zwiększenia wyjaśnianego procentu wariancji zmiennej zależnej.

W analizie tej występują następujące wskaźniki (Brzeziński, 1996):

- $R$  – współczynnik korelacji wielokrotnej
- $R^2$  – wyjaśnia procent wariancji zmiennej zależnej wyjaśnionej przez zmienne niezależne oraz ich interakcje. Wartość tego współczynnika pomnożona przez 100% określa procentowy udział zmiennych w wyjaśnianiu zmienności wyników zmiennej zależnej.
- $B$  – waga surowa
- $\beta$  – standaryzowany współczynnik regresji częściowej. Przyjmuje on wartości od  $-1,0$  do  $+1,0$ . Współczynnik ten określa, o ile zmienia się zmienna zależna w wyniku standaryzowanej zmiany zmiennej niezależnej – czyli o jedno odchylenie standardowe.

Największy wkład w równanie a co za tym idzie w wyjaśnienie zmienności ma ta zmienna, której  $\beta$  ma największą wartość bezwzględną. Dodatnia wartość  $\beta$  świadczy o wprost proporcjonalnej zmienności, a ujemna wskazuje odwrotnie proporcjonalną zależność.

- t – poziom istotności współczynnika  $\beta$
- F – wartość statystyki F, będącej testem istotności dla współczynnika R

W przypadku zmiennych, które zostały uwzględnione w równaniu regresji, ale nie stwierdzono, aby rozkłady ich wyników były zbliżone do rozkładów normalnych, poddano je transformacji logarytmicznej w celu spełnienia warunku o normalności rozkładu.

W celu porównania wyników dwóch grup do siebie (osób internowanych w placówkach o różnym poziomie zabezpieczenia) posłużona się testem U Manna-Whitneya z rangowo-dwuseryjną korelacją jako wartością efektu (McKnight i Najab, 2010; Wendt 1999).

We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa  $p$  była mniejsza od przyjętego poziomu istotności  $\alpha = 0.05$  ( $p < 0.05$ ).

## ROZDZIAŁ V. WYNIKI

W rozdziale tym przedstawiono wyniki badań własnych. W tabelach 5.1 – 5.6 przedstawiono statystyki opisowe prezentujące wyniki uzyskane w badanej grupie osób. Ze względu na obszerny zakres uzyskanych rezultatów podjęto decyzję o tym, aby w następnych rozdziałach zaprezentować wyniki analiz statystycznych w kolejności pozostającej w zgodzie z postawionymi problemami badawczymi.

Tabela 5.1. Statystyki opisowe kwestionariusza TriPM.

	M	SD	Percentyle		
			25th	50th	75th
TriPM zuchwałość	26.78	14.911	20.00	25.00	29.25
TriPM rozhamowanie	19.41	9.070	14.00	19.00	25.00
TriPM bezduszność	9.00	4.735	5.00	9.00	12.00
TriPM Psychopatia	54.91	17.161	45.00	54.00	62.25

Tabela 5.2. Statystyki opisowe kwestionariusza SSPP.

	M	SD	Percentyle		
			25th	50th	75th
SSPP PROMOCJA	3.53	0.713	3.15	3.50	4.00
SSPP promocja standardy	3.51	0.873	3.00	3.67	4.33
SSPP promocja kontrola	3.65	0.508	3.45	3.82	4.02
SSPP PREWENCJA	3.75	0.610	3.00	3.50	4.00
SSPP prewencja standardy	3.52	0.598	3.43	3.86	4.29
SSPP prewencja kontrola	3.83	0.679	3.14	3.57	4.00
SSPP SIŁA MOTYWACJI	3.52	0.713	3.15	3.50	4.00

Tabela 5.3. Statystyki opisowe kwestionariusza UPPS-P.

	M	SD	Percentyle		
			25th	50th	75th
UPPS-P Negatywna popędliwość	28.43	6.63	24.00	28.00	33.00
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji	11.76	3.28	10.00	12.00	14.00
UPPS-P Wyrwałość – brak wyrwałości	20.10	5.02	16.75	20.00	23.00
UPPS-P Poszukiwanie doznań	30.18	6.97	25.75	30.00	34.00
UPPS-P Pozytywna popędliwość	31.80	10.02	25.75	30.50	38.25

Tabela 5.4. Statystyki opisowe kwestionariusza PPTS.

	M	SD	Percentyle		
			25th	50th	75th
PPTS Egocentryzm	11.36	2.388	10.00	12.00	13.00
PPTS Manipulacja Interpersonalna	10.24	2.963	9.00	10.00	11.25
PPTS Wrażliwość Poznawcza	11.02	2.354	9.75	11.00	13.00
PPTS Wrażliwość Afektywna	9.69	1.967	9.00	10.00	11.00
PPTS OGÓLNY	42.32	6.163	39.00	42.00	46.00

Tabela 5.5. Statystyki opisowe narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

	M	SD	Percentyle		
			25th	50th	75th
Skala H – pomiar 1	13.95	3.647	11.00	14.00	17.00
Skala C – pomiar 1	4.57	2.349	3.00	5.00	6.00
Skala R – pomiar 1	6.59	2.024	5.00	7.00	8.00
HCR-20 Wynik ogólny – pomiar 1	25.11	6.062	21.00	25.00	30.00
Skala H – pomiar 2	14.10	3.734	12.00	14.00	17.00
Skala C – pomiar 2	4.47	2.370	3.00	4.00	6.00
Skala R – pomiar 2	6.38	2.116	5.00	7.00	8.00
HCR-20 Wynik ogólny – pomiar 2	24.95	6.237	21.00	26.00	29.25

Tabela 5.6. Statystyki opisowe narzędzia SAPROF.

	M	SD	Percentyle		
			25th	50th	75th
SAPROF - Wewnętrzne – pomiar 1	3.97	1.886	3.00	4.00	5.00
SAPROF - Motywacja – pomiar 1	4.89	2.913	2.75	4.50	7.00
SAPROF - Zewnętrzne – pomiar 1	3.09	1.460	2.00	3.00	4.00
SAPROF - Wynik ogólny – pomiar 1	11.94	4.980	8.00	12.00	15.00
SAPROF Wewnętrzne – pomiar 2	4.28	1.974	3.00	4.00	6.00
SAPROF Motywacja – pomiar 2	5.51	3.038	3.00	5.00	7.00
SAPROF Zewnętrzne – pomiar 2	3.25	1.528	2.00	3.00	4.00
SAPROF Wynik ogólny – pomiar 2	13.04	5.387	9.75	12.00	16.00

## 5.1. Relacje między zmiennymi osobowościowymi a wyjściowym ryzykiem przemocy

**Pytanie badawcze nr 1.** Jakie są najsilniejsze korelaty osobowościowe wyjściowego nasilenia ryzyka przemocy w grupie osób badanych w 1. pomiarze?

### 5.1.1. Relacje między psychopatią a wyjściowym ryzykiem przemocy

**Pytanie badawcze nr 2.** Czy nasilenie psychopatii w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem?

**Hipoteza H1:** Im wyższy jest poziom psychopatii, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.

**Hipoteza H1a.** Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, przeciętnie psychopatyczni i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ryzyka oraz nasileniem ryzyka historycznego, klinicznego i zarządzania ryzykiem.

W pierwszej kolejności przedstawiono rezultaty analiz statystycznych odnoszące się do pierwszego problemu badawczego, w którym zawarte są cztery hipotezy badawcze. W

pierwszej kolejności zbadano zależność pomiędzy poziomem psychopatii a ogólnym poziomem ryzyka przemocy, ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego oraz zarządzania ryzykiem. W tym celu posłużono się dwoma testami korelacyjnymi – testem korelacji r Pearsona (tabele 5.7 oraz 5.8) oraz testem Tau B Kendalla (tabele 9A str. 367-369 oraz 10A str. 370-372).

Wyniki testu r Pearsona przedstawione w tabeli 5.7 wskazały na istotne statystycznie ( $p < 0.05$ ) dodatnie korelacje pomiędzy poziomem ryzyka historycznego (skala H) a dwoma skalami kwestionariusza TriPM - rozhamowaniem (korelacja przeciętna) oraz psychopatią (korelacja słaba). Analogiczne zależności zanotowano w przypadku ogólnego wyniku skali HCR-20<sup>V3</sup>. Ponadto, w przypadku skali R (zarządzania ryzykiem przemocy) zanotowano dodatnią słabą korelację z poziomem psychopatii. W przypadku pozostałych kombinacji badanych zmiennych nie wskazano istotnych statystycznie zależności ( $p > 0.05$ ). Kierunek współczynnika korelacji we wspomnianych wyżej przypadkach świadczy o tym, że im wyższe jest rozhamowanie oraz ogólny poziom psychopatii, tym wyższy jest poziom ogólnego ryzyka, ryzyka historycznego oraz ryzyka związanego z zarządzaniem (zależność jedynie z psychopatią – ogólnie).

Tabela 5.7. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza TriPM) a rezultatami narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

		TriPM zuchwałość	TriPM rozhamowanie	TriPM bezdusznosc	TriPM Psychopatia
Skala H	r	-0.049	0.473 ***	0.029	0.173 *
	p	0.549	<.001	0.722	0.033
Skala C	r	0.024	0.153	0.099	0.147
	p	0.767	0.060	0.223	0.071
Skala R	r	0.022	0.103	0.144	0.163 *
	p	0.791	0.205	0.076	0.045
Wynik Total	r	-0.013	0.379 ***	0.104	0.215 **
	p	0.875	<.001	0.201	0.008

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Przeprowadzono analogiczną analizę korelacyjną badającą zależność pomiędzy czynnikami ryzyka badanymi z użyciem HCR-20<sup>V3</sup> a wynikami kwestionariusza PPTS (tabela 5.8). Wyniki przeprowadzonej analizy wskazały jedną dodatnią, słabą korelację pomiędzy skalą „manipulacja interpersonalna” a skalą C (ryzyko kliniczne). Rezultaty te świadczą o tym, że w niewielkim stopniu manipulacja interpersonalna jest wprost proporcjonalnie powiązana

ze skalą ryzyka klinicznego – im wyższe/niższe są rezultaty jednej skali tym wyższe/niższe są rezultaty drugiej.

Tabela 5.8. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza PPTS) a rezultatami narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

		PPTS Egocentryzm	PPTS Manipulacja Interpersonalna	PPTS Wrażliwość Poznawcza	PPTS Wrażliwość Afektywna	PPTS OGÓLNY
Skala H	r	-0.078	-0.030	0.001	0.040	-0.031
	p	0.340	0.717	0.991	0.629	0.700
Skala C	r	0.079	0.193 *	-0.122	0.097	0.108
	p	0.334	0.017	0.135	0.235	0.186
Skala R	r	0.026	0.079	-0.055	-0.012	0.023
	p	0.753	0.335	0.499	0.879	0.781
Wynik Total	r	-0.008	0.083	-0.065	0.057	0.030
	p	0.925	0.307	0.425	0.484	0.709

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Poza powyżej opisanymi analizami przeprowadzono bardziej szczegółowe obliczenia odnoszące się zależności pomiędzy wszystkimi dwudziestoma czynnikami narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> a poziomem psychopatii. Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawiono w Aneksie pracy w tabelach 9A (str. 367-369) oraz 10A (str. 370-372). Ze względu na dużą ilość zaobserwowanych istotnych statystycznie korelacji, skoncentrowano się tutaj na zależnościach, które są co najmniej przeciętne ( $r \geq 0.30$ ).

Wyniki testu Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu TriPM a wynikami testu HCR-20<sup>V3</sup> (tabela 9A, str. 367-369) w przypadku skali zuchwałość nie wskazały co najmniej przeciętnych ( $|r| \geq 0.30$ ) zależności. Odnosząc się do wyników skali rozhamowanie zanotowano dodatnią, przeciętną zależność pomiędzy tą skalą a czynnikiem H2 - inne zachowania antyspołeczne w przeszłości ( $\tau_b = 0.295$ ;  $p < 0.001$ ) oraz czynnikiem H5 – używanie substancji psychoaktywnych w przeszłości ( $\tau_b = 0.331$ ;  $p < 0.001$ ). W przypadku skal bezduszność oraz psychopatia nie zanotowano przynajmniej przeciętnych, istotnych statystycznie zależności pomiędzy ich wynikami a czynnikami narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

Analizując wyniki przedstawione w tabeli 10A (str. 370-372) nie zanotowano co najmniej przeciętnych istotnych statystycznie zależności pomiędzy rezultatami kwestionariusza PPTS a czynnikami HCR-20<sup>V3</sup>.



**Wyniki dla hipotezy H1:** Im wyższe jest rozhamowanie oraz ogólny poziom psychopatii, tym wyższy jest poziom ogólnego ryzyka, ryzyka historycznego oraz ryzyka związanego z zarządzaniem (zależność jedynie z psychopatią – ogólnie). Ponadto, im wyższy jest poziom manipulacji interpersonalnej, tym wyższy jest poziom ryzyka klinicznego. Odnotowano związek pomiędzy rozhamowaniem a dwoma historycznymi czynnikami ryzyka: innymi zachowaniami antyspołecznymi w przeszłości oraz używaniem substancji psychoaktywnych w przeszłości.

Kolejnym krokiem analiz było podzielenie na podstawie wyników testów psychopatii osób badanych na trzy grupy – o niskim, przeciętnym oraz wysokim poziomie psychopatii. Dokonano dwóch podziałów na grupy – w oparciu o wyniki kwestionariuszy TriPM oraz PPTS. Do grupy o wyniku niskim zostały przypisane osoby, których wynik ogólny wspomnianych testów był mniejszy niż średni wynik wszystkich osób minus odchylenie standardowe ( $M-SD$ ), do grupy o przeciętnych rezultatach psychopatii przypisano osoby, które uzyskały wynik w przedziale  $<M-SD; M+SD>$ , natomiast do grupy o wysokim poziomie psychopatii przypisano osoby o wynikach powyżej  $M+SD$ . Następnie z użyciem testu Kruskala-Wallisa (tabela 11A str. 372-373 oraz 12A str. 374-377) porównano wyniki HCR-20<sup>V3</sup> w tych grupach.

Analiza głównych składowych ryzyka (skale H, C, R oraz wynik ogólny) w przypadku, gdy porównywano osoby badane, które zostały podzielone na grupy na podstawie wyników kwestionariusza TriPM, nie wskazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami ( $p > 0.05$ ).

Analizy badające różnice w nasileniu poszczególnych czynników ryzyka (tabela 13A s. str. 378) wskazały jedną istotnie statystycznie różnicę pomiędzy grupami różniącymi się poziomem psychopatii (na podstawie wyników testu TriPM) – w nasileniu czynnika R4 – problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór obecność ( $\chi^2(2, 152) = 6.74; p = 0.034; \varepsilon^2 = 0.0446$ ). Wyniki testów post hoc DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) (12A s. 372-375) wskazały na wyższe wartości nasilenia ryzyka osób o wysokim poziomie psychopatii w porównaniu do osób o niskim poziomie psychopatii. Ponadto zanotowano 3 tendencje różnic pomiędzy grupami: w przypadku czynnika H2 – problemy w przeszłości z innymi zachowaniami antyspołecznymi ( $\chi^2(2, 152) = 5.03; p = 0.081; \varepsilon^2 = 0.033$ ), H7 – problemy w przeszłości z objawami zaburzeń osobowości ( $\chi^2(2, 152) = 4.71; p = 0.095; \varepsilon^2 = 0.031$ ) oraz R3 – problemy w przyszłości ze wsparciem społecznym ( $\chi^2(2, 152) = 5.17; p = 0.075; \varepsilon^2 = 0.034$ ). Wyniki testów post hoc w przypadku czynnika H2 – obecność wskazały analogiczne różnice do wyżej opisanych (tabela 14A str. 378). Test DSCF dla zmiennej H7 (problemy w

przeszłości z objawami zaburzeń osobowości) nie pozwolił wskazać, które grupy się od siebie różnią (tabela 15A str. 379). Natomiast w przypadku czynnika ryzyka R3 (problemy w przyszłości ze wsparciem społecznym) wskazano, że osoby o przeciętnym poziomie psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza TriPM) charakteryzują się niższym nasileniem czynnika R3 (problemy w przyszłości ze wsparciem społecznym) niż osoby o wysokim poziomie psychopatii (tabela 16A str. 379).

Porównując czynniki ryzyka u osób o różnym poziomie psychopatii badanej z użyciem PPTS (tabela 17A str. 379-380), nie wskazano istotnych statystycznie różnic ( $p > 0.05$ ) w przypadku głównych skal ryzyka (H, C, R oraz wynik ogólny). Analizując czynniki ryzyka przemocy wchodzące w skład głównych skal zanotowano istotne różnice pomiędzy grupami w przypadku czynnika H2 – inne zachowania antyspołeczne w przeszłości ( $\chi^2(2, 152) = 5.97; p = 0.050; \varepsilon^2 = 0.040$ ). Wyniki testu post hoc DSCF wskazały, że osoby o niskim poziomie psychopatii charakteryzują się niższym poziomem czynnika ryzyka H2 (problemy w przeszłości z innymi zachowaniami antyspołecznymi) w porównaniu do osób o przeciętnym poziomie psychopatii (tabela 19A str. 385). Dodatkowo wskazano tendencje różnic pod względem czynnika ryzyka R5 - problemy w przyszłości ze stresem i radzeniem sobie ze stresem ( $\chi^2(2, 152) = 5.12; p = 0.077; \varepsilon^2 = 0.034$ ). Wyniki analizy DSCF wykazały, że osoby o niskim poziomie psychopatii charakteryzują się wyższym poziomem czynnika ryzyka R5 – problemy w przyszłości ze stresem i radzeniem sobie ze stresem (tabela 20A str. 385) w porównaniu do osób o przeciętnym poziomie psychopatii badanej testem PPTS.

**Wyniki dla hipotezy H1a:** Nie zaobserwowano różnic między międzygrupowych w odniesieniu do głównych składowych ryzyka przemocy: ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego, ryzyka związanego z zarządzaniem oraz ogólnego nasilenia ryzyka pomiędzy grupami o różnym nasileniu psychopatii. Jedyne zaobserwowane różnice dotyczą pojedynczych czynników ryzyka takich jak: R4 – problemy w przyszłości z odpowiedzialnością i nadzorem, H2 – problemy w przeszłości z innymi zachowaniami antyspołecznymi, R3 – problemy w przyszłości ze wsparciem społecznym, czy R5 – problemy w przyszłości ze stresem i radzeniem sobie ze stresem.

### 5.1.2. Relacje między samoregulacją promocyjną i prewencyjną a wyjściowym ryzykiem przemocy.

**Pytanie badawcze nr 3.** Czy nasilenie składowych samoregulacji w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR 20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i poziomem ryzyka związanego z zarządzaniem?

**Hipoteza H2:** Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej, tym niższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.

**Hipoteza H3:** Im wyższy poziom samoregulacji promocyjnej, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.

Następnym zagadnieniem wchodzącym w zakres pierwszego problemu badawczego są zależności pomiędzy samoregulacją promocyjną oraz prewencyjną (badaną z użyciem kwestionariusza SSPP) a czynnikami ryzyka (badanymi z użyciem HCR-20<sup>V3</sup>). W celu zbadania wspomnianych relacji zastosowano test korelacji r Pearsona (dla głównych skal ryzyka tj. H, C, R oraz wyniku ogólnego) (tabela 5.9) oraz test korelacji tau Kendella (dla poszczególnych czynników ryzyka) (tabela 21A str. 386-388).

Tabela 5.9. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem samoregulacji promocyjnej oraz prewencyjnej (badanej z użyciem kwestionariusza SSPP) a rezultatami narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

		SSPP Promocja	SSPP promocja standardy	SSPP promocja kontrola	SSPP Prewencja	SSPP prewencja standardy	SSPP prewencja kontrola	SSPP siła motywacji
Skala H	r	-0.181 *	-0.180 *	-0.138	-0.103	-0.026	-0.133	-0.116
	obecność	p	0.025	0.027	0.090	0.208	0.747	0.156
Skala C	r	0.102	0.078	0.047	-0.029	0.093	-0.075	-0.007
	obecność	p	0.213	0.338	0.562	0.727	0.253	0.357
Skala R	r	-0.164 *	-0.157	-0.159 *	-0.134	-0.028	-0.135	-0.131
	obecność	p	0.043	0.053	0.050	0.099	0.735	0.097
Wynik Total	r	-0.125	-0.130	-0.118	-0.118	0.011	-0.154	-0.116
	obecność	p	0.126	0.109	0.148	0.149	0.893	0.058

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Analiza wyników przedstawionych w tabeli 5.9 wskazała jedynie słabe, ujemne korelacje ( $|r| < 0.30$ ) pomiędzy: Promocją a skalą H oraz skalą R. Ponadto zanotowano tendencję wskazującą na zależność pomiędzy skalą „promocja standardy” a skalą H. Także wskazano korelację pomiędzy skalą „promocja kontrola” a skalą R. W przypadku skal związanych z prewencją nie skazano istotnych zależności. Należy zaznaczyć, że wszystkie wymienione zależności są słabe oraz ujemne. Kierunek współczynnika korelacji świadczy o tym, że zaobserwowane zależności są odwrotnie proporcjonalne co oznacza, że im wyższa jest samoregulacja promocyjna i prewencyjna (w wymienionych skalach) tym nieznacznie niższe są czynniki ryzyka (i vice versa).

Szczegółowe analizy korelacji z użyciem testu Tau Kendella wskazały jedynie słabe korelacje pomiędzy czynnikami ryzyka a wynikami testu SSPP. W związku z ograniczeniami edytorskimi pominięto opis zaobserwowanych zależności (tabela 21A str. 386-388).

**Odpowiedź na pytanie badawcze nr 3:** Samoregulacja promocyjna jest w niewielkim stopniu ujemnie związana z ogólnym poziomem ryzyka i jego poszczególnymi aspektami.

**Wyniki dla hipotezy H2:** Nie stwierdzono istotnych powiązań między samoregulacją prewencyjną a oceną ryzyka.

**Wyniki dla hipotezy H3:** Zachodzi odwrotna zależność – im wyższy jest poziom samoregulacji promocyjnej, tym nieznacznie niższe jest nasilenie czynników ryzyka.

### 5.1.3. Relacje między impulsywnością a wyjściowym ryzykiem przemocy.

**Pytanie badawcze nr 4.** Czy nasilenie impulsywności i jej składowych w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzykiem związanym z zarządzaniem?

**Hipoteza H4.** Im wyższy jest poziom impulsywności, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.

Ostatnie zagadnienie wchodzące w zakres pierwszego problemu badawczego dotyczyło zależności pomiędzy poziomem impulsywności a czynnikami ryzyka. W celu zbadania wspomnianych zależności zastosowano test korelacji r Pearsona (tabela 5.10) oraz test korelacji Tau Kendella (tabela 22A str. 389-391).

Wyniki testu r Pearsona (tabela 5.10) wskazały istotną statystycznie korelację pomiędzy negatywną popędlivością a wszystkimi głównymi skalami HCR-20<sup>V3</sup> tj. skalą H (korelacja przeciętna/słaba), skalą C (korelacja przeciętna), skalą R (korelacja słaba) oraz wynikiem ogólnym (korelacja przeciętna). Także w przypadku skali premedytacja-brak premedytacji (przezorności) wskazano zależność tej skali ze wszystkimi głównymi skalami HCR-20<sup>V3</sup>, gdzie dla skali H oraz C była to zależność słaba natomiast dla skali R oraz wyniku ogólnego wartość r wskazała na korelację o przeciętnej sile. Słabe korelacje zanotowano pomiędzy skalą UPPS-P wytrwałość-brak wytrwałości a skalą H, R oraz wynikiem ogólnym. Zaobserwowano także istotne słabe zależności pomiędzy pozytywną popędlivością a skalą H, skalą C oraz skalą R. W przypadku zależności pomiędzy pozytywną popędlivością a wynikiem ogólnym zanotowano przeciętną korelację. We wszystkich przypadkach kierunek współczynnika korelacji był dodatni, co wskazuje na wprost proporcjonalną zależność – oznacza to, że im wyższy jest poziom impulsywności, tym wyższe są wartości skali HCR-20<sup>V3</sup>.

Tabela 5.10. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem impulsywności (badanej z użyciem UPPS-P) a rezultatami narzędzia HCR-20<sup>V3</sup>.

		UPPS-P Negatywna popędlivość (NP)	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (P)	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	UPPS-P Poszukiwanie doznań (PD)	UPPS-P Pozytywna popędlivość (PP)
Skala H	r	0.304 ***	0.297 ***	0.223 **	-0.040	0.177 *
	p	<.001	<.001	0.006	0.626	0.029
Skala C	r	0.320 ***	0.273 ***	0.103	0.086	0.289 ***
	p	<.001	<.001	0.206	0.293	<.001
Skala R	r	0.277 ***	0.338 ***	0.174 *	0.038	0.245 **
	p	<.001	<.001	0.032	0.643	0.002
Wynik Total	r	0.400 ***	0.398 ***	0.232 **	0.022	0.300 ***
	p	<.001	<.001	0.004	0.788	<.001

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Dokładniejsze analizy odnoszące się do zależności pomiędzy szczegółowymi czynnikami ryzyka badanymi skalą HCR-20<sup>V3</sup>, a skalami kwestionariusza UPPS-P (tabela 22A s. str. 389-391) wskazano jedną dodatnią istotną statystycznie korelację, która mieściła się na poziomie przeciętnym. Zaobserwowana zależność odnosiła się do relacji pomiędzy skalą pozytywna

popędliwość oraz czynnikiem ryzyka C5 – aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór - istotność ( $\tau_b = 0.301$ ;  $p < 0.001$ ). W przypadku pozostałych zmiennych zaobserwowane korelacje nie przekraczały poziomu słabych zależności.

Wyniki testu r Pearsona Tabela 5.11 wskazały ponadto na istotną statystycznie korelację pomiędzy całkowitym poziomem impulsywności (sumą wszystkich składowych testu UPPS-P) a wszystkimi głównymi skalami HCR-20<sup>V3</sup> tj. skalą H (korelacja słaba), skalą C (korelacja przeciętna), skalą R (korelacja słaba) oraz wynikiem ogólnym (korelacja przeciętna).

We wszystkich przypadkach kierunek współczynnika korelacji był dodatni, co wskazuje na wprost proporcjonalną zależność – oznacza to, że im wyższy jest poziom impulsywności, tym wyższe są wartości skali HCR-20<sup>V3</sup>.

Tabela 5.11. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy całkowitym poziomem impulsywności (suma wszystkich składowych UPPS-P) a rezultatami kwestionariusza HCR-20<sup>V3</sup>, przy pierwszym pomiarze ryzyka.

		UPPS-P
		Wynik całkowity
Skala H	r	0.241 **
	p	0.003
Skala C	r	0.301 **
	p	<0.001
Skala R	r	0.281 **
	p	<0.001
Wynik Total	r	0.356 **
	p	<0.001

\*\*  $p < .01$

Dokładniejsze analizy odnoszące się do zależności pomiędzy szczegółowymi czynnikami ryzyka badanymi skalą HCR-20<sup>V3</sup> a wynikiem całkowitym UPPS-P wskazały 7 dodatnich istotnych statystycznie korelacji, które mieściły się na poziomie przeciętnym:

H7a (obecność), H7a (istotność) - antyspołeczne/dyssocjalne/antyspołeczne zaburzenia osobowości, C5 (istotność) - aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór, C5b (istotność) – aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcja, R1 (obecność) - przyszłe problemy ze świadczeniami specjalistycznymi i planami, R4 (obecność) - przyszłe problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór, R4b (obecność) - przyszłe problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcja. W przypadku dwóch zmiennych: C1 (obecność) – aktualne problemy z wglądem i C1b (obecność) – aktualne problemy z wglądem w ryzyko

przemocy, w przypadku których wartości korelacji oscylowały na pograniczu słabych i przeciętnych, w powtórnych pomiarze po upływie 6 miesiącach okazały się przeciętne.

We wszystkich przypadkach kierunek współczynnika korelacji był dodatni, co wskazuje na wprost proporcjonalną zależność – oznacza to, że im wyższy jest poziom impulsywności tym wyższe są wartości czynników HCR-20<sup>V3</sup>.

**Odpowiedź na pytanie badawcze nr 4.:** Tak, poszczególne aspekty impulsywności wykazują istotny statystycznie, dodatni związek z ogólnym poziomem ryzyka.

**Wyniki dla hipotezy H4:** Im wyższy jest poziom impulsywności w badanej grupie, tym wyższe jest nasilenie ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego, ryzyka związanego z zarządzaniem ryzykiem oraz ogólnego poziomu ryzyka.

**Wyniki dla pytania badawczego nr 1:** Najważniejszymi korelatami wyjściowego nasilenia ryzyka przemocy w badanej grupie są: ogólny poziom impulsywności i jej poszczególne składowe (negatywna popędliwość, brak premedytacji/przezorności, pozytywna popędliwość) oraz ogólny poziom psychopatii i jej składowa: rozhamowanie.

## **5.2. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.**

### **5.2.1. Relacje między psychopatią a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.**

**Pytanie badawcze nr 5:** Jakie są najsilniejsze korelaty osobowościowe nasilenia ochrony przed przemocą w grupie osób badanych w pierwszym pomiarze?

**Pytanie badawcze nr 6:** Czy nasilenie psychopatii w badanej grupie ma związek z ogólnym nasileniem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF) i poszczególnymi aspektami ochrony?

**Hipoteza H5.** Im wyższy jest poziom psychopatii, tym niższy jest ogólny poziom ochrony przed przemocą oraz poszczególnych aspektów ochrony w grupie osób badanych.

**Hipoteza H5a:** Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, przeciętnie psychopatyczni i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ochrony przed przemocą.

W podrozdziale tym przedstawiono wyniki w analogiczny sposób jak to miało miejsce w rozdziale 5.1, z tym, że w tym przypadku zamiast czynników ryzyka uwzględniono czynniki ochrony. W pierwszej kolejności zbadano zależność pomiędzy poziomem psychopatii a nasileniem czynników ochronnych. W tym celu posłużono się dwoma testami korelacyjnymi – testem korelacji  $r$  Pearsona (tabele 5.12 oraz 5.13) oraz testem Tau B Kendalla (tabele 23A str. 392 oraz 24A str. 391).

Wyniki testu korelacji  $r$  Pearsona badającego zależności pomiędzy skalami testu TriPM a wynikami skali SAPROF (tabela 5.12) wskazały na istotne statystycznie, ujemne, słabe zależności pomiędzy skalą TriPM - rozhamowaniem a wewnętrznymi czynnikami ochrony, motywacją oraz wynikiem całkowitym SAPROF. Ponadto zanotowano zależności pomiędzy skalą bezduszności a wszystkimi głównymi skalami SAPROF (wewnętrznymi czynnikami ochrony, czynnikami ochronnymi dotyczącymi motywacji, zewnętrznymi czynnikami ochrony oraz wynikiem całkowitym). Należy jednak zwrócić uwagę na to, że zależności te w bardzo niewielkim stopniu wyjaśniają model badanych zmiennych (słaba siła korelacji).

Tabela 5.12. Wyniki testu korelacji  $r$  Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza TriPM) a rezultatami kwestionariusza SAPROF.

		TriPM zuchwałość	TriPM rozhamowanie	TriPM bezduszność	TriPM Psychopatia
SAPROF - Wewnętrzne	r	0.101	-0.238 **	-0.184 *	-0.078
	p	0.216	0.003	0.023	0.340
SAPROF - Motywacja	r	0.024	-0.216 **	-0.185 *	-0.133
	p	0.774	0.008	0.022	0.103
SAPROF - Zewnętrzne	r	-0.016	-0.086	-0.165 *	-0.139
	p	0.843	0.294	0.043	0.088
SAPROF - Wynik całowity	r	0.047	-0.241 **	-0.226 **	-0.148
	p	0.563	0.003	0.005	0.069

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



Analizy przedstawione w tabeli 23A (str. 392), które odnoszą się do związków pomiędzy skalami psychopatii badanymi z użyciem kwestionariusza TriPM a poszczególnymi czynnikami kwestionariusza SAPROF nie wskazały zależności charakteryzujących się co najmniej przeciętną siłą.

Przeprowadzono analogiczną analizę korelacyjną badającą zależność pomiędzy nasileniem czynników ochronnych (SAPROF) a wynikami kwestionariusza PPTS (tabela 5.13). Wyniki przeprowadzonej analizy (tabela 5.13) nie wskazały istotnych statystycznie zależności pomiędzy wynikami wszystkich skal kwestionariusza PPTS a głównymi czynnikami ochrony ( $p > 0.05$ ).

Tabela 5.13. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza PPTS) a rezultatami kwestionariusza SAPROF.

		PTPS Egocentryzm	PTPS Manipulacja Interpersonalna	PTPS Wrażliwość Poznawcza	PTPS Wrażliwość Afektywna	PTPS OGÓLNY
SAPROF - Wewnętrzne	r	-0.056	0.063	0.042	-0.151	-0.024
	p	0.492	0.440	0.608	0.063	0.773
SAPROF - Motywacja	r	-0.015	-0.022	-0.003	-0.079	-0.043
	p	0.854	0.787	0.975	0.334	0.602
SAPROF - Zewnętrzne	r	-0.056	-0.012	-0.035	-0.051	-0.057
	p	0.490	0.879	0.667	0.535	0.482
SAPROF - Wynik całkowity	r	-0.047	0.007	0.004	-0.118	-0.051
	p	0.568	0.929	0.960	0.147	0.535

Analizy z użyciem testu tau Kendella odnoszące się do zależności pomiędzy wynikami kwestionariusza PPTS a 17 czynnikami ochrony wskazały jedynie słabe korelacje (tabela 24A str. 393).

**Wynik dla hipotezy H5:** Obserwuje się słabą, istotną statystycznie zależność: im wyższy jest poziom psychopatii tym niższy ogólny poziom ochrony przed przemocą w grupie osób badanych.

Analogicznie jak to miało miejsce w przypadku czynników ryzyka osoby, które zostały podzielone na trzy grupy pod względem poziomu psychopatii (o niskim, przeciętnym oraz

wysokim poziomie psychopatii) zostały porównane w odniesieniu do czynników ochrony badanych z użyciem SAPROF. W tym celu posłużono się testem Kruskala-Wallisa (tabela 25A str. 394). Wyniki przeprowadzonych analiz nie wskazały istotnych statystycznie różnic w nasileniu czynników ochronnych w badanych grupach osób o różnym poziomie psychopatii (TriPM) ( $p > 0.05$ ). Zanotowano natomiast dwie tendencje różnic ( $0.10 > p > 0.05$ ) w przypadku zewnętrznych czynników ochrony ( $\chi^2(2, 152) = 4.71; p = 0.095; \varepsilon^2 = 0.0312$ ) oraz czynnika numer 13 – sieć społeczna ( $\chi^2(2, 152) = 4.83; p = 0.089; \varepsilon^2 = 0.032$ ). Wyniki testów post hoc DSCF wskazały, że osoby o niskim poziomie psychopatii wskazują potencjalnie wyższe wartości zewnętrznych czynników ochrony w porównaniu do osób o wysokim poziomie psychopatii (tabela 27A str. 397). Ponadto, zanotowano, że osoby o przeciętnym poziomie psychopatii charakteryzują się wyższymi rezultatami czynnika ochrony 13. (Sieć społeczna) w porównaniu do osób charakteryzujących się wysokim poziomem psychopatii (tabela 28A str. 398).

Porównując czynniki ryzyka u osób o różnym poziomie psychopatii badanej z użyciem PPTS (tabela 29A str. 398) nie wskazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami ( $p > 0.05$ ). Zanotowano jedną tendencję ( $0.10 > p > 0.05$ ) w przypadku piątego czynnika SAPROF - samokontroli ( $\chi^2(2, 152) = 5.38; p = 0.068; \varepsilon^2 = 0.036$ ). Wyniki testu DSCF (tabela 31A str. 401) wskazały, że osoby o niskim poziomie psychopatii charakteryzują się wyższym poziomem samokontroli w porównaniu do osób o przeciętnym poziomie psychopatii.

**Wyniki dla hipotezy H5a:** W badanych grupach osób o różnym poziomie psychopatii nie wykazano istotnych statycznie różnic w nasileniu czynników ochronnych. Odnotowano tendencję wskazującą na to, że osoby o niskim poziomie psychopatii mają potencjalnie wyższe nasilenie ochrony zewnętrznej od osób o wysokim poziomie psychopatii. Ponadto, osoby o przeciętnym nasileniu psychopatii mają silniejszą sieć społeczną w porównaniu z osobami o wysokim i niskim poziomie psychopatii. Osoby o niskim poziomie psychopatii charakteryzują się wyższym poziomem samokontroli w porównaniu do osób o przeciętnym poziomie psychopatii.

## 5.2.2. Relacje między samoregulacją a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.

**Pytanie badawcze nr 7.** Czy nasilenie składowych samoregulacji w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF) i jej poszczególnymi aspektami?

**Hipoteza H6:** Im wyższy jest poziom składowych samoregulacji promocyjnej, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.

**Hipoteza H7:** Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej, tym wyższy jest poziom czynników ochronnych osób badanych

Kolejnym zagadnieniem wchodzącym w zakres drugiego problemu badawczego były zależności pomiędzy samoregulacją promocyjną oraz prewencyjną (badaną z użyciem kwestionariusza SSPP) a czynnikami ochrony (badanymi z użyciem SAPROF). W celu zbadania wspomnianych relacji zastosowano test korelacji  $r$  Pearsona (dla głównych aspektów ochrony tj. wewnętrznych czynników ochronnych (ochrona wewnętrzna), czynników ochronnych związanych z motywacją (motywacja), zewnętrznych czynników ochronnych (ochrona zewnętrzna) oraz wyniku całkowitego (ogólny poziom ochrony; tabela 5.14) oraz test korelacji tau Kendella (dla poszczególnych czynników ochronnych) (tabela 32A str. 401-402).

Tabela 5.14. Wyniki testu korelacji  $r$  Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem samoregulacji promocyjnej oraz prewencyjnej (badanej z użyciem kwestionariusza SSPP) a czynnikami ochrony (SAPROF).

		SSPP PROMOCJA	SSPP promocja standardy	SSPP promocja kontrola	SSPP PREWENCJA	SSPP prewencja standardy	SSPP prewencja kontrola	SSPP SIŁA MOTYWACJI
SAPROF - Wewnętrzne	r	0.157	0.134	0.099	0.072	-0.030	0.089	0.067
	p	0.053	0.101	0.226	0.380	0.717	0.276	0.415
SAPROF - Motywacja	r	0.058	0.069	0.044	0.045	-0.075	0.088	0.038
	p	0.475	0.398	0.588	0.585	0.358	0.282	0.646
SAPROF - Zewnętrzne	r	0.064	0.060	0.142	0.062	-0.021	0.060	0.092
	p	0.435	0.465	0.082	0.450	0.800	0.464	0.262
SAPROF - Wynik całk.	r	0.112	0.109	0.105	0.071	-0.061	0.103	0.074
	p	0.168	0.183	0.199	0.383	0.454	0.208	0.365

Wyniki testu korelacji  $r$  Pearsona (tabela 5.14) nie wskazały, aby samoregulacja promocyjna oraz prewencyjna były skorelowane z głównymi skalami SAPROF ( $p > 0.05$ ). Także analiza uwzględniająca wszystkie czynniki SAPROF nie wskazała istotnych co najmniej przeciętnych zależności (tabela 32A str. 401-402).

**Wyniki dla Hipotezy H6:** Nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy samoregulacją promocyjną a czynnikami ochronnymi.

**Wyniki dla Hipotezy H7:** Nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy samoregulacją promocyjną a czynnikami ochronnymi.

### 5.2.3. Relacje między impulsywnością a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.

**Pytanie badawcze nr 8.** Czy nasilenie impulsywności w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF) oraz jej poszczególnymi aspektami?

**Hipoteza H8:** Im wyższy jest poziom impulsywności, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.

Ostatnie zagadnienie wchodzące w zakres drugiego problemu badawczego dotyczyło zależności pomiędzy poziomem impulsywności a czynnikami ochrony. W celu zbadania wspomnianych zależności zastosowano analogiczne metody statystyczne jak w przypadku wcześniejszych analiz – test korelacji  $r$  Pearsona (tabela 5.15) oraz test korelacji Tau Kendella (tabela 33A str. 402-403).

Wyniki testu korelacji  $r$  Pearsona wskazały jedenaście istotnych statystycznie, ujemnych zależności pomiędzy skalami kwestionariusza UPPS-P a wynikami SAPROF. Zanotowano, że negatywna popędliwość jest ujemnie skorelowana z wynikiem ogólnym SAPROF na poziomie przeciętnym. Ponadto wskazano słabe, ujemne zależności pomiędzy negatywną popędliwością a wewnętrznymi czynnikami ochrony oraz motywacją. W przypadku skali premedytacja-brak premedytacji zanotowano, że jest ona skorelowana ze wszystkimi skalami SAPROF. Wskazano także słabą ujemną korelację pomiędzy skalą UPPS-P poszukiwanie doznań a czynnikami ochronnymi związanymi z motywacją. W przypadku pozytywnej popędliwości zanotowano istotne zależności pomiędzy tą skalą a wewnętrznymi

czynnikami ochrony, czynnikami ochronnymi dotyczącymi motywacji oraz wynikiem ogólnym.

Tabela 5.15. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem impulsywności (badanej z użyciem UPPS-P) a rezultatami SAPROF.

		UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (P)	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	UPPS-P Poszukiwanie doznań (PD)	UPPS-P Pozytywna popędliwość (PP)
SAPROF - Wewnętrzne	r	-0.287 ***	-0.269 ***	-0.136	0.052	-0.162 *
	p	< .001	< .001	0.095	0.522	0.046
SAPROF - Motywacja	r	-0.281 ***	-0.221 **	-0.120	-0.170 *	-0.272 ***
	p	< .001	0.006	0.142	0.036	< .001
SAPROF - Zewnętrzne	r	-0.100	-0.207 *	-0.035	-0.013	-0.156
	p	0.222	0.010	0.664	0.877	0.056
SAPROF - Wynik całkowity	r	-0.302 ***	-0.292 ***	-0.132	-0.083	-0.266 ***
	p	< .001	< .001	0.105	0.307	< .001

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Bardziej szczegółowe analizy z użyciem testu Tau Kendella wskazały szereg słabych ujemnych zależności (tabela 33A str. 402-403), jednak ze względu na małą siłę korelacji można przypuszczać, że żadna z nich nie odgrywa istotnej roli w kształtowaniu się czynników ochrony.

Wyniki testu r Pearsona (Tabela 5.16) wskazały na istotne statystycznie korelacje pomiędzy całkowitym poziomem impulsywności (sumą wszystkich składowych testu UPPS-P) a wszystkimi głównymi skalami narzędzia SAPROF: skalą czynników wewnętrznych (korelacja słaba), skalą czynników związanych z motywacją (korelacja przeciętna), skalą czynników zewnętrznych (korelacja słaba) i wynikiem całkowitym (korelacja słaba/przeciętna).

Tabela 5.16. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy całkowitym poziomem impulsywności (suma wszystkich składowych UPPS-P) a rezultatami narzędzia SAPROF, przy pierwszym pomiarze czynników ochronnych.

		UPPS-P Wynik całkowity	
SAPROF - Wewnętrzne	r	-0.207	**
	p	0.011	
SAPROF - Motywacja	r	-0.305	**
	p	<.001	
SAPROF - Zewnętrzne	r	-0.135	
	p	0.099	
SAPROF - Wynik całkowity	r	-0.296	**
	p	<.001	

\*\*  $p < .01$

Szczegółowe analizy odnoszące się do zależności pomiędzy szczegółowymi czynnikami ochronnymi narzędzia SAPROF a wynikiem całkowitym impulsywności wskazały szereg ujemnych istotnych statystycznie korelacji, które mieściły się na poziomie słabym.

**Wyniki dla Hipotezy H8:** Im wyższy jest poziom impulsywności, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w badanej grupie.

**Wyniki dla pytania badawczego nr 5:** Najsilniejszymi korelatami wyjściowego nasilenia czynników ochronnych w badanej grupie są: ogólny poziom impulsywności i jej poszczególne składowe: negatywna popędliwość, brak premedytacji (przezorności), pozytywna popędliwość oraz poszczególne składowe psychopatii: rozhamowanie i bezduszność.

### 5.3. Rola zmiennych osobowościowych w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia pacjentów umieszczonych w oddziałach psychiatrii sądowej w ramach internacji.

**Pytanie badawcze nr 9:** Czy poziom psychopatii pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 10:** W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnym nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów psychopatii w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 11:** Czy poziom impulsywności pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 12:** W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnym nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów impulsywności w trakcie 6 miesięcy leczenia?

**Pytanie badawcze nr 13:** Czy poziom samoregulacji pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?

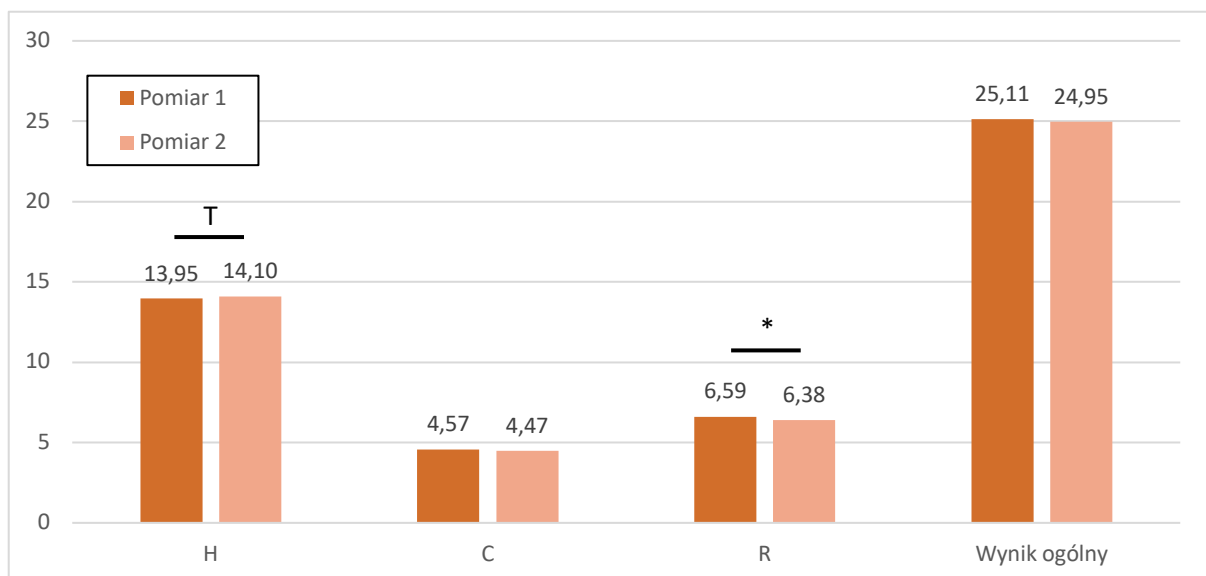
**Pytanie badawcze nr 14:** W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnym nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów samoregulacji w trakcie 6 miesięcy leczenia?

Trzeci problem badawczy niniejszej dysertacji porusza kwestię roli jaką odgrywają zmienne osobowościowe w procesie leczenia, który ma na celu zmianę nasilenia ryzyka i ochrony. W tym celu posłużono się szeregiem analiz GLM (General Lineral Model).

### 5.3.1. Czynniki ryzyka.

Pierwszym etapem analiz było zbadanie czy po upływie określonego czasu hospitalizacji (internacji sądowo-psychiatrycznej), w czasie którego badani byli poddawani leczeniu nasilenie czynników ryzyka uległo zmianie (tabele 34A-37A str. 404-405) oraz czynników ochrony uległo zmianie (tabele 38A-41A str. 406-407).

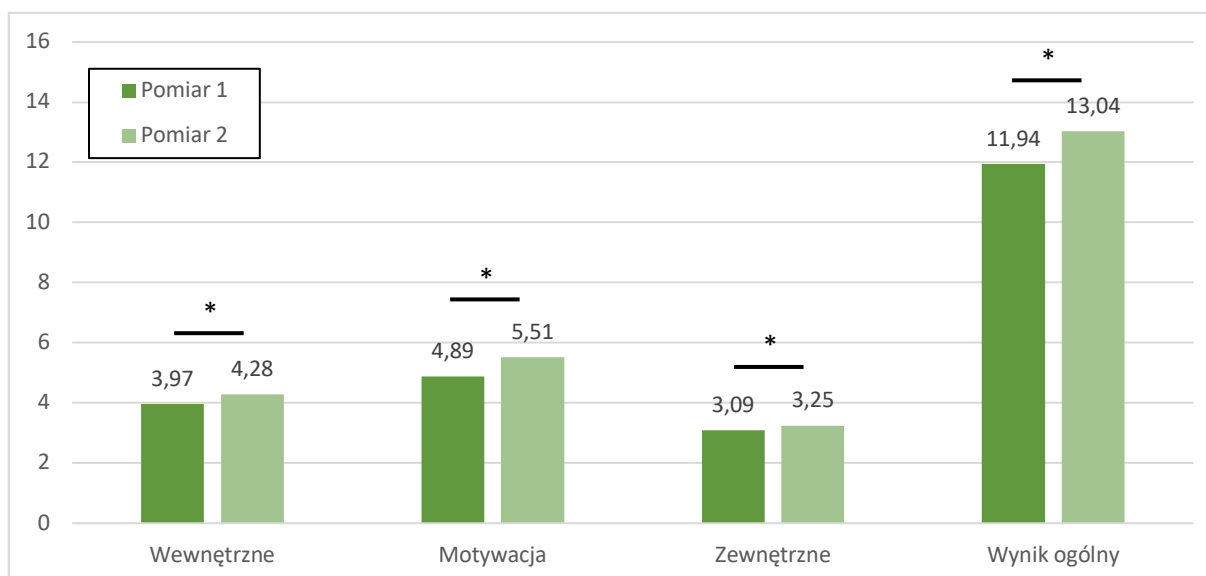
Wyniki przeprowadzonych analiz dotyczących rezultatów HCR-20<sup>V3</sup> wskazały, że w trakcie leczenia średnio o 0.21pkt redukcji uległy wyniki skali R - zarządzania ryzykiem ( $F(1, 151) = 4.249; p = 0.041; \eta_p^2 = 0.027$ ). W przypadku pozostałych skal HCR-20<sup>V3</sup> nie zanotowano istotnych statystycznie zmian w czasie ( $p > 0.05$ ). Warto jednak zaznaczyć, że w przypadku skali historycznej (H) zanotowano tendencję niewielkiego wzrostu ryzyka historycznego (o 0.15pkt) ( $F(1, 151) = 3.275; p = 0.072; \eta_p^2 = 0.021$ ) (rycina 5.1).



\*  $p < 0.05$ ; <sup>T</sup> – tendencja różnic  $0.10 > p > 0.05$

Rycina 5.1. Średnie wartości skal narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> w pomiarze pierwszym oraz drugim.

W przypadku czynników ochronnych zanotowano istotny statystycznie wzrost wyników wszystkich skal w trakcie trwania leczenia tj. wewnętrznych czynników ochrony o 0.30pkt ( $F(1. 151) = 16.868$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta_p^2 = 0.102$ ), czynników ochronnych związanych z motywacją o 0,64pkt ( $F(1. 151) = 33.786$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta_p^2 = 0.184$ ); zewnętrznych czynników ochrony o 0.16pkt ( $F(1. 151) = 7.678$ ;  $p = 0.006$ ;  $\eta_p^2 = 0.049$ ) oraz wyniku ogólnego o 1.10pkt ( $F(1. 151) = 36.328$ ;  $p < 0.001$ ;  $\eta_p^2 = 0.195$ ).

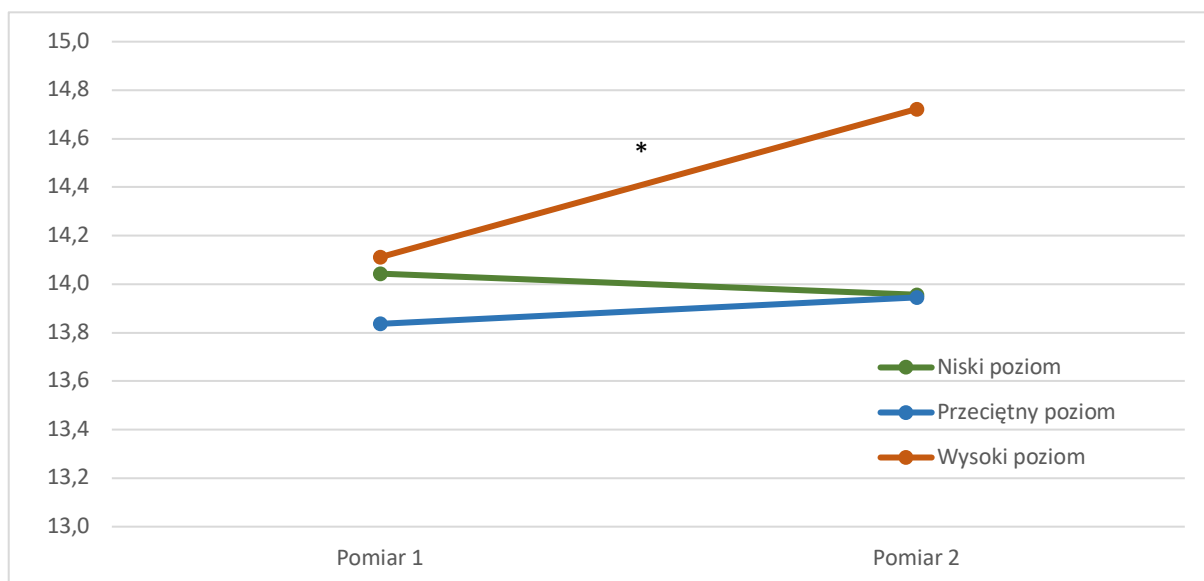


\*  $p < 0.05$

Rycina 5.2. Średnie wartości skal narzędzia SAPROF w pomiarze pierwszym oraz drugim.



Następnie zbadano, czy istnieją zależności (interakcje) pomiędzy cechami osobowościowymi a zmianą nasilenia ryzyka i ochrony przemocy w grupie osób badanych. Ze względu na dużą liczbę zmiennych, które uwzględniono w modelu, obliczenia podzielono na 4 etapy. Każdy etap odnosi się do wyników poszczególnych testów psychologicznych. W pierwszej kolejności zbadano rolę, jaką odgrywają badane cechy osobowości odgrywają rolę w zmianie czynników ryzyka w trakcie leczenia. W tym celu przeprowadzono 16 oddzielnych analiz GLM (dla wyników testów TriPM, PPTS, SSPP oraz UPPSP). Wyniki przeprowadzonych analiz wskazały, że w przypadku skali historycznej (H) jedyna interakcja, która została zanotowana to leczenie [pomiar 1 vs pomiar 2] × negatywna popędlliwość [niski vs przeciętny vs wysoki] ( $F(2, 99) = 4.360$ ;  $p = 0.016$ ;  $\eta_p^2 = 0.080$ ) (tabela 45A str. 409). Wyniki analiz post hoc wskazały, że u osób charakteryzujących się wysokim poziomem negatywnej popędlivosti (UPPS-P) w czasie leczenia wzrasta poziom ryzyka historycznego (H), u osób z przeciętnym oraz niskim poziomem tej cechy nie wskazano, aby odgrywała ona istotną rolę na zmianę tego czynnika ryzyka (rycina 5.3). Nie wskazano istotnych statystycznie interakcji pomiędzy leczeniem [pomiar 1 vs pomiar 2] a wszystkimi skalami kwestionariusza TriPM [niski vs przeciętny vs wysoki] (tabela 42A str. 408), wszystkimi skalami kwestionariusza PPTS [niski vs przeciętny vs wysoki] (tabela 43A str. 409), wszystkimi skalami kwestionariusza SSPP [niski vs przeciętny vs wysoki] (tabela 44A str. 410) oraz pozostałymi czterema czynnikami kwestionariusza UPPS-P (tabela 45A str. 411).

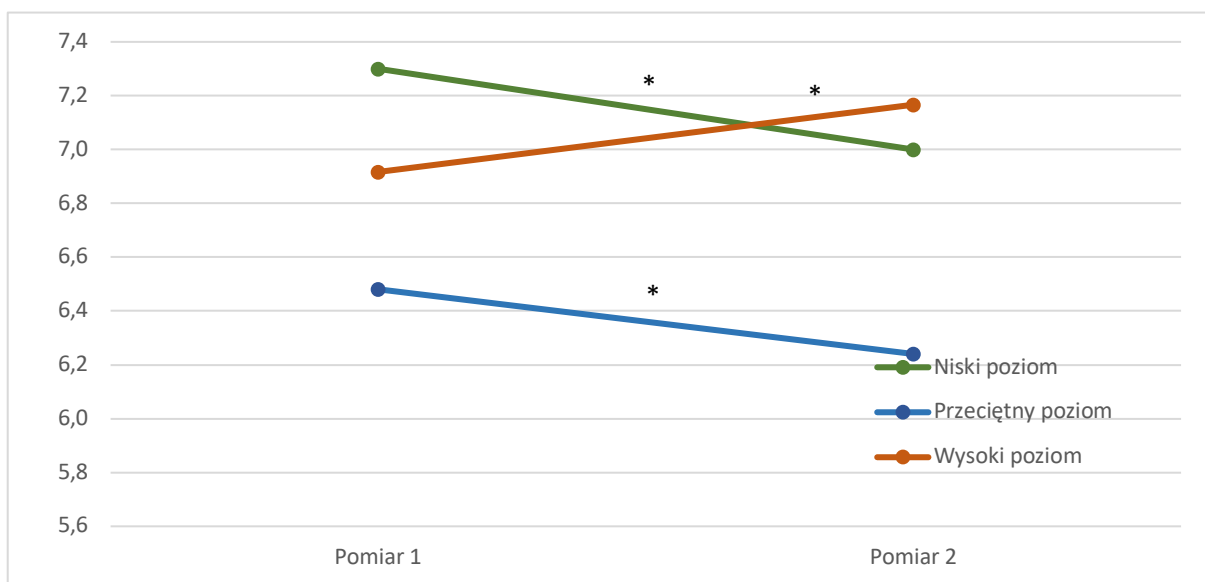


\*  $p < 0.05$

Rycina 5.3. Zmiany nasilenia ryzyka historycznego z uwzględnieniem poziomu negatywnej popędlivosti (UPPS-P) osób badanych.

W przypadku skali C nie zanotowano, aby którakolwiek z badanych cech osobowościowych miały istotny statystycznie ( $p > 0.05$ ) wpływ na jego zmianę (tabele 46A-49A str. 412-415).

Analizując wyniki GLM dla skali R, wskazano istotną interakcję leczenie [pomiar 1 vs pomiar 2]  $\times$  zuchwałość [niski vs przeciętny vs wysoki] (TriPM) ( $F(2, 142) = 3.866$ ;  $p = 0.024$ ;  $\eta_p^2 = 0.059$ ) (tabela 50A str. 416). Wyniki analiz post hoc wskazały, że pomimo faktu, że w grupach osób o niskim oraz przeciętnym poziomie zuchwałości zanotowano redukcję czynników ryzyka w skali zarządzania ryzykiem R, to w grupie osób o wysokim poziomie zuchwałości wskazano wzrost wyników skali zarządzania ryzykiem (rycina 5.4). Nie wskazano istotnych statystycznie interakcji pomiędzy leczeniem [pomiar 1 vs pomiar 2] a wszystkimi pozostałymi skalami wykorzystanych narzędzi (tabele 51A-53A str. 417-419).



\*  $p < 0.05$

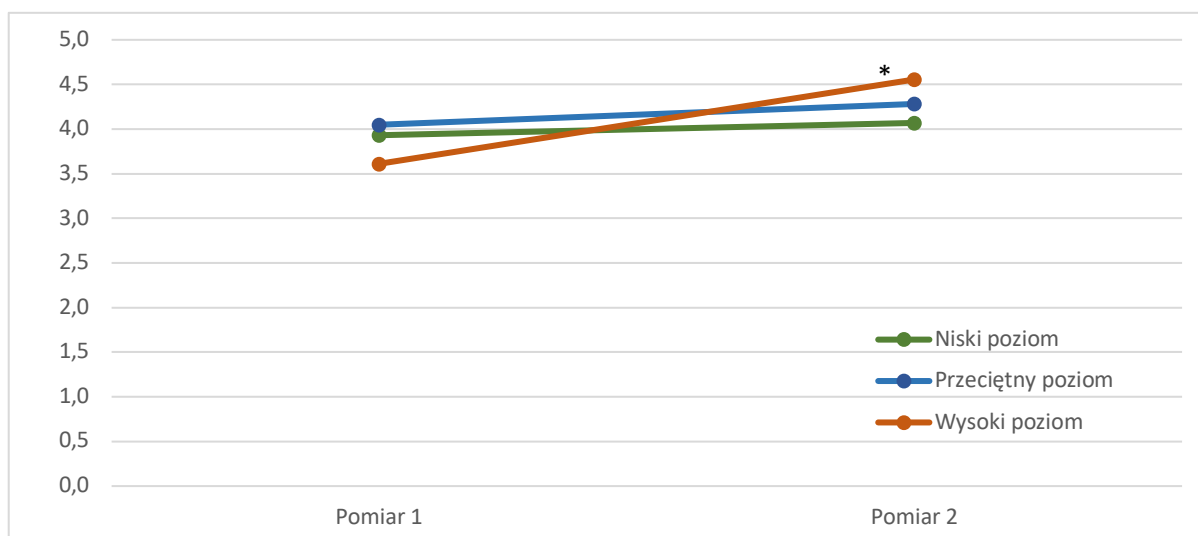
Rycina 5.4. Zmiany nasilenia skali R (zarządzania ryzykiem) z uwzględnieniem poziomu zuchwałości (TriPM) osób badanych.

W przypadku ogólnego wyniku HCR-20 nie zanotowano aby którakolwiek z badanych cech osobowościowych miały istotny statystycznie ( $p > 0.05$ ) wpływ na jego zmianę (tabele 54A-57A str. 420-423).

### 5.3.2. Czynniki ochronne.

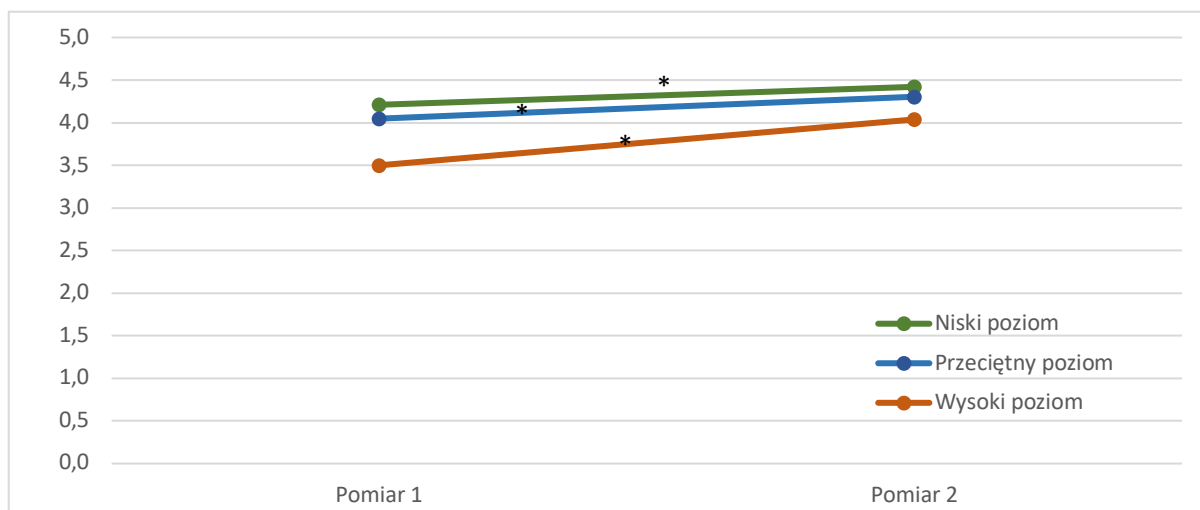
Analogiczne analizy przeprowadzono pod względem zmiany czynników ochrony przemocy (SAPROF) pod wpływem leczenia. Także w tym przypadku przeprowadzono 16 oddzielnych analiz GLM.

Zanotowano, że zmiana wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) przemocy jest uwarunkowana poziomem bezduszości (TriPM) ( $F(2, 142) = 3.471; p = 0.034; \eta_p^2 = 0.054$ ) (tabela 58A str. 424). Analizy post hoc wskazały, że u osób o wysokim poziomie bezduszości istotnie statystycznie poprawił się poziom ochrony wewnętrznej (rycina 5.6), natomiast u osób o niskim oraz przeciętnym poziomie bezduszości nie zanotowano istotnej zmiany tego czynnika. Wskazano także istotną interakcję leczenie[pomiar 1 vs pomiar 2]  $\times$  egocentryzm [niski vs przeciętny vs wysoki] (PPTS) ( $F(2, 142) = 3.211; p = 0.044; \eta_p^2 = 0.059$ ) (tabela 59A str. 425). Analizy post hoc wskazały, że u wszystkich poziomów wewnętrznej ochrony ulegał poprawie, natomiast największe (istotnie statystycznie różniące się od pozostałych) zmiany zanotowano u osób o najwyższym poziomie egocentryzmu (rycina 5.7).



\*  $p < 0.05$

Rycina 5.5. Zmiany nasilenia wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) z uwzględnieniem poziomu bezduszości (TriPM) osób badanych.

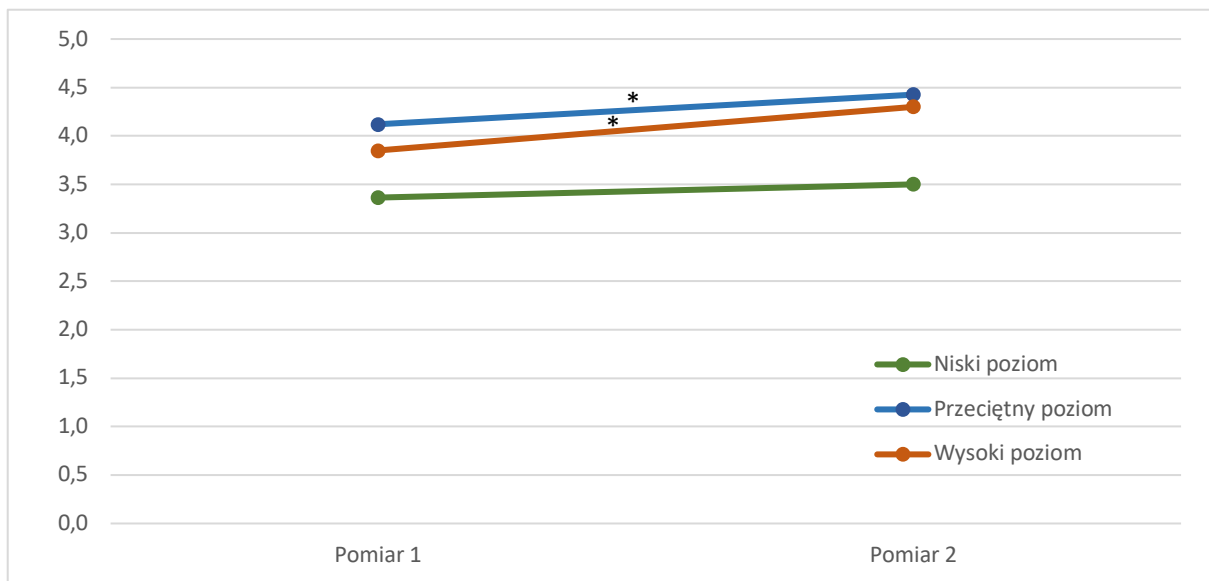


\*  $p < 0.05$

Rycina 5.6. Zmiany nasilenia wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) z uwzględnieniem poziomu egocentryzmu (TriPM) osób badanych.

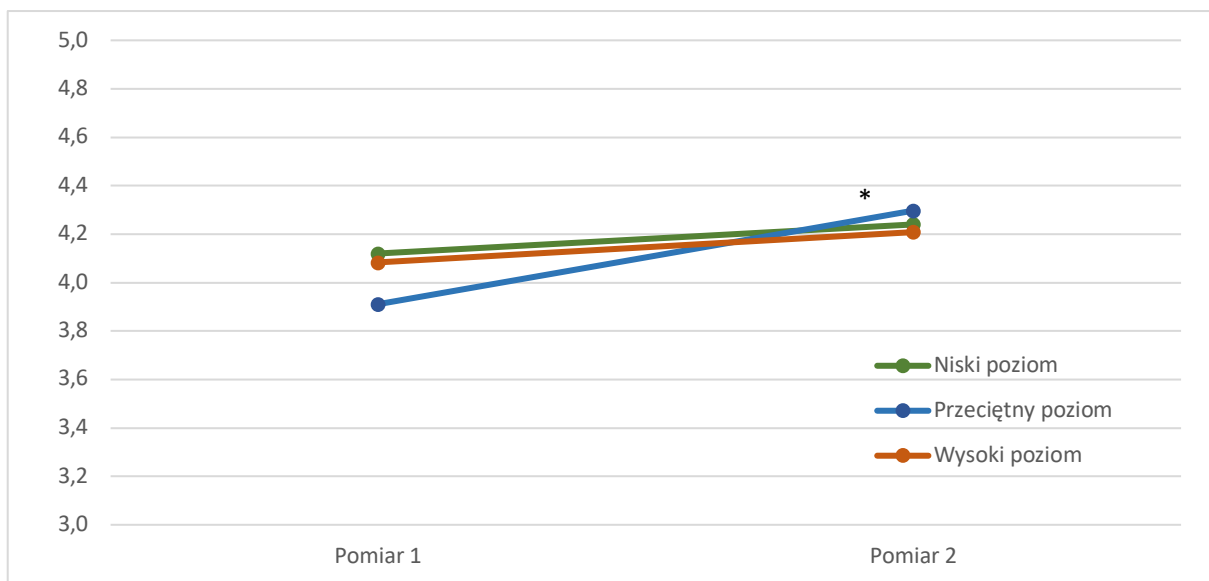
Analizy GLM odnoszące się do zmiany w skali wewnętrznych czynników ochronnych z uwzględnieniem wyników kwestionariusza SSPP (tabela 60A str. 426) wskazały istotną statystycznie interakcję leczenia [pomiar 1 vs pomiar 2]  $\times$  „prewencja standardy” [niski vs przeciętny vs wysoki] ( $F(2, 142) = 3.509$ ;  $p = 0.033$ ;  $\eta_p^2 = 0.055$ ) oraz tendencję leczenie  $\times$  prewencja ( $F(2, 142) = 2.979$ ;  $p = 0.055$ ;  $\eta_p^2 = 0.047$ ). Wyniki testów post hoc wskazały, że w przypadku skali „prewencja standardy” osoby o przeciętnym oraz wysokim wyniku tej skali nieznacznie poprawiły swoją ochronę wewnętrzną, natomiast u osób o niskim poziomie nie wskazano istotnych różnic pomiędzy pomiarem 1 i 2 (rycina 5.8).

Odnosząc się do skali prewencja, wskazano wzrost wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) jedynie w grupie osób charakteryzujących się przeciętnym poziomem prewencji (rycina 5.9).



\*  $p < 0.05$

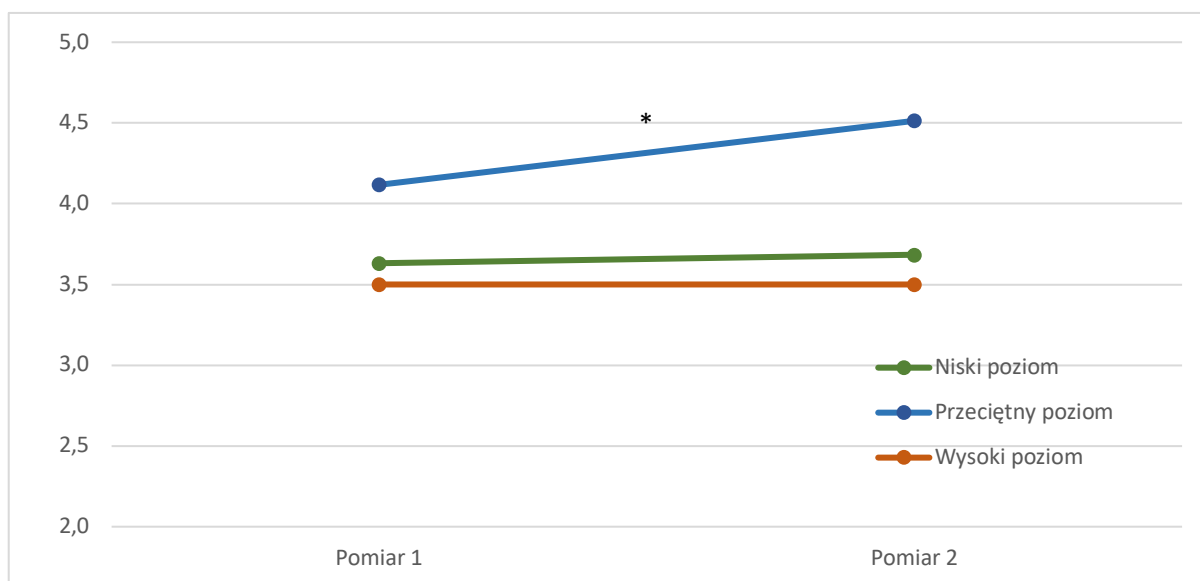
Rycina 5.7. Zmiany nasilenia skali wewnętrznej ochrony z uwzględnieniem poziomu skali prewencja standardy (SSPP) osób badanych.



\*  $p < 0.05$

Rycina 5.8. Zmiany nasilenia wewnętrznej ochrony z uwzględnieniem poziomu skali prewencja (SSPP) osób badanych.

Wyniki analiz odnoszących się do interakcji pomiędzy procesem leczenia [pomiar 1 vs pomiar 2] a skalami kwestionariusza UPPS-P nie wskazały istotnych statystycznie interakcji (tabela 61A str. 427). Zanotowano jedną tendencję świadczącą o potencjalnej interakcji pomiędzy leczeniem a pozytywną popędlivością ( $F(2, 142) = 2.491$ ;  $p = 0.088$ ;  $\eta_p^2 = 0.048$ ). Test post hoc wskazał, że na zmianę skali wewnętrznej ochrony ma wpływ przeciętny poziom popędlivości. U osób o wyniku niskim oraz wysokim nie zanotowano istotnej zmiany tego aspektu ochrony (rycina 5.10).

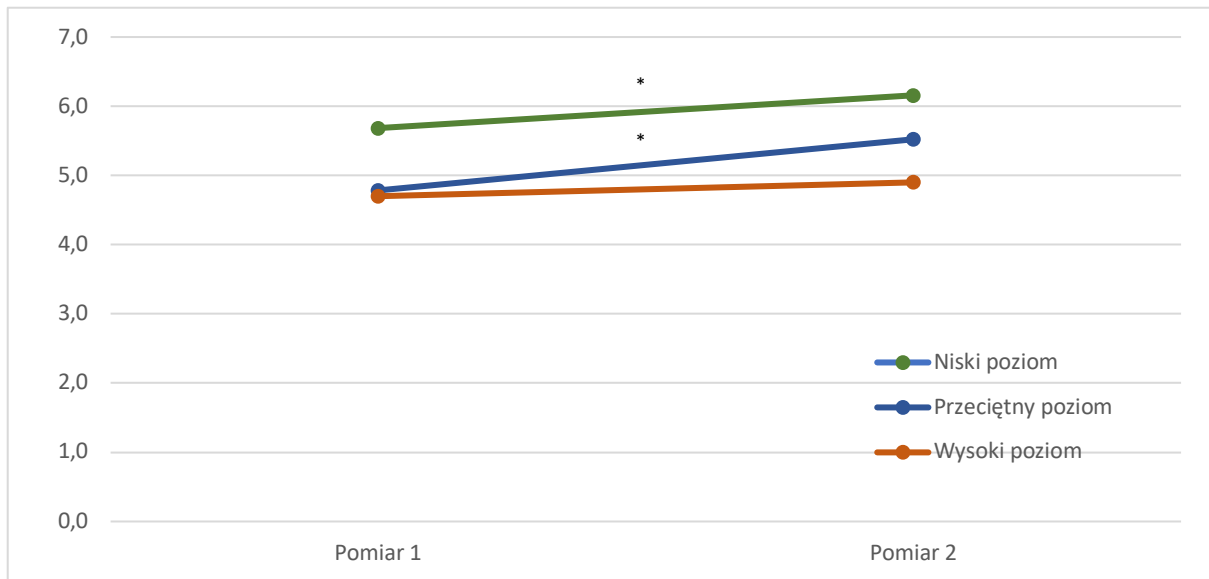


\*  $p < 0.05$

Rycina 5.9. Zmiany nasilenia wewnętrznej ochrony z uwzględnieniem poziomu pozytywnej popędliwości (UPPS-P) osób badanych.

W przypadku pozostałych zmiennych nie wskazano istotnych statystycznie interakcji ( $p > 0.05$ ).

Nie wskazano, aby na zmianę w obrębie czynników ochronnych dotyczących motywacji w czasie terapii miały wpływ badane cechy osobowościowe tj. psychopatia (skale TriPM oraz PPTS; tabele 62A oraz 63A str. 428-429), samoregulacja promocyjna i prewencyjna (skale SSPP; tabela 64A str. 430) oraz impulsywność (skale UPPS-P; tabela 65A str. 431). Zanotowano jedną tendencję różnic w przypadku skali kwestionariusza UPPS-P – pozytywna popędliwość ( $F(2, 142) = 2.585$ ;  $p = 0.081$ ;  $\eta_p^2 = 0.050$ ), gdzie zaobserwowano potencjalne różnice w zmianie nasilenia czynników ochronnych dot. motywacji (motywacja) pomiędzy osobami charakteryzującymi się wysokim poziomem pozytywnej popędliwości a osobami o przeciętnym oraz niskim poziomie tej skali. U tych pierwszych zmiana w czasie nie była istotna statystycznie (rycina 5.11).

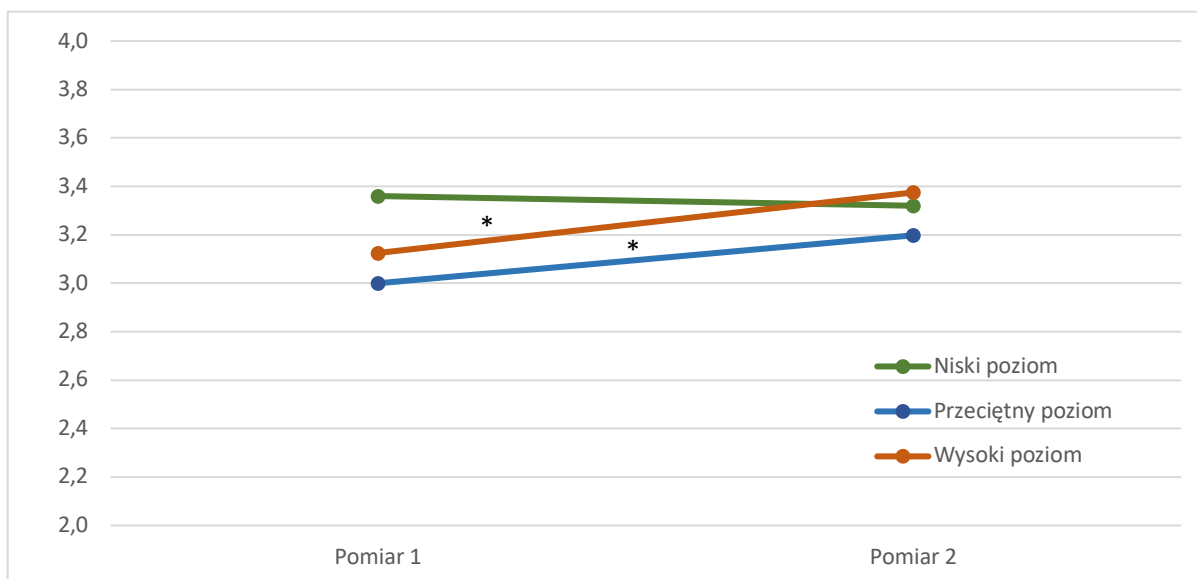


\*  $p < 0.05$ ;  $^{\dagger} 0.10 > p > 0.05$

Rycina 5.10. Zmiany nasilenia czynników ochronnych związanych z motywacją (motywacja) z uwzględnieniem poziomu skali pozytywna popędliwość (UPPS-P) osób badanych

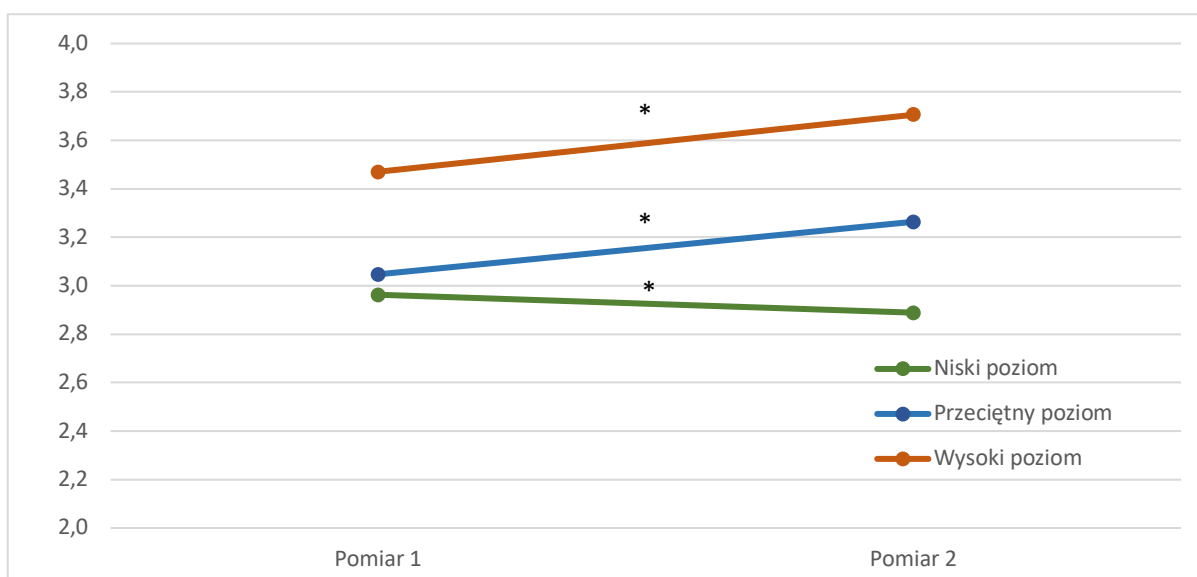
Analizy GLM wskazały jedną istotną statystycznie interakcję w odniesieniu do zmiany w obrębie zewnętrznej ochrony (tabela 68A str. 434) – zanotowano, że na zmianę tej zmiennej ma wpływ poziom samoregulacji prewencyjnej ( $F(2, 142) = 4.272$ ;  $p = 0.016$ ;  $\eta_p^2 = 0.066$ ). Analizy post hoc wykazały, że w przeciwieństwie do osób z grup o przeciętnym oraz wysokim poziomie samoregulacji prewencyjnej, u osób o niskim wyniku nie zaszły istotne statystycznie zmiany (rycina 5.12). Zanotowano dodatkowo dwie tendencje dla interakcji leczenie [pomiar 1 vs pomiar 2]  $\times$  samoregulacja promocja [niski vs przeciętny vs wysoki] ( $F(2, 142) = 2.579$ ;  $p = 0.080$ ;  $\eta_p^2 = 0.038$ ) oraz leczenie [pomiar 1 vs pomiar 2]  $\times$  samoregulacja prewencja-standardy [niski vs przeciętny vs wysoki] ( $F(2, 142) = 2.652$ ;  $p = 0.075$ ;  $\eta_p^2 = 0.042$ ). W przypadku pierwszej tendencji zanotowano analogiczne różnice jak to miało miejsce w przypadku skali prewencji (rycina 5.13). Natomiast analizy post hoc nie wskazały istotnych różnic w zmianie zewnętrznych czynników ochronnych w zależności od poziomu prewencji-standardów

W przypadku pozostałych skal wykorzystanych narzędzi (PPTS, TRiPM, UPPS-P, SSPP) nie wskazano istotnych statystycznie ( $p > 0.05$ ) interakcji pomiędzy leczeniem na zewnętrzne czynniki ochronne a badanymi cechami osobowościowymi (tabele 66A-69A str. 432-435).



\*  $p < 0.05$ ;

Rycina 5.11. Zmiany nasilenia zewnętrznych czynników ochronnych (ochrony zewnętrznej) z uwzględnieniem poziomu skali prewencja (SSPP) osób badanych.



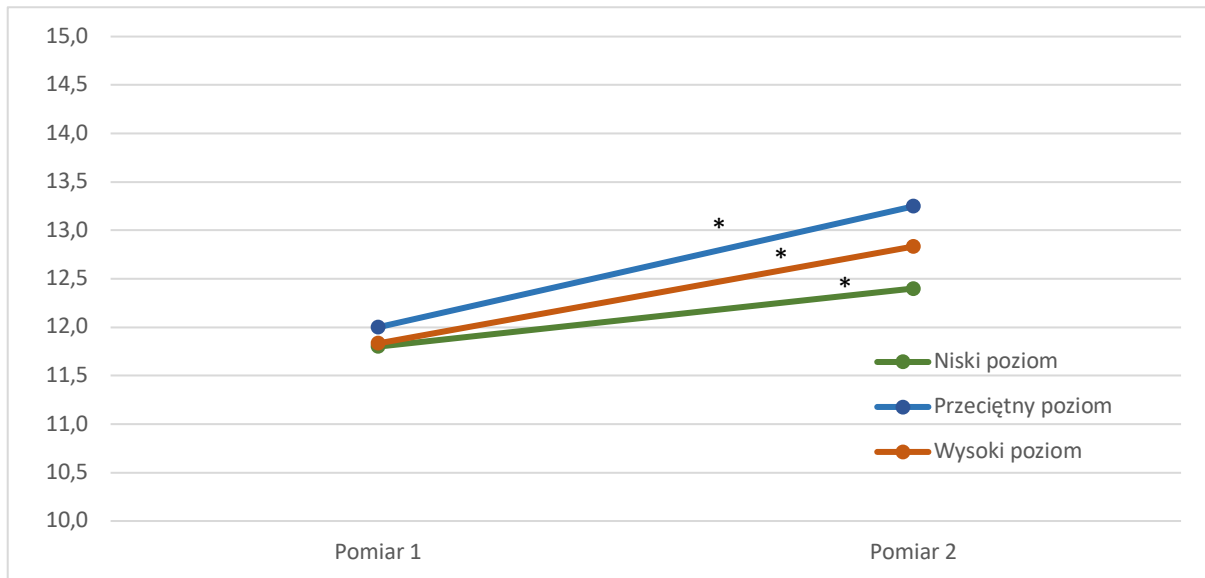
\*  $p < 0.05$

Rycina 5.12. Zmiany nasilenia zewnętrznych czynników ochronnych z uwzględnieniem poziomu skali promocja (SSPP) osób badanych.

Analizując wyniki GLM odnoszące się do zmiany nasilenia ogólnego wyniku ochrony z uwzględnieniem badanych cech osobowościowych (tabele 70A-73A str. 436-439) zaobserwowano dwie istotne statystycznie interakcje. Pierwsza z nich wskazuje, że na zmianę nasilenia ogólnego wyniku ochrony badanego z użyciem SAPROF ma wpływ samoregulacja prewencyjna, która została zbadana z użyciem SSPP ( $F(2, 142) = 4.272$ ;  $p = 0.016$ ;  $\eta_p^2 = 0.066$ ). Wyniki analiz post hoc wskazały, że we wszystkich grupach (o niskim, przeciętnym oraz wysokim poziomie samoregulacji prewencyjnej) dochodzi do poprawy ogólnego wyniku ochrony. Natomiast w grupie o niskim poziomie samoregulacji poprawa ta

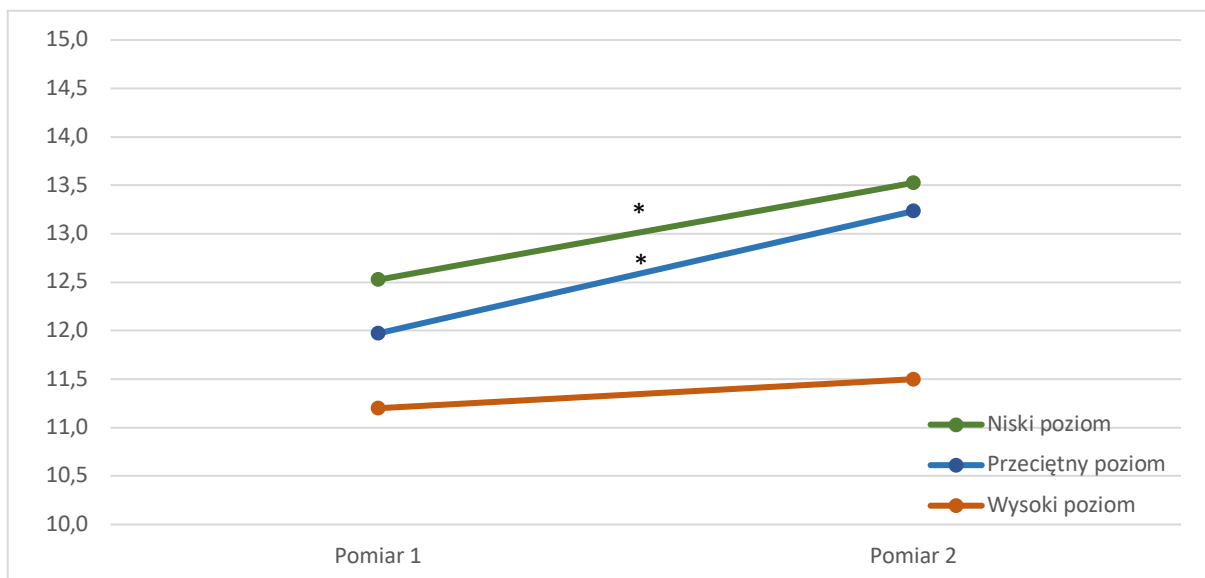


jest istotnie słabsza niż u osób z grup o przeciętnym oraz wysokim poziomie samoregulacji prewencyjnej (rycina 5.14). Druga istotna interakcja odnosi się do wpływu pozytywnej popędlivosti na zmianę wyniku ogólnego ochrony w trakcie leczenia ( $F(2, 142) = 3.866$ ;  $p = 0.024$ ;  $\eta_p^2 = 0.073$ ). Wyniki testów post hoc wskazały, że u osób z wysokim poziomem pozytywnej popędlivosti nie doszło do zmiany ogólnego wyniku czynników ochronnych, natomiast w pozostałych grupach zanotowano poprawę (rycina 5.15). W przypadku pozostałych zmiennych nie wskazano istotnych statystycznie interakcji ( $p > 0.05$ ).



\*  $p < 0.05$

Rycina 5.13. Zmiany nasilenia wyniku ogólnego ochrony z uwzględnieniem poziomu skali prewencja (SSPP) osób badanych.



\*  $p < 0.05$

Rycina 5.14. Zmiany nasilenia wyniku ogólnego ochrony z uwzględnieniem poziomu pozytywnej popędlivosti (UPPS-P) osób badanych.

**Wyniki dla pytań badawczych 9 i 10:**

1. Nie odnotowano, aby psychopatia miała wpływ na zmianę wyniku ogólnego poziomu ryzyka przemocy i ogólnego wyniku ochrony w ciągu 6 miesięcy leczenia.
2. W grupie osób o wysokim poziomie zuchwałości wskazano wzrost wyników skali zarządzania ryzykiem. Poza tym nie zaobserwowano innych różnic między grupami różniącymi się nasileniem cech psychopatycznych i ich składowych.
3. Zmiana nasilenia wewnętrznych czynników ochrony (ochrony wewnętrznej) jest uwarunkowana poziomem bezduszości. Pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem u osób o wysokim poziomie bezduszości istotnie statystycznie poprawił się poziom wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej).
4. Zmiana nasilenia wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) jest ponadto uwarunkowana poziomem egocentryzmu. Największą poprawę zanotowano u osób o najwyższym poziomie egocentryzmu.

**Wyniki dla pytań badawczych 11 i 12:**

1. Impulsywność nie pośredniczy w procesie zmiany wyniku ogólnego poziomu ryzyka przemocy i ogólnego wyniku ochrony w ciągu 6 miesięcy leczenia. Poszczególne aspekty impulsywności pośredniczą w zmianach w poszczególnych aspektach ryzyka i ochrony.
2. U osób z wysokim poziomem negatywnej popędliwości wzrosło nasilenie historycznych czynników ryzyka (skala H).
3. Przeciętny poziom pozytywnej popędliwości ma potencjalnie wpływ na zmianę skali wewnętrznej ochrony (ochrony wewnętrznej).
4. U osób z wysokim poziomem pozytywnej popędliwości nie doszło do zmiany czynników ochronnych dot. motywacji oraz ogólnego wyniku czynników ochronnych, natomiast w pozostałych grupach zanotowano poprawę.

#### **Wyniki dla pytań badawczych 12 i 13:**

1. Tak, istotne aspekty samoregulacji pośredniczą w zmianach poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony.
2. U osób o przeciętnym i wysokim poziomie „prewencja – standardy” dochodzi do niewielkiej, istotnej statystycznie poprawy wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej). U osób o niskim poziomie nie wskazano istotnych różnic pomiędzy pomiarem 1 i 2.
3. Jedynie osoby uzyskujące przeciętne wyniki w skali „prewencja” wykazują poprawę wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej).
4. U osób o niskim poziomie samoregulacji prewencyjnej w przeciwieństwie do osób z grup o przeciętnym oraz wysokim poziomie samoregulacji prewencyjnej, nie zaszły istotne statystycznie zmiany w poziomie ochrony wewnętrznej.
5. W grupie osób o niskim poziomie samoregulacji prewencyjnej, poprawa ogólnego poziomu czynników ochronnych - jest istotnie słabsza niż u osób z grup o przeciętnym oraz wysokim poziomie samoregulacji prewencyjnej

#### **5.4. Poszukiwanie najważniejszych predyktorów oceny czynników ryzyka i czynników ochronnych w drugim pomiarze - analizy regresyjne.**

**Pytanie badawcze nr 15:** Jakie są najważniejsze predyktory osobowościowe nasilenia ryzyka przemocy i ochrony w grupie osób badanych w drugim pomiarze?

W celu ustalenia jaki zespół badanych cech osobowościowych ma wpływ na ogólny wynik ryzyka z pomiaru drugiego uzyskany w badanej grupie, przeprowadzono analizę krokową regresji wielokrotnej. Zmienną zależną w prezentowanych badaniach był ogólny wynik ryzyka. W skład zbioru zmiennych niezależnych uwzględniono skale, które były skorelowane z wynikiem ogólnym ryzyka tj.: rozhamowanie (TriPM), bezduszność (TriPM), psychopatia (TriPM), wynik ogólny PPTS, negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).

Dwie zmienne są istotne w równaniu regresyjnym (tabela 5.17). Na ogólny poziom ryzyka z pomiaru drugiego ma wpływ premedytacja-brak premedytacji ( $\beta = 0.342$ ;  $p < 0.001$ ), oraz rozhamowanie ( $\beta = 0.241$ ;  $p < 0.001$ ). Wskaźnik  $\beta$  w przypadku tych dwóch zmiennych ma wartość dodatnią, co przy założeniu związku prostoliniowego świadczyłoby o zależności wprost proporcjonalnej. Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.242 (model 2), co wskazuje, że około 24% zmienności w zakresie ogólnego poziomu ryzyka można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje premedytacja-brak premedytacji ( $R^2 = 0.192$ ) w drugiej kolejności rozhamowanie (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.049$ ). Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj: bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), wynik ogólny PPTS, negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P) (tabela 74A str. 440).

Tabela 5.17. Krokowa regresja wielokrotna ogólnego czynnika ryzyka względem rozhamowanie (TriPM), bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), wynik ogólny PPTS, negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS -P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	15.001	1.710		8.773	<0.001
	premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P)	0.841	0.141	0.439	5.987	<0.001
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.439$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.193$ Istotność równania $F = 35.840$ ; $p < 0.001$					
2	stała	13.799	1.708		8.081	<0.001
	premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P)	0.655	0.149	0.342	4.392	<0.001
	Rozhamowanie (TriPM)	0.174	0.056	0.241	3.097	0.002
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.492$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.242$ Istotność równania $F = 23.742$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.049$ ; $F_{zmiany} = 9.590$ ; $p_{zmiany} = 0.002$						

Analogiczne rezultaty wskazano w przypadku predyktorów dla skali historycznej ryzyka (skala H HCR-20<sup>V3</sup>; tabela 5.18). W skład zbioru zmiennych niezależnych uwzględniono skale, które były skorelowane z wynikiem skali H ryzyka tj.: rozhamowanie (TriPM), psychopatia (TriPM), negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).

Na skalę historycznych czynników ryzyka (H) z pomiaru drugiego ma wpływ premedytacja-brak premedytacji ( $\beta = 0.373$ ;  $p < 0.001$ ), oraz rozhamowanie ( $\beta = 0.204$ ;  $p = 0.010$ ). Wskaźnik  $\beta$  w przypadku tych dwóch zmiennych ma wartość dodatnią, co przy założeniu związku prostoliniowego świadczyłoby o zależności wprost proporcjonalnej. Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.242 (model 2), co wskazuje, że około 24% zmienności w zakresie historycznego poziomu ryzyka można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje premedytacja-brak premedytacji ( $R^2 = 0.207$ ) w drugiej kolejności rozhamowanie (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.035$ ). Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj: psychopatia (TriPM), negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P) (tabela 75A str. 441).

Tabela 5.18. Krokowa regresja wielokrotna skali H (HCR-20) względem bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P),

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	10.280	0.662		15.529	<0.001
	premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P)	0.194	0.031	0.455	6.255	<0.001
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.455$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.207$ Istotność równania $F = 39.128$ ; $p < 0.001$					
2	stała	8.263	1.008		8.197	<0.001
	premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P)	0.159	0.033	0.373	4.787	<0.001
	Rozhamowanie (TriPM)	0.230	0.088	0.204	2.615	0.010
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.492$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.242$ Istotność równania $F = 23.744$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.035$ ; $F_{zmiany} = 6.837$ ; $p_{zmiany} = 0.010$						

W przypadku analizy regresyjnej, gdzie zmienną zalezną była skala kliniczna (C) do modelu w skład zbioru zmiennych niezależnych uwzględniono skale, które były skorelowane z wynikiem skali C ryzyka tj.: rozhamowanie (TriPM), psychopatia (TriPM), manipulacja interpersonalna (PPTS), negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).

Wyniki analizy regresyjnej (tabela 5.19) wskazały, że na skalę kliniczną ma wpływ tylko jedna zmienna - pozytywna popędliwość ( $\beta = 0.316$ ;  $p < 0.001$ ). Współczynnik

wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.100, co wskazuje, że około 10% zmienności w zakresie ryzyka klinicznego można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj.: rozhamowanie (TriPM), psychopatia (TriPM), manipulacja interpersonalna (PPTS), negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P; tabela 76A str. 442).

Tabela 5.19. Krokowa regresja wielokrotna skali C (HCR-20) względem bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), manipulacja interpersonalna (PPTS), negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
	stała	2.168	0.592		3.658	<0.001
1	premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P)	0.073	0.018	0.316	4.081	<0.001
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.316$						
Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.100$						
Istotność równania $F = 16.652$ ; $p < 0.001$						

Analiza regresyjna odnosząca się do ostatniej skali HCR-20<sup>V3</sup> – skali zarządzania ryzykiem (R) (tabela 5.20), w przypadku której do zbioru zmiennych niezależnych uwzględniono skale, które były z nią skorelowane (tj.: bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), wynik ogólny PPTS, negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P)) wyłoniła tylko dwie zmienne. Zanotowano, że skala zarządzania ryzykiem jest powiązana z premedytacją-brakiem premedytacji ( $\beta = 0.270$ ;  $p = 0.001$ ) oraz psychopatią ( $\beta = 0.197$ ;  $p = 0.013$ ). Wskaźnik  $\beta$  w przypadku tych dwóch zmiennych ma wartość dodatnią, co przy założeniu związku prostoliniowego świadczyłoby o zależności wprost proporcjonalnej. Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.133 (model 2), co wskazuje, że około 13% zmienności w zakresie zarządzania ryzykiem można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje premedytacja-brak premedytacji ( $R^2 = 0.096$ ) w drugiej kolejności psychopatia (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.037$ ). Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj.: psychopatia (TriPM), negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P) (tabela 77A str. 443).

Tabela 5.20. Krokowa regresja wielokrotna skali R (HCR-20) względem bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), negatywna popedliwosc (UPPS-P), wytrwalosc-brak wytrwalosci (UPPS-P) oraz pozytywna popedliwosc (UPPS-P).

Model	Zmienna	B	Bład standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	4.092	0.593		6.894	<0.001
	premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P)	0.194	0.049	0.309	3.984	<0.001
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.309$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.096$ Istotność równania $F = 15.874$ ; $p < 0.001$						
2	stała	3.086	0.706		4.370	<0.001
	premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P)	0.169	0.049	0.270	3.461	0.001
2	psychopatia (TriPM)	0.024	0.009	0.197	2.523	0.013
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.364$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.133$ Istotność równania $F = 11.403$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.037$ ; $F_{zmiany} = 6.363$ ; $p_{zmiany} = 0.013$					

W następnej kolejności z użyciem krokowej analizy regresji zbadano jaki zespół cech osobowościowych ma wpływ na skale ochrony mierzonych z użyciem SAPROF. W odniesieniu do modelu regresyjnego dotyczącego ogólnego wyniku ochrony przed przemocą (tabela 5.21) w skład zbioru zmiennych niezależnych uwzględniono skale, które były z nim skorelowane tj.: rozhamowanie (TriPM), bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), prewencja kontrola (SSPP), negatywna popedliwosc (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwalosc-brak wytrwalosci (UPPS-P) oraz pozytywna popedliwosc (UPPS-P).

Wyniki analizy regresyjnej (tabela 5.21) wskazały, że na ogólny wynik ochrony ma wpływ negatywna popedliwosc (UPPS-P) ( $\beta = -0.314$ ;  $p < 0.001$ ) oraz bezdusznosc (TriPM) ( $\beta = -0.248$ ;  $p = 0.001$ ). Wskaźnik  $\beta$  w przypadku tych dwóch zmiennych ma wartość ujemną, co przy założeniu związku prostoliniowego świadczyłoby o zależności odwrotnie proporcjonalnej. Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.176, co wskazuje, że około 17% zmienności w zakresie ogólnego poziomu ochrony można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje negatywna popedliwosc ( $R^2 = 0.115$ ) w drugiej kolejności bezdusznosc (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.061$ ). Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj: rozhamowanie (TriPM), psychopatia (TriPM), prewencja kontrola (SSPP), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwalosc-brak wytrwalosci (UPPS-P) oraz pozytywna popedliwosc (UPPS-P) (tabela 78A str. 444).

Tabela 5.21. Krokowa regresja wielokrotna ogólnego wyniku SAPROF względem rozhamowanie (TriPM), bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), prewencja/kontrola (SSPP), negatywna popędlivosc (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwalosc-brak wytrwalosci (UPPS-P) oraz pozytywna popędlivosc (UPPS-P).

Model	Zmienna	B	Bład standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	20.854	1.830		11.398	<0.001
	Negatywna popędlivosc (UPPS-P)	-0.275	0.063	-0.339	-4.396	<0.001
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.339$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.115$ Istotność równania $F = 19.327$ ; $p < 0.001$						
2	stała	22.813	1.868		12.211	<0.001
	Negatywna popędlivosc (UPPS-P)	-0.255	0.061	-0.314	-4.183	<0.001
2	Bezdusznosc (TriPM)	-0.283	0.086	-0.248	-3.304	0.001
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.419$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.176$ Istotność równania $F = 15.764$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.061$ ; $F_{zmiany} = 10.915$ ; $p_{zmiany} = 0.001$					

Analogiczne rezultaty do powyższych wskazano w odniesieniu do wewnętrznych czynników ochronnych (tabela 5.22; tabela 79A str. 445) oraz czynników ochronnych związanych z motywacją (SAPROF) (tabela 5.23; tabela 80A str. 446).

Tabela 5.22. Krokowa regresja wielokrotna wewnętrznych czynników ochronnych (SAPROF) względem rozhamowanie (TriPM), bezdusznosc (TriPM), wrażliwosc afektywna (PPTS), prewencja/kontrola (SSPP), negatywna popędlivosc (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwalosc-brak wytrwalosci (UPPS-P) oraz pozytywna popędlivosc (UPPS-P).

Model	Zmienna	B	Bład standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	6.968	0.676		10.307	<0.001
	Negatywna popędlivosc (UPPS-P)	-0.095	0.023	-0.318	-4.095	<0.001
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.318$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.101$ Istotność równania $F = 16.767$ ; $p < 0.001$						
2	stała	7.506	0.702		10.700	<0.001
	Negatywna popędlivosc (UPPS-P)	-0.089	0.023	-0.299	-3.895	<0.001
2	Bezdusznosc (TriPM)	-0.078	0.032	-0.186	-2.421	0.017
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.368$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.135$ Istotność równania $F = 11.586$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.034$ ; $F_{zmiany} = 5.859$ ; $p_{zmiany} = 0.017$					



Tabela 5.23. Krokowa regresja wielokrotna motywacji (SAPROF) względem rozhamowanie (TriPM), bezdusznosc (TriPM), prewencja/kontrola (SSPP), negatywna popędlivosc (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwalosc-brak wytrwalosci (UPPS-P) oraz pozytywna popędlivosc (UPPS-P).

Model	Zmienna	B	Bład standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	9.741	1.038		9.388	<0.001
	Negatywna popędlivosc (UPPS-P)	-0.149	0.036	-0.325	-4.193	<0.001
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.325$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.106$ Istotność równania $F = 17.582$ ; $p < 0.001$					
2	stała	10.628	1.074		9.900	<0.001
	Negatywna popędlivosc (UPPS-P)	-0.140	0.035	-0.305	-3.989	<0.001
	Bezdusznosc (TriPM)	-0.128	0.049	-0.199	-2.603	0.010
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.380$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.145$ Istotność równania $F = 12.521$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.039$ ; $F_{zmiany} = 6.777$ ; $p_{zmiany} = 0.010$						

W analizie regresji, gdzie zmienną zależną w prezentowanych badaniach była zewnętrzna ochrona w skład zbioru zmiennych niezależnych włączone następujące skale: bezdusznosc (TriPM), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P) oraz pozytywna popędlivosc (UPPS-P).

Dwie zmienne są istotne w równaniu regresyjnym (tabela 5.24). Na zewnętrzną ochronę z pomiaru drugiego ma wpływ pozytywna popędlivosc ( $\beta = -0.321$ ;  $p < 0.001$ ) oraz bezdusznosc ( $\beta = -0.178$ ;  $p = 0.024$ ). Wskaźnik  $\beta$  w przypadku tych dwóch zmiennych ma wartość ujemną, co przy założeniu związku prostoliniowego świadczyłoby o zależności odwrotnie proporcjonalnej. Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.133 (model 2), co wskazuje, że około 13% zmienności w zakresie zewnętrznej ochrony można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje pozytywna popędlivosc ( $R^2 = 0.103$ ) w drugiej kolejności bezdusznosc (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.031$ ). Z równania regresyjnego została wykluczona pozostałe zmienne tj: bezdusznosc (TriPM), psychopatia (TriPM), wynik ogólny PPTS, premedytacja-brak premedytacji (tabela 81A str. 447).

Tabela 5.24. Krokowa regresja wielokrotna czynnika zewnętrznego ochrony (SAPROF) względem bezdusność (TriPM), premedytacja-braku premedytacji (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	8.612	0.788		10.928	<0.001
	Pozytywna popędliwość (UPPS-P)	-0.098	0.024	-0.321	-4.134	<0.001
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.321$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.103$ Istotność równania $F = 17.090$ ; $p < 0.001$					
2	stała	9.328	0.838		11.132	<0.001
	Pozytywna popędliwość (UPPS-P)	-0.088	0.024	-0.289	-3.712	<0.001
	Bezduśność (TriPM)	-0.115	0.050	-0.178	-2.283	0.024
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.365$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.133$ Istotność równania $F = 11.394$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.031$ ; $F_{zmiany} = 5.214$ ; $p_{zmiany} = 0.024$						

### Wyniki:

Najważniejszymi predyktorami osobowościowymi przy powtórny pomiarze, po upływie 6 miesięcy leczenia są:

#### Ogólny wynik ryzyka:

1. Brak premedytacji (brak przezorności) – im wyższy jest brak premedytacji (przezorności) tym wyższy jest ogólny wynik ryzyka przemocy (zależność wprost proporcjonalna)
2. Rozhamowanie – im większe jest rozhamowanie tym wyższy jest ogólny wynik ryzyka (zależność wprost proporcjonalna)

#### Ryzyko historyczne:

1. Brak premedytacji (przezorności) i 2. Rozhamowanie – im wyższy jest brak premedytacji (przezorności) i rozhamowanie tym wyższe jest nasilenie ryzyka historycznego (zależność wprost proporcjonalna).

#### Ryzyko kliniczne:

1. Pozytywna popędliwość – im większe jest nasilenie pozytywnej popędliwości, tym wyższy jest poziom ryzyka klinicznego (zależność wprost proporcjonalna).

#### Zarządzanie ryzykiem:

1. Brak premedytacji (brak przezorności) i 2. Psychopatia – im wyższy jest brak premedytacji (przezorności) i im wyższa jest psychopatia tym wyższe nasilenie czynników ryzyka związanych z zarządzaniem (zależność wprost proporcjonalna).

#### Czynniki ochronne:

**Ogólny wynik czynników ochronnych, wewnętrzne czynniki ochronne, czynniki ochronne związane z motywacją:**

1. Negatywna popędliwość i 2. Bezdusznosc – im wyższy jest wynik negatywnej popędliwości i bezdusznosci, tym niższy jest poziom ogólnej ochrony, ochrony wewnętrznej i ochrony związanej z motywacją (zależność odwrotnie proporcjonalna)

**Zewnętrzne czynniki ochronne:**

1. Pozytywna popędliwość i 2. Bezdusznosc – im wyższy jest wynik pozytywnej popędliwości i bezdusznosci, tym niższy jest poziom ochrony zewnętrznej (zależność odwrotnie proporcjonalna).

**5.5. Określenie najważniejszych predyktorów sumarycznych ocen ryzyka i ochrony spośród poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony oraz poszczególnych czynników ryzyka i czynników ochronnych.**

**Pytanie badawcze nr 16.** Jakie są najważniejsze predyktory sumarycznych ocen ryzyka i ochrony spośród poszczególnych czynników ryzyka, czynników ochronnych oraz poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony?

Aby zrealizować czwarty problem badawczy zastosowano 10 oddzielnych krokowych analiz regresji. Gdzie zmiennymi zależnymi były „sumaryczne oceny ryzyka” (ang. Summary Risk Ratings, skrót: SRR; tj. priorytet przypadku, poważna krzywda fizyczna, przemoc w najbliższym czasie, ochrona oraz zintegrowana ocena ryzyka) natomiast zmiennymi niezależnymi były sumaryczne skale HCR-20<sup>V3</sup> (skala H, skala C, skala R) oraz sumaryczne skale SAPROF (wewnętrzna, motywacja, zewnętrzna) oraz w drugiej wersji poszczególne czynniki ryzyka HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF, które były skorelowane ze zmienną zależną z danego modelu regresyjnego.

Gdy w modelu regresyjnym za zmienną zależną przyjęto „priorytet przypadku” to w pierwszej kolejności w skład zbioru zmiennych niezależnych uwzględniono główne skale HCR-20 oraz SAPROF, które były skorelowane wynikiem ogólnym ryzyka tj.: krok 1: skala H, skala C, skala R oraz krok drugi: skala wewnętrzna, skala motywacja, skala zewnętrzna.

Trzy zmienne okazały się być istotne w równaniu regresyjnym (tabela 5.25). Na „priorytet przypadku” z pomiaru drugiego ma wpływ skala R - zarządzanie ryzykiem ( $\beta = 0.181$ ;  $p = 0.053$ ) – tendencja w modelu trzecim, skala H – historyczna ( $\beta = 0.235$ ;

$p = 0.002$ ) oraz zewnętrzne czynniki ochrony ( $\beta = -0.277$ ;  $p = 0.003$ ). Wskaźnik  $\beta$  w przypadku dwóch pierwszych zmiennych ma wartość dodatnią, co przy założeniu związku prostoliniowego świadczyłoby o zależności wprost proporcjonalnej. W przypadku zewnętrznych czynników ochrony wartość wskaźnika  $\beta$  była ujemna, co przy założeniu związku prostoliniowego świadczyłoby o zależności odwrotnie proporcjonalnej. Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.284 (model 3), co wskazuje, że około 28% zmienności w zakresie „priorytetu przypadku” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje skala R ( $R^2 = 0.185$ ), w drugiej kolejności skala H (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.053$ ). Nieznacznie słabiej opisuje tę zmienność zewnętrzny czynnik ochrony (różnica model 3 – 2:  $R^2 = 0.045$ ). Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj: skala C, wewnętrzne czynniki ochronne (ochrona wewnętrzna) oraz czynniki ochronne związane z motywacją (motywacja; tabela 82A str. 448).

Tabela 5.25. Krokowa regresja wielokrotna „priorytetu przypadku” względem głównych skal HCR oraz SAPROF.

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	0.674	0.121		5.552	<0.001
	Skala R (HCR-20)	0.105	0.018	0.430	5.814	<0.001
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.430$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.185$ Istotność równania $F = 33.799$ ; $p < 0.001$					
	stała	0.318	0.162		1.964	0.051
2	Skala R (HCR-20)	0.087	0.018	0.355	4.712	<0.001
	Skala H (HCR-20)	0.034	0.010	0.243	3.216	0.002
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.488$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.238$ Istotność równania $F = 4.774$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.053$ ; $F_{zmiany} = 10.345$ ; $p_{zmiany} = 0.002$					
	stała	0.907	0.249		3.642	<0.001
3	Skala R (HCR-20)	0.044	0.023	0.181	1.948	0.053
	Skala H (HCR-20)	0.033	0.010	0.235	3.205	0.002
	Zewnętrzne (SAPROF)	-0.093	0.031	-0.277	-3.053	0.003
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.492$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.242$ Istotność równania $F = 3.790$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.045$ ; $F_{zmiany} = 9.323$ ; $p_{zmiany} = 0.003$					

Analiza regresyjna uwzględniająca wszystkie czynniki HCR oraz SAPROF, które były skorelowane ze zmienną „priorytet przypadku” wyodrębniła 7 zmiennych istotnych w równaniu regresyjnym. Na „priorytet przypadku” z pomiaru drugiego największy wpływ ma czynnik 17 (kontrola zewnętrzna) z SAPROF ( $\beta = -0.265$ ;  $p < 0.001$ ;  $R^2 = 0.063$ ), czynnik R2 (problemy z sytuacją życiową w przyszłości) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.176$ ;  $p = 0.017$ ;  $R^2 = 0.055$ ),

czynnik H6C (aktualne problemy z objawami innych głębokich zaburzeń psychicznych) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.174$ ;  $p = 0.011$ ;  $R^2 = 0.041$ ), czynnik R4B (problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcją) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0,158$ ;  $p = 0.042$ ;  $R^2 = 0.028$ ), czynnik H3 (problemy w relacjach w przeszłości) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0,136$ ;  $p = 0.057$ ;  $R^2 = 0.103$ ) – tendencja oraz czynnik C5A (aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpracą) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0,125$ ;  $p = 0,099$ ;  $R^2 = 0.061$ ) – tendencja, w modelu znalazły się jeszcze jedna zmienna jednak nie mieszcząca się w poziomie istotności – czynnik H7 (zaburzenia osobowości) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.067$ ;  $p = 0.113$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.378 (model 7), co wskazuje, że około 38% zmienności w zakresie „priorytetu przypadku” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. Pozostałe zmienne zostały wykluczone z analizy regresyjnej.

Krokowa analiza regresji, gdzie za zmienną zależną w prezentowanych badaniach przyjęto „poważną krzywdę fizyczną”, a w skład zbioru zmiennych niezależnych uwzględniono główne skale HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF, które były skorelowane wynikiem ogólnym ryzyka (tj.: krok 1: skala H, skala C, skala R oraz krok drugi: skala wewnętrzna, skala motywacja, skala zewnętrzna) wyłoniła jedynie jedną zmienną, która była istotna w równaniu regresyjnym (tabela 5.26) – Skala R ( $\beta = 0.282$ ;  $p < 0.001$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.079, co wskazuje, że około 8% zmienności w zakresie „poważnej krzywdy fizycznej” można wyjaśnić na podstawie skali R (skala zarządzania ryzykiem). Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj.: skala C, wewnętrzny czynnik ochrony oraz motywacja (tabela 83A str. 449).

Tabela 5.26. Krokowa regresja wielokrotna „poważnej krzywdy fizycznej” względem głównych skal HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF.

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
	stała	0.661	0.170		3,890	<0,001
	Skala R (HCR-20)	0.090	0.025	0,282	3,584	<0,001
1	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.282$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.079$ Istotność równania $F = 12.845$ ; $p < 0.001$					

Analiza regresyjna uwzględniające wszystkie czynniki HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF, które były skorelowane ze zmienną: „poważna krzywda fizyczna”, wyodrębniła 5 zmiennych istotnych w równaniu regresyjnym. Na „poważną krzywdę fizyczną” z pomiaru drugiego największy wpływ ma czynnik H1C (przemoc w wieku dorosłym w przeszłości) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.320$ ;  $p = 0.059$ ;  $R^2 = 0.035$ ), R4B (problemy w przyszłości z odpowiedzią na

leczenie i nadzór) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.183$ ;  $p = 0.059$ ;  $R^2 = 0.035$ ) - tendencja, czynnik 6 (praca) z SAPROF ( $\beta = -0.161$ ;  $p = 0.038$ ;  $R^2 = 0.023$ ) oraz czynnik H3 (problemy w relacjach w przeszłości) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.155$ ;  $p = 0.037$ ;  $R^2 = 0.027$ ). W modelu znalazła się jeszcze jedna zmienna jednak nie mieszcząca się w poziomie istotności – czynnik C5 (aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0,030$ ;  $p = 0,745$   $R^2 = 0.025$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.256 (model 5), co wskazuje, że około 26% zmienności w zakresie „poważnej krzywdy fizycznej” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. Pozostałe zmienne zostały wykluczone z analizy regresyjnej.

Kolejna skala SRR, która została potraktowana jako zmienna zależna w analizie regresyjnej to „przemoc w najbliższym czasie” (tabela 5.27). Wyniki odnoszące się do analizy regresyjnej, gdzie do zmiennych niezależnych uwzględnione wszystkie główne skale HCR-20 oraz SAPROF (tabela 5.27) pozwoliły wyodrębnić 5 skal w równaniu regresyjnym. Na „przemoc w najbliższym czasie” mają wpływ kolejno: skala C z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0,408$ ;  $p < 0.001$ ), skala „ochrona wewnętrzna” z SAPROF ( $\beta = -0.186$ ;  $p = 0.011$ ), skala „ochrona zewnętrzna” z SAPROF ( $\beta = -0.150$ ;  $p = 0.040$ ) oraz skala R z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.139$ ;  $p = 0.094$ ) – tendencja. W modelu znalazła się jeszcze jedna zmienna jednak nie mieszcząca się w poziomie istotności – skala H z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.093$ ;  $p = 0.146$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.548 (model 5), co wskazuje, że około 55% zmienności w zakresie „priorytetu przypadku” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje skala C HCR-20<sup>V3</sup> ( $R^2 = 0.418$ ) w drugiej skala R HCR-20<sup>V3</sup> ( $R^2 = 0,074$ ) następnie skala H z HCR-20<sup>V3</sup> ( $R^2=0.021$ ) oraz skala „ochrona wewnętrzna” z SAPROF ( $R^2=0.021$ ), natomiast najmniejszym stopniu skala „ochrona zewnętrzna” z SAPROF ( $R^2 = 0,013$ ). Z równania regresyjnego zostały wykluczone pozostałe zmienne tj.: skala C, ochrona wewnętrzna oraz motywacja (tabela 84A str. 450).

Tabela 5.27. Krokowa regresja wielokrotna „przemoc w najbliższym czasie” względem głównych skal HCR-20 oraz SAPROF

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	0.051	0.095		0.535	0.593
	Skala C (HCR-20)	0.194	0.019	0.646	10.341	<0.001
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.646$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.418$ Istotność równania $F = 106.936$ ; $p < 0.001$					
2	stała	-0.407	0.133		-3.071	0.003
	Skala C (HCR-20)	0.144	0.021	0.482	7.037	0.000
	Skala R (HCR-20)	0.106	0.023	0.319	4.658	0.000
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.702$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.492$ Istotność równania $F = 71.743$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.074$ ; $F_{zmiany} = 21.697$ ; $p_{zmiany} < 0.001$						
3	stała	-0.712	0.177		-4.012	0.000
	Skala C (HCR-20)	0.138	0.020	0.459	6.770	0.000
	Skala R (HCR-20)	0.094	0.023	0.283	4.118	0.000
4	Skala H (HCR-20)	0.029	0.012	0.154	2.529	0.012
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.717$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.513$ Istotność równania $F = 51.704$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.021$ ; $F_{zmiany} = 6.395$ ; $p_{zmiany} = 0.012$					
	stała	-0.093	0.297		-0.313	0.755
5	Skala C (HCR-20)	0.124	0.021	0.415	6.041	0.000
	Skala R (HCR-20)	0.076	0.024	0.229	3.243	0.001
	Skala H (HCR-20)	0.018	0.012	0.095	1.483	0.140
4	wewnętrzne (SAPROF)	-0.067	0.026	-0.188	-2.575	0.011
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.731$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.535$ Istotność równania $F = 41.922$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.021$ ; $F_{zmiany} = 6.632$ ; $p_{zmiany} = 0.011$					
	stała	0.338	0.360		0.939	0.349
5	Skala C (HCR-20)	0.122	0.020	0.408	5.995	0.000
	Skala R (HCR-20)	0.046	0.027	0.139	1.683	0.094
	Skala H (HCR-20)	0.018	0.012	0.093	1.462	0.146
5	Ochrona wewnętrzna (SAPROF)	-0.066	0.026	-0.186	-2.574	0.011
	Ochrona zewnętrzna (SAPROF)	-0.069	0.034	-0.150	-2.071	0.040
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.740$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.548$ Istotność równania $F = 8.224$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.013$ ; $F_{zmiany} = 4.289$ ; $p_{zmiany} = 0.040$					

Analiza regresyjna uwzględniające wszystkie czynniki HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF, które były skorelowane ze zmienną „przemoc w najbliższym czasie” wyodrębniła 12 zmiennych, z czego 6 było istotnych statystycznie. Na „przemoc w najbliższym czasie” wskazaną w pomiarze

drugim największy wpływ mają kolejno: czynnik 4 (radzenie sobie ze stresem) z SAPROF ( $\beta = -0.193$ ;  $p = 0.002$ ;  $R^2 = 0.029$ ), czynnik C2 (aktualne wyobrażenia lub zamiary dotyczące przemocy) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.173$ ;  $p = 0.003$ ;  $R^2 = 0.052$ ), czynnik C3 (aktualne objawy głębokich zaburzeń psychicznych) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.171$ ;  $p = 0.008$ ;  $R^2 = 0.023$ ), czynnik R4A (problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpraca) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.161$ ;  $p = 0.051$ ;  $R^2 = 0.031$ ) – tendencja oraz czynnik H3B (problemy w innych bliskich relacjach) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.108$ ;  $p = 0.079$ ;  $R^2 = 0.158$ ). W modelu dwunastym znalazło się jeszcze sześć zmiennych jednak nie mieszczących się w poziomie istotności – czynnik C5 ( $\beta = 0.125$ ;  $p = 0.127$ ;  $R^2 = 0.196$ ), C1B ( $\beta = 0.099$ ;  $p = 0.134$ ;  $R^2 = 0.014$ ), R2 ( $\beta = 0.095$ ;  $p = 0.137$ ;  $R^2 = 0.014$ ), H1 ( $\beta = 0.072$ ;  $p = 0.201$ ;  $R^2 = 0.032$ ), H10 ( $\beta = 0.041$ ;  $p = 0.507$ ;  $R^2 = 0.023$ ) oraz C4A ( $\beta = 0.039$ ;  $p = 0.526$ ;  $R^2 = 0.014$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.578 (model 12), co wskazuje, że około 58% zmienności w zakresie „przemocy w najbliższym czasie” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. Pozostałe zmienne zostały wykluczone z analizy regresyjnej.

Następnym krokiem było uwzględnienie w roli zmiennej zależnej w analizie regresyjnej skali SSR „ochrona” (tabela 5.28). Wyniki odnoszące się do analizy regresyjnej, gdzie do zmiennych niezależnych uwzględnione wszystkie główne skale HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF (tabela 5.28) pozwoliły wyodrębnić wszystkie 6 skal w równaniu regresyjnym. Na „ochronę” mają wpływ kolejno: skala motywacja SAPROF ( $\beta = 0.458$ ;  $p < 0.001$ ), skala „zewnątrzna” ( $\beta = 0.220$ ;  $p = 0.011$ ), skala „wewnętrzna” ( $\beta = 0.205$ ;  $p < 0.005$ ), skala R z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.119$ ;  $p = 0.036$ ), skala C z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.096$ ;  $p = 0.038$ ). W modelu znalazła się jeszcze jedna zmienna jednak nie mieszcząca się w poziomie istotności – skala H z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.044$ ;  $p = 0.272$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.821 (model 6), co wskazuje, że około 82% zmienności w zakresie „ochrony” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje skala R z HCR-20<sup>V3</sup> ( $R^2 = 0.533$ ) w drugiej skali motywacji (różnica model 4 – 3:  $R^2 = 0.133$ ) następnie skala C (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.087$ ), skala „zewnątrzna” SAPROF (różnica model 5 – 4:  $R^2 = 0.030$ ), skala wewnętrznej ochrony (różnica model 6 – 5:  $R^2 = 0.021$ ) natomiast najmniejszym stopniu skala H (różnica model 3 – 2:  $R^2 = 0.017$ ). Z modelu nie została odrzucona żadna ze zmiennych.



Tabela 5.28. Krokowa regresja wielokrotna „ochrona” względem głównych skal HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF.

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p
1	stała	4.498	0.175		25.692	0.000
	Skala R (HCR-20)	-0.339	0.026	-0.730	-13.036	0.000
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.730$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.533$ Istotność równania $F = 169.943$ ; $p < 0.001$					
	stała	4.615	0.160		28.880	0.000
2	Skala R (HCR-20)	-0.256	0.028	-0.552	-9.319	0.000
	Skala C (HCR-20)	-0.144	0.025	-0.344	-5.810	0.000
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.787$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.620$ Istotność równania $F = 120.534$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.087$ ; $F_{zmiany} = 33.760$ ; $p_{zmiany} < 0.001$					
	stała	4.995	0.213		23.401	0.000
3	Skala R (HCR-20)	-0.241	0.028	-0.520	-8.757	0.000
	Skala C (HCR-20)	-0.135	0.024	-0.324	-5.529	0.000
	Skala H (HCR-20)	-0.036	0.014	-0.138	-2.625	0.010
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.798$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.637$ Istotność równania $F = 85.852$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.017$ ; $F_{zmiany} = 6.892$ ; $p_{zmiany} = 0.010$					
4	stała	2.821	0.292		9.661	0.000
	Skala R (HCR-20)	-0.127	0.025	-0.274	-5.019	0.000
	Skala C (HCR-20)	-0.052	0.022	-0.125	-2.429	0.016
	Skala H (HCR-20)	-0.029	0.011	-0.109	-2.577	0.011
5	motywacja (SAPROF)	0.175	0.019	0.540	9.172	0.000
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.877$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.763$ Istotność równania $F = 121.831$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.133$ ; $F_{zmiany} = 84.125$ ; $p_{zmiany} < 0.001$					
	stała	1.868	0.341		5.478	0.000
	Skala R (HCR-20)	-0.062	0.028	-0.133	-2.239	0.027
6	Skala C (HCR-20)	-0.046	0.020	-0.110	-2.282	0.024
	Skala H (HCR-20)	-0.027	0.010	-0.104	-2.625	0.010
	motywacja (SAPROF)	0.178	0.018	0.550	9.967	0.000
	zewnętrzne (SAPROF)	0.145	0.031	0.226	4.666	0.000
6	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.894$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.800$ Istotność równania $F = 115.688$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.030$ ; $F_{zmiany} = 21.775$ ; $p_{zmiany} < 0.001$					
	stała	1.319	0.350		3.775	0.000
	Skala R (HCR-20)	-0.055	0.026	-0.119	-2.115	0.036
	Skala C (HCR-20)	-0.040	0.019	-0.096	-2.092	0.038
6	Skala H (HCR-20)	-0.012	0.011	-0.044	-1.103	0.272
	motywacja (SAPROF)	0.148	0.018	0.458	8.074	0.000
	zewnętrzne (SAPROF)	0.141	0.030	0.220	4.790	0.000
	wewnętrzne (SAPROF)	0.102	0.025	0.205	4.149	0.000
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.906$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.821$						

Analiza regresyjna uwzględniające wszystkie czynniki HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF. które były skorelowane ze zmienną „ochrona” wyodrębniła 17 zmiennych, z czego 10 było istotnych statystycznie. Na „ochronę” wskazaną w pomiarze drugim największy wpływ ma czynnik 12. (farmakoterapia) z SAPROF ( $\beta = 0.198$ ;  $p < 0.001$ ;  $R^2 = 0.013$ , czynnik 9 (motywacja do leczenia) z SAPROF ( $\beta = 0.150$ ;  $p = 0.019$ ;  $R^2 = 0.006$ ), czynnik 13 (sieć społeczna) z SAPROF, ( $\beta = 0.146$ ;  $p = 0.006$ ;  $R^2 = 0.007$ ), czynnik 10 (postawa wobec instytucji) z SAPROF ( $\beta = 0.134$ ;  $p = 0.010$ ;  $R^2 = 0.035$ ), czynnik R4 (problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.126$ ;  $p = 0.022$ ;  $R^2 = 0.038$ ), czynnik 3 (empatia) z SAPROF ( $\beta = 0.124$ ;  $p = 0.004$ ;  $R^2 = 0.013$ ), czynnik 8 (gospodarowanie pieniędzmi) z SAPROF ( $\beta = 0.113$ ;  $p = 0.090$ ;  $R^2 = 0.008$ ), czynnik 17 (kontrola zewnętrzna) z SAPROF ( $\beta = 0.108$ ;  $p = 0.005$ ;  $R^2 = 0.013$ ), czynnik C5 (aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.103$ ;  $p = 0.019$ ;  $R^2 = 0.262$ ) oraz czynnik H3B (problemy w przeszłości w innych bliskich relacjach) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.084$ ;  $p = 0.039$ ;  $R^2 = 0.202$ ). W modelu 12 znalazło się jeszcze siedem zmiennych jednak nie mieszczących się w poziomie istotności – czynnik R1 (problemy w przyszłości ze świadczeniami specjalistycznymi i z planami) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.081$ ;  $p = 0.120$ ;  $R^2 = 0.082$ ); czynnik C5A (aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpraca) ( $\beta = -0.072$ ;  $p = 0.132$ ;  $R^2 = 0.017$ ), czynnik H10 (problemy w przeszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.057$ ;  $p = 0.126$ ;  $R^2 = 0.067$ ), czynnik H9 (problemy w przeszłości z postawą akceptującą przemoc) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.022$ ;  $p = 0.562$ ;  $R^2 = 0.021$ ), czynnik R3 (problemy w przyszłości ze wsparciem społecznym) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.022$ ;  $p = 0.672$ ;  $R^2 = 0.008$ ), czynnik C1C (aktualne problemy z wglądem w potrzebę leczenia) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.029$ ;  $p = 0.549$ ;  $R^2 = 0.034$ ) oraz czynnik C3A (aktualne problemy z objawami głębokich zaburzeń psychotycznych) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.009$ ;  $p = 0.831$ ;  $R^2 = 0.019$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.850 (model 17), co wskazuje, że około 85% zmienności w zakresie „ochrony” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. Pozostałe zmienne zostały wykluczone z analizy regresyjnej.

Ostatnim krokiem związanym z realizacją czwartego problemu badawczego było uwzględnienie w charakterze zmiennej zależnej w analizie regresyjnej skali SSR „zintegrowanej ocena ryzyka” (tabela 5.29). Wyniki odnoszące się do analizy regresyjnej, gdzie do zmiennych niezależnych uwzględnione wszystkie główne skale HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF

(tabela 5.29) pozwoliły wyodrębnić 5 skal w równaniu regresyjnym. Na „zintegrowaną ocenę ryzyka” mają wpływ kolejno: skala „motywacja” SAPROF ( $\beta = -0.393$ ;  $p < 0.001$ ), skala „zewnętrzna” SAPROF ( $\beta = -0.269$ ;  $p < 0.001$ ), skala C z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.199$ ;  $p = 0.001$ ), skala H z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.126$ ;  $p = 0.012$ ). W modelu znalazła się jeszcze jedna zmienna jednak nie mieszcząca się w poziomie istotności – skala R ( $\beta = 0.096$ ;  $p = 0.196$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.686 (model 5), co wskazuje, że około 69% zmienności w zakresie „zintegrowanej oceny ryzyka” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. W największym stopniu zmienność tą opisuje skala R z HCR-20<sup>V3</sup> ( $R^2 = 0.450$ ), w drugiej skala C z HCR-20<sup>V3</sup> (różnica model 2 – 1:  $R^2 = 0.106$ ), następnie skala motywacja (SAPROF) (różnica model 4 – 3:  $R^2 = 0.066$ ), zewnętrzny czynnik ochrony (różnica model 5 – 4:  $R^2 = 0.043$ ) natomiast w najmniejszym stopniu skala H (różnica model 3 – 2:  $R^2 = 0.021$ ). Z modelu została odrzucona skala wewnętrzna ochrony (tabela 85A str. 451).

Tabela 5.29. Krokowa regresja wielokrotna „zintegrowana ocena ryzyka” względem głównych skal HCR oraz SAPROF.

Model	Zmienna	B	Błąd standardowy	$\beta$	t	p	
1	stała	1.363	0.209		6.534	0.000	
	Skala R (HCR-20)	0.342	0.031	0.671	11.036	0.000	
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.671$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.450$ Istotność równania $F = 121.803$ ; $p < 0.001$						
	stała	1.222	0.190		6.445	0.000	
2	Skala R (HCR-20)	0.242	0.033	0.474	7.406	0.000	
	Skala C (HCR-20)	0.174	0.029	0.380	5.934	0.000	
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.745$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.550$ Istotność równania $F = 92.487$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.106$ ; $F_{zmiany} = 35.207$ ; $p_{zmiany} < 0.001$						
	stała	0.760	0.253		3.004	0.003	
3	Skala R (HCR-20)	0.224	0.033	0.439	6.843	0.000	
	Skala C (HCR-20)	0.164	0.029	0.358	5.652	0.000	
	Skala H (HCR-20)	0.044	0.016	0.153	2.689	0.008	
	Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.759$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.576$ Istotność równania $F = 66.665$ ; $p < 0.001$ Zmiana $R^2 = 0.021$ ; $F_{zmiany} = 7.232$ ; $p_{zmiany} = 0.008$						
4	stała	2.449	0.399		6.135	0.000	
	Skala R (HCR-20)	0.135	0.035	0.264	3.897	0.000	
	Skala C (HCR-20)	0.099	0.029	0.217	3.380	0.001	
	Skala H (HCR-20)	0.038	0.015	0.132	2.514	0.013	
	motywacja (SAPROF)	-0.136	0.026	-0.382	-5.213	0.000	
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.802$ Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.643$ Istotność równania $F = 65.696$ ; $p < 0.001$							

Zmiana $R^2 = 0.066$ ; $F_{zmiany} = 27.176$ ; $p_{zmiany} < 0.001$						
	stała	3.697	0.469		7.883	0.000
	Skala R (HCR-20)	0.049	0.038	0.096	1.298	0.196
	Skala C (HCR-20)	0.091	0.028	0.199	3.289	0.001
	Skala H (HCR-20)	0.036	0.014	0.126	2.547	0.012
5	motywacja (SAPROF)	-0.140	0.025	-0.393	-5.697	0.000
	zewnętrzne (SAPROF)	-0.190	0.043	-0.269	-4.447	0.000
Współczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0.828$						
Współczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0.686$						
Istotność równania $F = 63.272$ ; $p < 0.001$						
Zmiana $R^2 = 0.043$ ; $F_{zmiany} = 19.779$ ; $p_{zmiany} < 0.001$						

Analiza regresyjna uwzględniająca wszystkie czynniki HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF, które były skorelowane ze zmienną „zintegrowana ocena ryzyka” wyodrębniła 12 zmiennych, z czego 8 było istotnych statystycznie. Na „zintegrowaną ocenę ryzyka” wskazaną w pomiarze drugim największy wpływ ma czynnik 17 (kontrola zewnętrzna) z SAPROF ( $\beta = -0.275$ ;  $p < 0.001$ ;  $R^2 = 0.062$ ), czynnik C5 (aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.269$ ;  $p < 0.001$ ;  $R^2 = 0.281$ ), czynnik R4B (problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcja) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.182$ ;  $p = 0.003$ ;  $R^2 = 0.027$ ), czynnik 9 (motywacja do leczenia) z SAPROF ( $\beta = -0.179$ ;  $p = 0.023$ ;  $R^2 = 0.015$ ), czynnik R2 (problemy w przyszłości z sytuacją życiową) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.135$ ;  $p = 0.011$ ;  $R^2 = 0.013$ ), czynnik H3 (problemy w przeszłości z relacjami) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.131$ ;  $p = 0.018$ ;  $R^2 = 0.022$ ), czynnik 7 (zajęcia w czasie wolnym) z SAPROF ( $\beta = -0.112$ ;  $p = 0.029$ ;  $R^2 = 0.009$ ) oraz H9 ( $\beta = 0.106$ ;  $p = 0.028$ ;  $R^2 = 0.061$ ). W modelu dwunastym znalazły się jeszcze cztery zmienne, jednak nie mieszczące się w poziomie istotności – czynnik H1 (problemy w przeszłości z przemocą) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = 0.059$ ;  $p = 0.192$ ;  $R^2 = 0.023$ ); czynnik R1 (problemy w przyszłości ze świadczeniami specjalistycznymi i planami) ( $\beta = 0.047$ ;  $p = 0.489$ ;  $R^2 = 0.060$ ), czynnik H3B (problemy w przeszłości w innych bliskich relacjach) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.041$ ;  $p = 0.487$ ;  $R^2 = 0.156$ ), oraz czynnik C1C (aktualne problemy z wglądem w potrzebę leczenia) z HCR-20<sup>V3</sup> ( $\beta = -0.030$ ;  $p = 0.612$ ;  $R^2 = 0.024$ ). Współczynnik wielokrotnej determinacji osiągnął wartość 0.755 (model 12), co wskazuje, że około 75% zmienności w zakresie „zintegrowanej oceny ryzyka” można wyjaśnić na podstawie wspomnianych zmiennych. Pozostałe zmienne zostały wykluczone z analizy regresyjnej.

## **Wyniki:**

### **1. Najważniejszymi predyktorami oceny „priorytetu przypadku” są:**

- a) skala R (zarządzania ryzykiem) z HCR-20<sup>V3</sup>, b) skala H (historyczna) z HCR-20<sup>V3</sup> – wyższe wyniki uzyskiwane w tych skalach pozwalają prognozować wyższą ocenę „priorytetu przypadku”
- c) zewnętrzne czynniki ryzyka – wyższe wyniki pozwalają prognozować niższą ocenę „priorytetu przypadku”
- spośród czynników ryzyka największy wpływ na ocenę „priorytetu przypadku” mają w kolejności: 1. Kontrola zewnętrzna (czynnik ochronny), 2. Problemy z sytuacją życiową w przyszłości (czynnik ryzyka), 3. Aktualne problemy z objawami innych głębokich zaburzeń psychicznych (czynnik ryzyka), 4. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcją (czynnik ryzyka), 5. Problemy w relacjach w przeszłości (czynnik ryzyka), 6. Aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpracą (czynnik ryzyka) i 7. Zaburzenia osobowości (czynnik ryzyka).

### **2. Najważniejszymi predyktorami oceny ryzyka „poważnej krzywdy fizycznej” są:**

- a) skala R (zarządzania ryzykiem) z HCR-20<sup>V3</sup>.
- spośród czynników ryzyka największy wpływ na ocenę „poważnej krzywdy fizycznej” mają w kolejności: 1. Przemoc w wieku dorosłym w przeszłości (czynnik ryzyka), 2. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenia i nadzór (czynnik ryzyka), 3. Praca (czynnik ochronny), 4. Problemy w relacjach w przeszłości (czynnik ryzyka).

### **3. Najważniejszymi predyktorami oceny ryzyka „przemocy w najbliższym czasie” są:**

- a) skala kliniczna, b) skala wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrzna), c) skala czynników ochronnych zewnętrznych (ochrona zewnętrzna), d) skala R (zarządzania ryzykiem) z HCR-20<sup>V3</sup>
- spośród czynników ryzyka największy wpływ na ocenę ryzyka „przemocy w najbliższym czasie” mają w kolejności: 1. Radzenie sobie ze stresem (czynnik ochronny), 2. Aktualne wyobrażenia lub zamiary dotyczące przemocy (czynnik ryzyka), 3. Aktualne objawy głębokich zaburzeń psychicznych (czynnik ryzyka), 4. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpraca (czynnik ryzyka) oraz 5. Problemy w innych bliskich relacjach (czynnik ryzyka)

#### **4. Najważniejszymi predyktorami oceny ogólnej „ochrony” są w kolejności:**

- skala czynników ochronnych związanych z motywacją, skala zewnętrznych czynników ochronnych, skala wewnętrznych czynników ochronnych, skala R (zarządzania ryzykiem), z HCR-20<sup>V3</sup>, skala kliniczna C (kliniczna) z HCR-20<sup>V3</sup>.

#### **Spośród czynników ryzyka i czynników ochronnych najważniejszymi predyktorami „końcowej oceny ochrony” są w kolejności:**

1. farmakoterapia (czynnik ochronny), 2. Motywacja do leczenia (czynnik ochronny), 3. Sieć społeczna (czynnik ochronny), 4. Postawa wobec instytucji (czynnik ochronny), 5. Problemy w przyszłości z odpowiedzialnością na leczenie i nadzór (czynnik ryzyka), 6. Empatia (czynnik ochronny) 7. Gospodarowanie pieniędzmi (czynnik ochronny), 8. Kontrola zewnętrzna (czynnik ochronny) 9. Aktualne problemy z odpowiedzialnością na leczenie i nadzór (czynnik ryzyka) 10. Problemy w przeszłości w innych bliskich relacjach (czynnik ryzyka).

#### **5. Najważniejszymi predyktorami „zintegrowanej oceny ryzyka przemocy”:**

- skala czynników ochronnych związanych z motywacją, skala czynników ochronnych zewnętrznych (ochrona zewnętrzna), skala kliniczna z HCR-20<sup>V3</sup>, skala historyczna z HCR-20<sup>V3</sup>

#### **Spośród czynników ryzyka i czynników ochronnych najważniejszymi predyktorami zintegrowanej oceny ryzyka przemocy są:**

1. Kontrola zewnętrzna (czynnik ochronny), 2. Aktualne problemy z odpowiedzialnością na leczenie i nadzór (czynnik ryzyka), 3. Problemy w przyszłości z odpowiedzialnością na leczenie i nadzór – reakcja (czynnik ryzyka), 4. Motywacja do leczenia (czynnik ochronny), 5. Problemy w przyszłości z sytuacją życiową (czynnik ryzyka), 6. Problemy w przeszłości z relacjami (czynnik ryzyka), 7. Zajęcia w czasie wolnym (czynnik ochronny) oraz 8. Postawa akceptacji wobec przemocy.

## 5.6. Relacje dotyczące poziomu zabezpieczenia, w którym przebywa internowany a ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem.

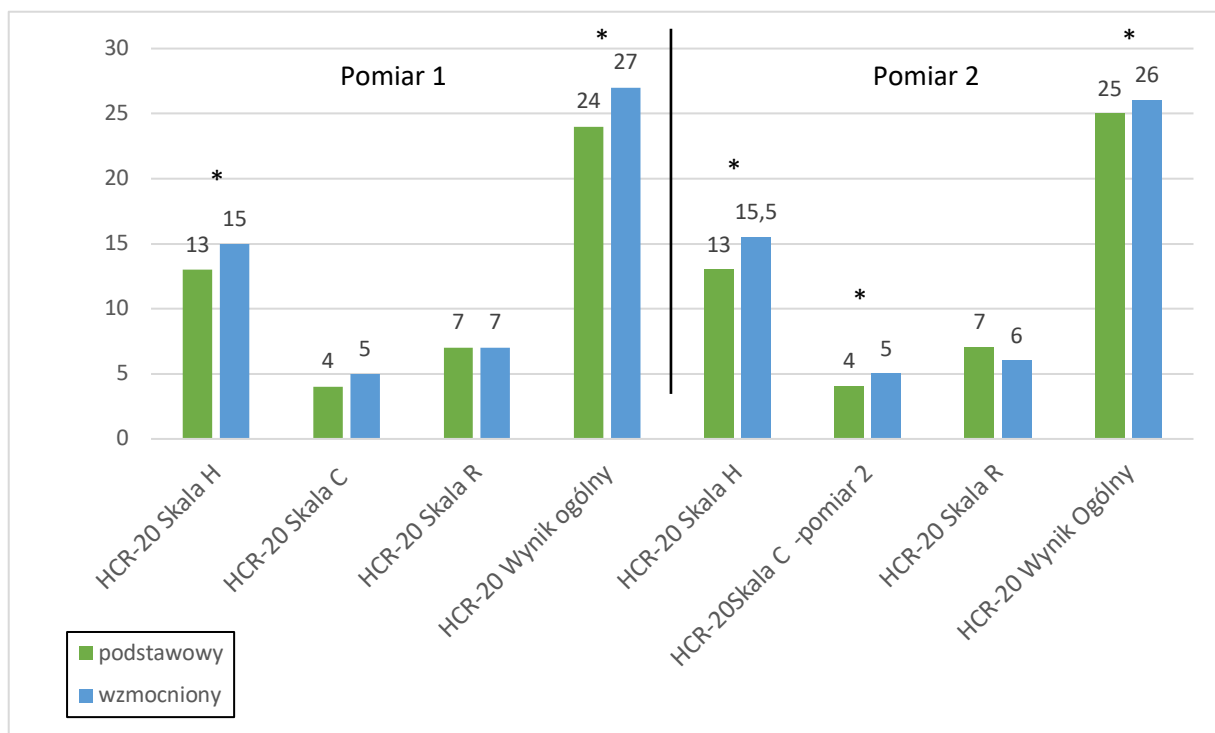
**Pytanie badawcze nr 17:** Czy pacjenci internowani w oddziałach podstawowych różnią się od pacjentów internowanych na oddziałach wzmocnionych w zakresie ogólnego nasilenia ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem, zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze?

**Hipoteza H9:** Pacjentów na oddziałach podstawowych charakteryzuje ogólne niższe nasilenie ryzyka przemocy oraz ogólnie niższe nasilenie ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem niż u pacjentów z oddziałów wzmocnionych.

**Pytanie badawcze nr 18:** Czy pacjenci internowani w oddziałach podstawowych różnią się od pacjentów internowanych w oddziałach wzmocnionych w zakresie nasilenia czynników ochronnych i poszczególnych aspektów ochrony?

**Hipoteza H10:** Pacjentów leczonych w oddziałach podstawowych charakteryzuje wyższe nasilenie czynników ochronnych i poszczególnych aspektów ochrony niż u pacjentów z oddziałów wzmocnionych.

W celu zbadania, czy istnieją różnice w nasileniu ryzyka badanego z użyciem HCR-20<sup>V3</sup> pomiędzy osobami internowanymi w placówkach o różnym poziomie zabezpieczenia zastosowano test U Manna-Whitneya (tabela 86A str. 452). Odnosząc się do wyników z pomiaru pierwszego wskazano na istotnie wyższe wartości skali H ( $U = 1916$ ;  $p < 0.001$ ;  $rb = 0.337$ ) oraz wyniku ogólnego ryzyka ( $U = 2217$ ;  $p = 0.013$ ;  $rb = 0.233$ ) w grupie osób przebywających w oddziałach wzmocnionych. W przypadku rezultatów z pomiaru drugiego w grupie osób z oddziałów wzmocnionych zanotowano wyższe wartości skali H ( $U = 1829$ ;  $p < 0.001$ ;  $rb = 0.337$ ), C ( $U = 2229$ ;  $p = 0.014$ ;  $rb = 0.228$ ) oraz wyniku ogólnego ( $U = 2112$ ;  $p = 0.004$ ;  $rb = 0.269$ ).



\*  $p < 0.05$

Rycina 5.15. Wartości mediany czynników ryzyka (HCR-20<sup>V3</sup>) z uwzględnieniem poziomu zabezpieczeń oddziału, w którym przebywali badani.

Postanowiono także zbadać, czy istnieją różnice pomiędzy osobami przebywającymi w oddziałach o różnym poziomie zabezpieczenia pod względem czynników ochrony badanych z użyciem SAPROF. Wyniki analizy U mana-Whitneya (tabela 87A str. 455) nie wskazały istotnych różnic zarówno w pomiarze pierwszym jak i drugim ( $p > 0.05$ ).

**Wyniki dla Hipotezy H9:** Pacjenci przebywający w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia charakteryzują się niższym ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz niższym nasileniem ryzyka historycznego od pacjentów przebywających w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie ryzyka klinicznego oraz ryzyka związanego z zarządzaniem.

**Wyniki dla Hipotezy H10:** Pacjenci przebywający w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia nie różnią się istotnie od pacjentów przebywających w oddziałach wzmocnionych pod względem nasilenia czynników ochronnych.



**5.7. Relacja pomiędzy powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji przemocy a ogólnym nasileniem ryzyka przemocy, nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem oraz sumarycznymi ocenami ryzyka (SRR).**

**Pytanie badawcze nr 19:** Czy powaga czynu, który stał się podstawą internacji ma związek z ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego, ryzyka związanego z zarządzaniem oraz wyższymi sumarycznymi ocenami ryzyka?

**Hipoteza H11:** Większa powaga czynu ma związek z wyższym ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz wyższym nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem oraz wyższymi sumarycznymi ocenami ryzyka.

W celu zbadania czy istnieje zależność pomiędzy powagą czynu a wynikami podstawowych skal HCR-20<sup>V3</sup> zastosowano test korelacji rho Spearmana. Wyniki przeprowadzonej analizy (tabela 5.30) nie wskazały istotnych statystycznie zależności ( $p > 0.05$ ). W przypadku analizy dotyczącej zależności pomiędzy powagą czynu a skalami SRR (priorytet, przypadku, poważna krzywda fizyczna oraz przemoc w najbliższym czasie) zanotowano dwie dodatnie, istotne statystycznie zależności pomiędzy powagą czynu a oceną priorytetu przypadku (korelacja słaba) oraz oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej (korelacja silna) (tabela 5.30).

Bardziej szczegółowe analizy z użyciem testu korelacji Tau Kendella (tabela 88A str. 454), które uwzględniały wszystkie czynniki HCR-20<sup>V3</sup> wskazały na istotne zależności pomiędzy klasyfikacją powagi czynu a czynnikiem H1 – problemy w przeszłości z przemocą (pomiar 1:  $\tau_b = 0.345$ ;  $p < 0.001$ ; pomiar 2:  $\tau_b = 0.234$ ;  $p = 0.001$ ), H2 – problemy w przeszłości z innymi zachowaniami antyspołecznymi (pomiar 1:  $\tau_b = -0.221$ ;  $p = 0.002$ ; pomiar 2:  $\tau_b = -0.186$ ;  $p = 0.009$ ) oraz H5 - problemy w przeszłości z używaniem substancji psychoaktywnych (pomiar 1:  $\tau_b = -0.163$ ;  $p = 0.023$ ; pomiar 2:  $\tau_b = -0.142$ ;  $p = 0.050$ ).

Tabela 5.30. Wyniki testu korelacji rho Spearmana badającego zależności pomiędzy klasyfikacją powagi czynu będącego podstawą internacji a wynikami skal HCR-20<sup>V3</sup> z pomiaru pierwszego oraz drugiego.

		Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą internacji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1	Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą internacji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 2
Skala H	r	-0.113	-0.079
	p	0.166	0.330
Skala C	r	0.004	0.133
	p	0.959	0.101
Skala R	r	0.039	0.086
	p	0.630	0.293
Wynik ogólny	r	-0.030	0.054
	p	0.709	0.510
SRR - Priorytet przypadku	r <sub>s</sub>	0.190 *	0.197 *
	p	0.019	0.015
SRR – poważna krzywda fizyczna	r <sub>s</sub>	0.448 **	0.500 **
	p	< 0.001	< 0.001
SRR – przemoc w najbliższym czasie	r <sub>s</sub>	0.081	0.107
	p	0.321	0.188

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Wyniki dla hipotezy H11:** Powaga czynu, który stał się podstawą umieszczenia na internacji psychiatrycznej ma jedynie związek z sumarycznymi ocenami ryzyka: a) oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej i b) oceną priorytetu przypadku. Im większa powaga czynu, którego dopuścił się internowany pacjent, tym wyższa jest ocena ryzyka poważnej krzywdy fizycznej i wyższa ocena priorytetu przypadku.

**5.8. Relacje pomiędzy powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji a ogólnym wynikiem czynników ochronnych, poszczególnymi aspektami ochrony i sumarycznymi ocenami ochrony.**

**Pytanie badawcze nr 20:** Czy powaga czynu, który stał się podstawą internacji ma związek z ogólnym nasileniem czynników ochronnych, jej poszczególnymi aspektami ochrony oraz sumarycznymi ocenami ochrony?

**Hipoteza H12** – Większa powaga czynu ma związek z niższym ogólnym nasileniem czynników ochronnych, poszczególnymi aspektami ochrony, niższą oceną sumaryczną ochrony i wyższą oceną sumaryczną zintegrowanej oceny ryzyka.

Tabela 5.31 przedstawia wyniki testu korelacji rho Spearmana badającego zależności pomiędzy powagą czynu a skalami SAPROF, ochroną oraz zintegrowaną oceną ryzyka. Rezultaty przeprowadzonej analizy wskazały na dodatnią słabą korelację pomiędzy zintegrowaną oceną ryzyka a klasyfikacją powagi czynu. W przypadku pozostałych zmiennych nie zanotowano istotnych zależności ( $p > 0.05$ ).

Tabela 5.31. Wyniki testu korelacji rho Spearmana badającego zależności pomiędzy klasyfikacją powagi czynu będącego podstawą internacji a wynikami skal SAPROF z pomiaru pierwszego oraz drugiego.

		Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą internacji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1	Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą internacji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 2
SAPROF - Wewnętrzne	$r_s$	0.029	0.027
	p	0.727	0.745
SAPROF - Motywacja	$r_s$	0.094	0.012
	p	0.251	0.880
SAPROF - Zewnętrzne	$r_s$	-0.104	-0.118
	p	0.201	0.147
SAPROF - Wynik całk.	$r_s$	0.026	-0.031
	p	0.751	0.703
ochrona	$r_s$	-0.010	-0.096
	p	0.901	0.238
zintegrowana ocena ryzyka (saprof plus hcr)	$r_s$	0.212 **	0.230 **
	p	0.009	0.004

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

Bardziej szczegółowa analiza odnosząca się do relacji poszczególnych czynników ochrony badanych z użyciem SAPROF a powagą czynu będącego podstawą internacji (tabela 89A str. 455-456) nie wskazała istotnych korelacji ( $p > 0.05$ ).

**Wyniki dla hipotezy H12:** Zaobserwowano słabą, dodatnią i istotną statystycznie zależność pomiędzy powagą czynu a zintegrowaną oceną ryzyka a klasyfikacją powagi czynu.

## 5.9. Podsumowanie.

Celem podsumowania otrzymanych wyników, pytania badawcze, wpływające z nich hipotezy oraz skrótową weryfikację hipotez przedstawiono w Tabeli 6.1.



Tabela 6.1. Tabela podsumowująca wyniki weryfikacji postawionych hipotez i pytań badawczych.

Pytanie badawcze	Hipoteza	Wynik weryfikacji hipotez/odpowiedź na pytanie badawcze
1. Jakie są najsilniejsze korelaty osobowościowe wyjściowego nasilenia ryzyka przemocy w grupie osób badanych w pierwszym pomiarze?		Ogólny poziom impulsywności, negatywna popędliwość, brak premedytacji (przezorności), pozytywna popędliwość, ogólny poziom psychopatii, rozhamowanie.
2. Czy nasilenie psychopatii w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20 <sup>V3</sup> ) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem?	<b>H1:</b> Im wyższy jest poziom psychopatii, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, klinicznego i zarządzania ryzykiem w grupie osób badanych.	<b>Hipoteza prawie w całości potwierdzona</b> 1. Potwierdzono istotne statystycznie ( $p < 0.05$ ) dodatnie korelacje pomiędzy poziomem ryzyka historycznego (skala H) a dwoma skalami kwestionariusza TriPM - rozhamowaniem (korelacja przeciętna) oraz psychopatią (korelacja słaba). Analogiczne zależności zanotowano w przypadku ogólnego wyniku skali HCR-20 <sup>V3</sup> . W przypadku skali R (zarządzania ryzykiem przemocy) zanotowano dodatnią słabą

		<p>korelację z poziomem psychopatii. W przypadku pozostałych kombinacji badanych zmiennych nie wskazano istotnych statystycznie zależności (<math>p &gt; 0.05</math>).</p> <p>2. W przypadku analiz korelacyjnych pomiędzy narzędziem HCR-20 (głównymi aspektami ryzyka) a wymiarami psychopatii w kwestionariuszu PPTS wskazały jedną dodatnią, słabą korelację pomiędzy skalą „manipulacja interpersonalna” a skalą C.</p>
	<p><b>H1a:</b> Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, przeciętnie psychopatyczni i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ryzyka oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem</p>	<p><b>Hipoteza w całości odrzucona</b></p>
<p>3. Czy nasilenie składowych samoregulacji w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem?</p>	<p><b>H2:</b> Im wyższy poziom samoregulacji prewencyjnej, tym niższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.</p>	<p><b>Hipoteza w całości potwierdzona</b></p>
	<p><b>H3:</b> Im wyższy jest poziom samoregulacji promocyjnej, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.</p>	<p><b>Hipoteza w całości odrzucona</b></p>
<p>4. Czy nasilenie impulsywności i jej składowych w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ryzyka (mierzonym sumą ocen czynnikowych HCR-20<sup>V3</sup>) oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem?</p>	<p><b>H4:</b> Im wyższy jest poziom impulsywności, tym wyższy jest ogólny poziom ryzyka przemocy oraz poziom ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.</p>	<p><b>Hipoteza w całości potwierdzona</b></p>
<p>5. Jakie są najważniejsze predyktory osobowościowe nasilenia ochrony przed przemocą w grupie osób badanych w drugim pomiarze?</p>		<p>Ogólny poziom impulsywności, negatywna popędliwość, brak premedytacji (przezorności), pozytywna popędliwość, rozhamowanie i bezdusność.</p>
<p>6. Czy nasilenie psychopatii w badanej grupie ma związek z ogólnym nasileniem ochrony (mierzonym sumą ocen</p>	<p><b>H5a:</b> Im wyższy jest poziom psychopatii, tym niższy jest ogólny poziom ochrony przed przemocą w grupie osób badanych.</p>	<p><b>Hipoteza w całości potwierdzona (słaba zależność)</b></p>

czynnikiowych SAPROF) oraz poszczególnymi aspektami ochro		
	<b>H5a:</b> Badani różniący się poziomem psychopatii (pacjenci wysoce psychopatyczni, przeciętnie psychopatyczni i nisko psychopatyczni) różnią się średnim ogólnym nasileniem ochrony przed przemocą.	<b>Hipoteza w całości odrzucona</b>
	<b>H6:</b> Im wyższy jest poziom składowych samoregulacji promocyjnej, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.	<b>Hipoteza w całości odrzucona</b>
7. Czy nasilenie składowych samoregulacji w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF) i jej poszczególnymi aspektami?	<b>H7:</b> Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej, tym wyższy jest poziom czynników ochronnych osób badanych	<b>Hipoteza w całości odrzucona</b>
8. Czy nasilenie impulsywności w badanej grupie ma związek z ogólnym poziomem ochrony (mierzonym sumą ocen czynnikowych SAPROF) i jej poszczególnymi aspektami?	<b>H8:</b> Im wyższy jest poziom impulsywności, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w grupie osób badanych.	<b>Hipoteza w całości potwierdzona</b>
9. Czy poziom psychopatii pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?		Psychopatia nie pośredniczy w procesie zmiany wyniku ogólnego poziomu ryzyka przemocy i ogólnego wyniku ochrony w ciągu 6 miesięcy leczenia. Poszczególne aspekty psychopatii pośredniczą w procesie zmiany poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony.
10. W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnych nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów psychopatii w trakcie 6 miesięcy leczenia??		Wysoka zuchwałość – wzrost wyników zarządzania ryzykiem - istotny wzrost wewnętrznej ochrony obserwuje się w grupie osób o wysokim poziomie bezduszości. - największą poprawę obserwuje się w grupie o wysokim poziomie egocentryzmu.
11. Czy poziom impulsywności pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony?		Impulsywność nie pośredniczy procesie zmiany wyniku ogólnego poziomu ryzyka przemocy i ogólnego wyniku ochrony w ciągu 6 miesięcy leczenia.  Poszczególne aspekty impulsywności (pozytywna popędliwość i negatywna popędliwość) pośredniczą w procesie zmiany poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony.

<p>12. W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnych nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów impulsywności w trakcie 6 miesięcy leczenia?</p>	<p>1. Wysoki poziom „negatywnej popędliwości” - wzrost nasilenia historycznych czynników ryzyka (skala H)  2. Przeciętny poziom pozytywnej popędliwości – potencjalnie kształtuje zmianę ochrony wewnętrznej.  3. Wysoki poziom pozytywnej popędliwości - brak zmiany w zakresie czynników ochronnych dot. motywacji oraz ogólnego wyniku czynników ochronnych, natomiast w pozostałych grupach odnotowuje się poprawę.</p>
<p>13. Czy poziom samoregulacji pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka 6 miesięcy leczenia?</p>	<p>Samoregulacja nie pośredniczy w procesie zmiany wyniku ogólnego poziomu ryzyka przemocy i ogólnego wyniku ochrony w ciągu 6 miesięcy leczenia.</p>
<p>14. W jaki sposób zachodzą zmiany w nasileniu ryzyka i ochrony u osób o różnych nasileniu (niskim, przeciętnym i wysokim) poszczególnych aspektów samoregulacji w trakcie 6 miesięcy leczenia?</p>	<p>Poszczególne aspekty samoregulacji pośredniczą w procesie zmiany poszczególnych aspektów ryzyka i ochron.</p> <p>1. Przeciętny i wysoki poziom „prewencja – standardy” – niewielka poprawa czynników ochronnych. Niski poziom „prewencja-standardy – brak istotnych różnic pomiędzy pomiarami.  2. Jedynie osoby z przeciętnymi wynikami w skali „prewencja” wykazują poprawę wewnętrznych czynników ochronnych.  3. Jedynie u osób z niskim poziomem samoregulacji prewencyjnej w przeciwieństwie do przeciętnego oraz wysokiego poziomu samoregulacji – nie zachodzą istotne statystycznie zmiany w poziomie ochrony wewnętrznej.  4. Niski poziom samoregulacji prewencyjnej - poprawa ogólnego poziomu czynników ochronnych - jest istotnie słabsza niż przy przeciętnym oraz wysokim poziomie samoregulacji prewencyjnej.</p>
<p>15. Jakie są najważniejsze predyktory osobowościowe nasilenia ryzyka przemocy w grupie osób badanych w drugim pomiarze?</p>	<p><b>Ogólne nasilenie ryzyka:</b> 1. Brak premedytacji (brak przezorności) przemocy; 2. Rozhamowanie .  <b>Ryzyko historyczne:</b> 1. Brak premedytacji (przezorności) i 2. Rozhamowanie.</p>

	<p><b>Ryzyko kliniczne:</b> 1. Pozytywna popędliwość.</p> <p><b>Zarządzanie ryzykiem:</b> 1. Brak premedytacji (brak przezorności) i 2. Psychopatia.</p> <p><b>Czynniki ochronne:</b> Ogólny wynik czynników ochronnych, wewnętrzne czynniki ochronne, czynniki ochronne związane z motywacją: 1. Negatywna popędliwość i 2. Bezdusznosc.</p> <p><b>Zewnętrzne czynniki ochronne:</b> 1. Pozytywna popędliwość i 2. Bezdusznosc.</p>
<p><b>16.</b> Jakie są najważniejsze predyktory sumarycznych ocen ryzyka i ochrony spośród poszczególnych czynników ryzyka, czynników ochronnych oraz poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony?</p>	<p><b>1. Priorytet przypadku:</b> - skale R i C - 1. Kontrola zewnętrzna 2. Problemy z sytuacją życiową w przyszłości, 3. Aktualne problemy z objawami innych głębokich zaburzeń psychicznych.</p> <p><b>2. Poważna krzywda fizyczna:</b> - skala R; - 1. Przemoc w wieku dorosłym w przeszłości. 2. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór, 3. Praca, 4. Problemy w relacjach w przeszłości</p> <p><b>3. Przemoc w najbliższym czasie:</b> - skala ochrony wewnętrznej, skala ochrony zewnętrznej, skala R; - 1. Radzenie sobie ze stresem, 2. Aktualne wyobrażenia lub zamiary dotyczące przemocy, 3. Aktualne objawy głębokich zaburzeń psychicznych. 4. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpraca, 5. Problemy w innych bliskich relacjach.</p> <p><b>4. Ogólny wynik ochrony</b> - skala czynników zw. z motywacją, skala „zewnętrzna” (ochrona zewnętrzna), skala „wewnętrzna” (ochrona wewnętrzna), skala R, skala C.</p> <p><b>5. Końcowa ocena ochrony</b> – - skala czynników zw. z motywacją, skala „zewnętrzna” (ochrona zewnętrzna), skala „wewnętrzna” (ochrona wewnętrzna), skala R, skala C. - 1. Farmakoterapia, 2. Motywacja do leczenia (czynnik ochronny), 3. Sieć społeczna, 4. Postawa wobec instytucji, 5. Problemy w</p>



		<p>przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór</p> <p><b>Zintegrowana ocena ryzyka przemocy:</b></p> <p>- skala czynników ochronnych związanych z motywacją, skala „zewnętrzna”, skala C, skala H.</p> <p>- 1.Kontrola zewnętrzna, 2. Aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór, 3. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcja, 4. Motywacja do leczenia, 5. Problemy w przyszłości z sytuacją życiową.</p>
<p><b>17.</b> Czy pacjenci internowani w oddziałach podstawowych różnią się od pacjentów internowanych na oddziałach wzmocnionych w zakresie ogólnego nasilenia ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem, zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze?</p>	<p><b>H9:</b> Pacjentów w oddziałach podstawowych charakteryzuje ogólne niższe nasilenie ryzyka przemocy oraz ogólnie niższe nasilenie ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego zarządzaniem niż u pacjentów z oddziałów wzmocnionych.</p>	<p><b>Hipoteza niemal w całości potwierdzona</b></p> <p>W pierwszym pomiarze stwierdzono istotnie niższe wyniki w nasileniu ryzyka ogólnego i ryzyka historycznego u pacjentów z oddziałów podstawowych. W drugim pomiarze potwierdzono tę zależność oraz dodatkowo stwierdzono u pacjentów z oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia istotnie niższe wyniki w ryzyku klinicznym niż grupie pacjentów z oddziałów wzmocnionych. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w nasileniu ryzyka związanego z zarządzaniem.</p>
<p><b>18.</b> Czy pacjenci internowani w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia różnią się od pacjentów internowanych na oddziałach wzmocnionych w zakresie nasilenia czynników ochronnych?</p>	<p><b>H10:</b> Pacjentów leczonych w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia charakteryzuje wyższe nasilenie czynników ochronnych.</p>	<p><b>Hipoteza w całości potwierdzona</b></p>
<p><b>19.</b> Czy powaga czynu, który stał się podstawą internacji ma związek z ogólnym nasileniem ryzyka przemocy, nasileniem ryzyka historycznego, klinicznego i zarządzania ryzykiem oraz sumarycznymi ocenami ryzyka?</p>	<p><b>H11:</b> Większa powaga czynu ma związek z wyższym ogólnym nasileniem ryzyka przemocy, wyższym nasileniem ryzyka historycznego, klinicznego i zarządzania ryzykiem oraz wyższymi ocenami sumarycznego ryzyka.</p>	<p><b>Hipoteza w części potwierdzona.</b></p> <p>1. Stwierdzono brak zależności pomiędzy powagą czynu a wynikami podstawowych skal HCR-20 (<math>p &gt; 0.05</math>).</p> <p>2. Zanotowano dwie dodatnie, istotne statystycznie zależności pomiędzy powagą czynu a oceną priorytetu przypadku (korelacja słaba) oraz oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej (korelacja silna)</p>

**20:** Czy powaga czynu, który stał się podstawą internacji, ma związek z ogólnym nasileniem czynników ochronnych, jej poszczególnymi aspektami ochrony oraz sumarycznymi ocenami ochrony?

**H12:** Większa powaga czynu ma związek z niższym ogólnym nasileniem czynników ochronnych, poszczególnych aspektów ochrony, niższą oceną sumaryczną ochrony i wyższą oceną sumaryczną „zintegrowanej oceny ryzyka”.

**Hipoteza prawie w całości odrzucona.**

1. Wykazano dodatnią słabą korelację pomiędzy zintegrowaną oceną ryzyka a klasyfikacją powagi czynu.
2. W przypadku pozostałych zmiennych nie zanotowano istotnych zależności ( $p > 0.05$ ).

## ROZDZIAŁ VI. ANALIZA I DyskusJA WynIKÓw

Zgodnie z przyjętym celem nadrzędnym prezentowanych badań, którym była próba określenia korelatów i predyktorów osobowościowych kształtujących ocenę ryzyka przemocy oraz zmiany w niej zachodzące na przestrzeni 6-miesięcznego przymusowego leczenia w ramach internacji psychiatrycznej w oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym i podstawowym stopniu zabezpieczenia, poszukiwano odpowiedzi na kolejne pytania badawcze oraz weryfikowano postawione hipotezy. Dyskusję oparto głównie na wynikach różnych metod statystycznych: analiz korelacji, nieparametrycznych analiz wariancji, ogólnego modelu liniowego (GLM), testów post-hoc oraz analiz regresji krokowej wielokrotnej. Przeprowadzone analizy przedstawiono zgodnie z chronologią postawionych problemów i pytań badawczych.

Pierwszy analizowany obszar (podrozdział 6.1 i podrozdział 6.2) dotyczy powiązań - wybranych na podstawie obszernego przeglądu literatury – konstruktów osobowości (psychopatii, impulsywności i samoregulacji) z oceną czynników ryzyka oraz oceną czynników ochronnych w kontekście ryzyka przemocy (problemy badawcze I i II, pytania badawcze nr 1-8). Następnie (w podrozdziale 6.3) przeprowadzono analizę wyników dotyczących roli wybranych zmiennych osobowościowych w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony (problem badawczy III, pytania badawcze nr 9 – 15). W ramach analizy problemu badawczego IV wyłoniono predyktory osobowościowe wszystkich aspektów ryzyka i ochrony (podrozdziały 6.4). Podrozdział 6.5 (problem badawczy IV, pytanie badawcze nr 16) dotyczy z kolei określenia najważniejszych predyktorów tzw. sumarycznych ocen ryzyka (SRR), takich jak ocena ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, ocena ryzyka przemocy w najbliższym czasie, określenie priorytetu przypadku, końcowa ocena ochrony oraz zintegrowana ocena ryzyka przemocy. Podrozdział 6.6 wyjaśnia relację pomiędzy poziomem zabezpieczenia, w którym przebywa osoba internowana a nasileniem różnych aspektów ryzyka i ochrony (porównania między grupami o różnym stopniu zabezpieczenia pod względem poziomu ryzyka i ochrony, badawczy V, pytanie badawcze nr 17 i 18). W podrozdziale 6.7 opisano relację między powagą czynu - który stał się podstawą umieszczenia osoby badanej na internacji psychiatrycznej - a różnymi aspektami ryzyka i ochrony (problem badawczy VI, pytanie badawcze nr 19 i 20).

Na podstawie przesłanek zaprezentowanych w części teoretycznej oraz wyników badania przedstawiono wnioski końcowe, z uwzględnieniem krytycznej analizy przeprowadzonego projektu badawczego, wskazaniem jego ograniczeń oraz przedstawieniem implikacji praktycznych i propozycją dalszych badań (podrozdziały 6.8 - 6.10).

## **Rozdział 6.1. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym (pierwszy pomiar) nasileniem czynników ryzyka przemocy.**

### **6.1.1. Relacje między psychopatią a wyjściowym nasileniem czynników ryzyka przemocy.**

Otrzymane wyniki prawie w całości potwierdziły hipotezę H1. Wykazano, że w badanej grupie - im wyższe jest rozhamowanie oraz ogólny poziom psychopatii, tym wyżej kształtuje się poziom ogólnego ryzyka, poziom ryzyka historycznego oraz poziom ryzyka związanego z zarządzaniem. Ponadto, im wyższy jest poziom manipulacji interpersonalnej, tym wyższy jest poziom ryzyka klinicznego. Odnotowano związek o tym samym kierunku pomiędzy rozhamowaniem a poszczególnymi historycznymi czynnikami ryzyka: innymi zachowaniami antyspołecznymi oraz używaniem substancji psychoaktywnych w przeszłości.

Co ciekawe, składową psychopatii wykazującą najsilniejsze korelacje z nasileniem ryzyka przemocy ryzyka jest rozhamowanie. Konceptualizacja rozhamowania w triarchicznej koncepcji psychopatii Patricka i wsp. (2009), wskazuje na jego stricte behawioralny charakter. Odpowiada ono behawioralnemu subczynnikowi w koncepcji Roberta Hare, odwołującego się do impulsywnego, nieodpowiedzialnego stylu życia, który cechuje się przewlekłym brakiem stabilizacji (Hall i in., 2014). Pilch i in. (2015) akcentują behawioralne przejawy rozhamowania związane z impulsywnością, deficytami w zakresie samokontroli (przede wszystkim negatywnych emocji), deficytami w zakresie przewidywania konsekwencji swoich działań i w zakresie odraczania gratyfikacji. Szerokie spektrum problemów ujawnianych w zachowaniu osób rozhamowanych odzwierciedlają pojęcia: „eksternalizacja psychopatologii”, „psychopatologia rozhamowania” „podatność eksternalizacyjna” (Driscoll i in., 2014b; Krueger, Markon, Patrick, Benning i Kramer, 2007).

Dodatkowe analizy korelacji pomiędzy rozhamowaniem a poszczególnymi czynnikami ryzyka potwierdzają koncepcję „eksternalizacji psychopatologii”. Wyniki wskazują, że najsilniejsze związki rozhamowanie wykazuje z problemami z używaniem substancji psychoaktywnych w przeszłości (czynnikiem ryzyka H5 w HCR-20) i przeszłymi problemami z innymi zachowaniami antyspołecznymi, (czynnikiem ryzyka H2 w HCR-20). Rozhamowanie jest konstruktem dość powszechnie stosowanym, zarówno w wyjaśnianiu mechanizmów powstawania uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych, jak i bezpośrednich konsekwencji długotrwałego ich stosowania (Jones i in., 2013; Prisciandaro, 2012). Podobnie, rozhamowanie (najczęściej w konstelacji z innymi cechami osobowości takimi jak np.

antagonizm) ma istotne znaczenie w kontekście ujawniania zachowań antyspołecznych (por. Jones, Miller i Lynam, 2011; Vize, Collison, Miller i Lynam, 2019).

Podsumowując wyniki dla hipotezy H1, można odnieść się do toczącej się od wielu lat dyskusji dotyczącej tego, co jest centralnym konstruktem psychopatii (por. Skeem i Cooke 2010a, 2010b; Poythress i Petrilla, 2010). Wyniki badania mogą wpisywać się założenia części badaczy, że behawioralne aspekty związane z szeroką rozumianą antyspołecznością mogą mieć kluczowe znaczenie w diagnozie osób psychopatycznych, zwłaszcza w populacjach sądowo-penitencjarnych (por. Hare i Neumann, 2008; Hare i Neumann, 2010). Należy jednak wskazać, że aktualnie dominuje tendencja postrzegania behawioralnych przejawów psychopatii (zachowań problematycznych, antyspołecznych) jako konsekwencji funkcjonowania afektywno-interpersonalnego (por. Hare i Neumann, 2010; Skeem i Cooke, 2010; Boduszek i in., 2018; Verschuere i in., 2017). Należy podkreślić również, że sama konstrukcja HCR-20, odwołuje się w przeważającym stopniu do zewnętrznych desygnatów problemów behawioralnych i może nadmiernie skupiać się na identyfikacji osób wykazujących problemy behawioralne (w tym zachowania antyspołeczne). Czynniki afektywne, takie jak bezduszość, brak wrażliwości afektywnej, czy też egocentryczność mogą nie być tak łatwo obserwowalne, w związku z tym mogą wykazywać słabe powiązanie z jawnymi problemami behawioralnymi w tej konkretnej populacji.

Warto zwrócić uwagę, że wyniki badań wskazały na słabą, ale istotną zależność pomiędzy manipulacją interpersonalną a nasileniem ryzyka klinicznego w HCR-20<sup>V3</sup>. Nasilenie skłonności do manipulacji interpersonalnej odnosi się do afektywno-interpersonalnego stylu funkcjonowania wyrażającego się w powierzchownym uroku, wielkościowej prezentacji czy też używaniu podstępów w komunikacji z innymi (Boduszek i in., 2022). Ryzyko kliniczne w HCR-20<sup>V3</sup> odwołuje się z kolei do aktualnego (z uwzględnieniem ostatnich sześciu miesięcy) funkcjonowania badanego. Manipulacja interpersonalna stosowana przez pacjenta może skutkować „surowszą” oceną jego problemów w skali klinicznej. Manipulacja może ujawniać się, na poziomie stricte relacyjnym i stanowić formę pośredniej ukrytej agresji (Yoon i Somers, 2003). Może to potwierdzać zaobserwowana zależność pomiędzy reaktywną agresją a manipulacją interpersonalną (Dębowska, Mattison i Boduszek, 2015). Problemy wynikające z ujawnianej wobec personelu i innych pacjentów manipulacji interpersonalnej uwzględnia się w ocenie ryzyka klinicznego. Jej jawne formy (np. konflikty z innymi pacjentami, pozorowanie aktywnego udziału w terapii, dążenie do skonfliktowania personelu) mogą eskalować w dalszych etapach leczenia.

**Wniosek 1: Wyższy poziom psychopatii wiąże się z wyższym wyjściowym poziomem ryzyka przemocy (słaba zależność). Najsilniej powiązanymi z ryzykiem przemocy składowymi psychopatii są: rozhamowanie i manipulacja interpersonalna.**

Porównania międzygrupowe, pomiędzy trzema grupami o różnym nasileniu psychopatii (Hipoteza H1a) nie potwierdziły założonej zależności wskazującej, że pomiędzy poszczególnymi grupami pacjentów (nisko, przeciętnie i wysoce psychopatycznych) istnieją różnice w nasileniu ryzyka przemocy. Analiza różnic między grupami o różnym nasileniu psychopatii w kontekście poszczególnych czynników ryzyka wykazała, że grupa pacjentów wysoce psychopatycznych w porównaniu z przeciętnie i nisko psychopatycznymi wykazuje największe nasilenie przewidywanych problemów z odpowiedzią na leczenie i nadzór w przyszłości (czynnik R4). Koresponduje to z licznymi doniesieniami, wskazującymi na związek psychopatii z problemami dotyczącymi leczenia i nadzoru (patrz: rozdział 3.1.5).

Diagnozie psychopatii z użyciem metod samoopisowych towarzyszyła pełna świadomość autora odnośnie do ich wad i ograniczeń (por. Porter i Woodworth 2006; Ray i in., 2013; Kelsey i in., 2015; Achenbach 2006; Hare, 2020). Obok powszechnie wyrażanego wobec nich sceptycyzmu, literatura oferuje także dowody ich rzetelności w warunkach, które pacjent spostrzega jako bezpieczne (umorzenie sprawy karnej, określona sytuacja procesowa, pobyt na internacji; por. Kelsey i in., 2015; Miller i in., 2011; Kelley i in., 2018). Odrzucenie metod klinicznych opartych na wywiadzie i analizie dokumentacji (CAPP, PCL-R) wynikało z próby opracowania modelu diagnostycznego charakteryzującego się ekonomią stosowania, racjonalnego dla praktyki klinicznej, pod względem czasochłonności i użycia zasobów ludzkich.

**Wniosek 2: Porównania międzygrupowe pacjentów o różnym nasileniu cech psychopatycznych (wysokim, przeciętnym, niskim) nie wykazały istotnych różnic pod względem wyjściowego ryzyka przemocy. Odnotowano natomiast, że pacjenci wysoce psychopatyczni w porównaniu z przeciętnie i nisko psychopatycznymi wykazują największe nasilenie zachowań antyspołecznych w przeszłości.**

**6.1.2. Relacje między samoregulacją a wyjściowym nasileniem czynników ryzyka przemocy.**

Uzyskane wyniki potwierdziły ujemną zależność pomiędzy ogólnym nasileniem czynników ryzyka a samoregulacją prewencyjną (Hipoteza H1). Zależność ta była jednak bardzo słaba. Oznacza to, że nastawienie prewencyjne procesów samoregulacji może sprzyjać

niższemu nasileniu poziomu ryzyka przemocy. Słabej siły zależności można doszukiwać się w bardziej złożonych mechanizmach leżących u podstawy prewencyjnego nastawienia samoregulacyjnego. Zgodnie z koncepcją Higginsa (1997, 2012) spodziewano się wprawdzie, że pacjenci nastawieni prewencyjnie, których ukierunkowanie w działaniu wiąże się ostrożnością, czujnością, zachowawczością w działaniu i tendencją do unikania kary, będą wykazywać niższe nasilenie zachowań ryzykownych. Ta tendencja będzie zaś sprzyjała mniejszemu nasileniu problemów w obszarach funkcjonowania, które rozważa się w trakcie przeprowadzania oceny ryzyka przemocy. Co za tym idzie ich ogólny poziom ryzyka będzie niższy od pacjentów o słabszym nasileniu samoregulacji prewencyjnej. Słaby związek może sugerować, że w ukierunkowanie prewencyjne uruchamia różnorodne mechanizmy, które mogą zarówno kształtować poziom ryzyka, jak i poziom ochrony w kontekście przemocy. Keller i in. (2008) wykazali powiązanie nastawienia prewencyjnego z wyższymi wskaźnikami cynicznej wrogości i agresywności. Agresja jest zaś reakcją osób nastawionych prewencyjnie na naruszenie zasad wzajemności. Wyniki badania Kellera i in. (2015) potwierdziły złożony mechanizm nastawienia prewencyjnego, które kształtuje brak ufności w relacjach społecznych. Akbaş Uslu (2016) wskazuje z kolei, że prewencyjne nastawienie jest powiązane z postawą usprawiedliwiania i popierania tzw. przemocy „honorowej”. Postawa akceptacji przemocy tj. zbiór przekonań, według których przemoc można stosować w uzasadnionych przypadkach i/lub wobec określonych osób – jest jednym z kluczowych historycznych czynników ryzyka przemocy w narzędziu HCR-20<sup>V3</sup> (czynnik H9 - postawa akceptacji wobec przemocy w przeszłości). Można przypuszczać, że związek nastawienia prewencyjnego z nasileniem ryzyka jest wieloaspektowy. Z jednej strony - czujne, ostrożne i analityczne nastawienie w relacjach może być powiązane z redukcją ryzyka nawiązywania destabilizujących, szkodliwych i zwiększających ryzyko przemocy – relacji. Z drugiej strony – nieufne i defensywne nastawienie może być związane z pogorszeniem relacji z innymi ludźmi np. konfliktami i tym samym może być powiązane z większym nasileniem ryzyka przemocy.

**Wniosek 3: Relacja między nasileniem samoregulacji prewencyjnej a ryzykiem przemocy jest słaba i ujemna. Wysokie nasilenie nastawienia prewencyjnego jest związane z mniejszym nasileniem ryzyka przemocy.**

W odniesieniu do hipotezy H3, uzyskano wyniki odwrotne do zakładanej relacji pomiędzy samoregulacją promocyjną a ryzykiem przemocy. Wyniki wskazują na to, że im większe jest nasilenie samoregulacji promocyjnej, tym niższy jest obserwowany poziom ryzyka

przemocy. Stwierdzona zależność jest słaba. Wykazany kierunek zależności może wskazywać, że podobnie jak w przypadku samoregulacji prewencyjnej mamy do czynienia z konstruktem wieloaspektowym, złożonym z różnych mechanizmów o przeciwstawnym działaniu w kontekście ryzyka przemocy. Można m.in. przypuszczać, że związana z nastawieniem promocyjnym skłonność do podejmowania ryzyka, zorientowanie na cel i osiągnięcie przyjemności, bardziej „powierzchnowy” i holistyczny tryb przetwarzania informacji, mogą być kompensowane na skutek zwiększonej proaktywności w zakresie doboru i osiągania pozytywnych celów, większej otwartości i co za tym idzie większego doświadczenia w relacjach intymnych i innych relacjach bliskich. Nastawienie promocyjne może ponadto stymulować aktywność w rozwoju swojej sytuacji zawodowej, kształtowaniu różnych sposobów radzenia sobie ze stresem i wiązać się z większą świadomością swoich potrzeb, z uwzględnieniem wzrostu osobistego. Jak wskazują Zhang i Chan (2013) nastawienie promocyjne może wiązać się z większą elastycznością poznawczą i gotowością do zmiany w trakcie osiągania pożądaných celów. W kontekście procesu leczenia, zdrowienia i redukcji ryzyka, istotnym aspektem nastawienia promocyjnego może okazać się ogólnie lepsze subiektywne poczucie dobrostanu (Manczak i in., 2014; Cheung i in., 2014).

### **6.1.3. Relacje między impulsywnością a wyjściowym nasileniem czynników ryzyka przemocy.**

Uzyskane wyniki wskazują, że poszczególne wymiary impulsywności są powiązane najsilniej spośród badanych charakterystyk osobowości z nasileniem ryzyka przemocy. Najsilniej powiązaną z ryzykiem składową impulsywności jest negatywna popędliwość. Wykazano istotne statystycznie, pozytywne związki impulsywności z ogólnym nasileniem ryzyka, ryzykiem historycznym i ryzykiem klinicznym (Hipoteza H4). Impulsywność – podobnie do rozhamowania (konstruktu psychopatii) - jest także swoistą cechą osobowości skupiającą w sobie różnorodne formy psychopatologii. Można zatem oczekiwać jej powiązań z licznymi czynnikami ryzyka przemocy, zwłaszcza czynnikami historycznymi i klinicznymi. Solidnym potwierdzeniem dla tego przypuszczenia może być metaanaliza przeprowadzona przez Berga i in. (2015), której wyniki wskazały, że negatywna popędliwość jest w większym stopniu powiązana z problemami z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, objawami depresyjnymi, tendencjami samobójczymi, agresją, lękiem, zaburzeniem osobowości typu borderline i zaburzeniami odżywiania w porównaniu z innymi aspektami impulsywności.



Uzyskane wyniki świadczą o istotnym statystycznie, dodatnim związku negatywnej popędliwości z nasileniem ryzyka klinicznego. Negatywna popędliwość odzwierciedla tendencję do działania nagłego pod wpływem negatywnych emocji (np. smutku, lęku, gniewu). Należy wskazać, że pacjenci, którzy przebywają na internacji sądowo-psychiatrycznej, w zamkniętym oddziale psychiatrii sądowej, są często faktycznie po raz pierwszy hospitalizowani psychiatrycznie. Internacja sądowa jest ponadto bezterminowa (jej wymiar czasowy nie jest określony) i wiąże się z istotnymi ograniczeniami różnego rodzaju swobód, co może skutkować łatwym ujawnianiem negatywnych emocji. Pacjenci ci często dokonali ciężkiego aktu przemocy, nierzadko przeciwko bliskiej osobie z rodziny. Co za tym idzie, są często pozbawieni sieci wsparcia. Nasiloną skłonność do zachowań nagłych i nieprzemyślanych w kontekście negatywnych emocji może wiązać się z wysokim poziomem ryzyka klinicznego np. może wyrażać się w poziomie niestabilności (czynnik C4 HCR-20) lub aktualnych problemów ze współpracą (czynnik C5 HCR-20). Bousardt i in. (2016) wykazali, że negatywna popędliwość w połączeniu z zaburzeniem osobowości jest predyktorem długości trwania agresji fizycznej, obserwowanej przez personel pielęgniarski w oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Negatywna popędliwość pozwala przewidzieć przemoc w ciągu pierwszych 12 tygodni od przyjęcia do oddziału. Cytowani autorzy wskazywali, że związana z negatywną popędliwością niezdolność pacjenta do radzenia sobie z odrzuceniem, rozczarowaniem lub innymi niepożądanymi uczuciami, wiąże się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia przemocy podczas pobytu w szpitalu. Bousardt i in. (2016) sugerują, że negatywna popędliwość i związane z nią deficyty przystosowania mogą być celem oddziaływania terapeutycznego, a samoopisowy pomiar negatywnej popędliwości może służyć jako przydatne uzupełnienie oceny ryzyka przemocy i jako wskaźnik zmiany w ryzyku przemocy.

Wyniki analiz autorów pracy wykazały ponadto, że spośród czynników klinicznych - aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór (czynnik C5 HCR-20) wiążą się najsilniej z negatywną popędliwością.

Drugą w kolejności pod względem siły związku z ryzykiem przemocy składową impulsywności jest brak premedytacji (przezorności). Jest to aspekt istotnie i dodatnio powiązany z agresją (Derefinko i in., 2011; Leone i in., 2016; Bresin, 2019). W publikacjach podkreśla się prawdopodobny mechanizm działania tej cechy jako czynnika rozhamowującego nieprzemyślane działania, bez rozważenia długoterminowych konsekwencji. W tym kontekście zrozumiałą jest związek negatywnej prognozy klinicysty dotyczącej funkcjonowania w przyszłości pacjenta, który wykazuje osobowościową predyspozycję do nieprzemyślanych

działań oraz tendencję do bagatelizowania konsekwencji swoich działań. Zermatten i in. (2005) wskazują, że jest to aspekt impulsywności najsilniej powiązany z procesem podejmowania decyzji. W literaturze opisano także związki pomiędzy brakiem premedytacji (przezorności) a tendencją do uzależnień (por. López-Torres, León-Quismondo, Ibáñez, 2021; Tran, Teese i Gill, 2018; Coskunpinar, Dir i Cyders, 2013). Może to po części tłumaczyć związek braku premedytacji (przezorności) z wyższym nasileniem przewidywanych problemów związanych z zarządzaniem ryzykiem. Należy bowiem wskazać, że wśród osób badanych – internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej - problem z używaniem substancji psychoaktywnych jest powszechny. Dostrzeżoną przez autora pracy specyfikę powiązań między negatywną popędliwością, brakiem premedytacji - przezorności, pozytywną popędliwością a nasileniem ryzyka potwierdza metaanaliza Bresina (2019).

**Wniosek 4: Impulsywność jest istotnym korelatem osobowościowym ryzyka przemocy, a pomiar jej poszczególnych wymiarów: negatywnej popędliwości, pozytywnej popędliwości i braku premedytacji (przezorności) może być przydatny jako uzupełnienie oceny ryzyka przemocy.**

## **6.2. Relacje między zmiennymi osobowościowymi (psychopatia, impulsywność, samoregulacja) a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.**

### **6.2.1. Relacja między psychopatią a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.**

Uzyskane wyniki potwierdziły założoną hipotezę H5 i wskazują na słabą, istotną statystycznie zależność - im wyższy jest poziom psychopatii, tym niższy jest ogólny poziom ochrony przed przemocą w grupie osób badanych. Najsilniej powiązanymi z nasileniem ochrony składowymi psychopatii okazały się rozhamowanie i bezduszość. Uzyskane wyniki korespondują z wynikami badania Olvera i Riemera (2021), którzy potwierdzają konwencjonalną wiedzę o niskim nasileniu czynników ochronnych w grupie osób, charakteryzujących się wysokim nasileniem psychopatii. Spośród wymiarów psychopatii w ujęciu triarchicznym, najsilniej z poziomem ochrony powiązane jest rozhamowanie. Podobnej obserwacji dokonano analizując związki psychopatii z poziomem ryzyka przemocy w badanej grupie. Może to sugerować, że pewnym zakresie czynniki ryzyka i czynniki ryzyka są przeciwnymi biegunami tego samego kontinuum. Jest to zgodne z zarysem koncepcyjnym leżącym u podłoża SAPROF. Autorzy skali wskazali, które z czynników oddziałują na tym

samym kontinuum, co odpowiadające im czynniki ryzyka, a które z nich działają niezależnie (de Vogel i in., 2012).

Drugi po względem siły związek z poziomem ochrony spośród wymiarów psychopatii wykazała bezduszość. Był to związek słaby. Bezduszość stanowi fenotypową manifestację braku empatii, nieczułości, skłonności do wykorzystywania innych, do okrucieństwa i poszukiwania wrażeń. Jest to zatem konstrukt, który łączy w sobie zarówno behawioralne, jak i interpersonalno-afektywne przejawy psychopatii. Jest to wymiar ugruntowany w różnych koncepcjach psychopatii, uwzględniany w szeregu narzędzi służących do pomiaru cech psychopatycznych, takich jak PCL-R (Hare, 2003), SRP-III-R (Paulus i in., 2015), PCL:YV, APSD (Frick i Hare, 2001), czy PPI-R (Lilienfeld i Windows, 2005; ujmowany jako „Coldheartedness”). Słaba siła stwierdzonej zależności może częściowo wynikać z niepełnej bazy wiedzy na temat faktów będących podstawą kodowania czynników ochronnych. Ocena czynników ochronnych, takich jak: empatia, radzenie sobie ze stresem, samokontrola, czy też motywacja do leczenia może - w trakcie pierwszego kodowania narzędzia (w ciągu 1 miesiąca od przyjęcia do oddziału) - pozostawać częściowo niewiarygodna. Wynika to przede wszystkim ze zdolności osób psychopatycznych do krótkoterminowego zarządzania swoim wizerunkiem, pozorowania współpracy, czy też wielkościowej prezentacji polegającej np. pomaganiu gorzej funkcjonującym pacjentom. Po drugie, kodowanie czynników ochronnych bezpośrednio związanych z jakością relacji intymnych, rodzinnych, przyjacielskich, pracowniczych, może również – na początkowym etapie leczenia – opierać się na nadmiernie korzystnej autoprezentacji pacjenta. Weryfikacja tych źródeł wsparcia zewnętrznego następuje często w dalszych etapach leczenia, w związku z czym – dopiero wtedy te oceny będą w większej mierze zobiektywizowane. Dodatkowa weryfikacja siły zależności psychopatia - ochrona poprzez porównanie trzech grup o różnym (wysoki, przeciętny, niski) nasileniu psychopatii pod względem nasilenia czynników ochronnych nie wykazała istotnych różnic między grupami.

**Wniosek 5: Psychopatia, a szczególnie jej komponenty: rozhamowanie i bezduszość, są negatywnie i słabo powiązane z poziomem czynników ochronnych.**

#### **6.2.2. Relacje między samoregulacją a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.**

Zaobserwowano, odwrotną do zakładanej, słabą i dodatnią zależność pomiędzy nasileniem samoregulacji promocyjnej a poziomem czynników ochronnych (Hipoteza H6). Im większe jest nastawienie promocyjne, tym wyższy jest poziom ochrony przed przemocą.

Wyjaśnieniem dla stwierdzonej zależności może być złożony charakter konstruktów samoregulacji promocyjnej. Nastawienie promocyjne może oddziaływać w pozytywny sposób w różnych domenach czynników ochronnych, wymagających dążenia do pożądanego wyniku, „strategii gorliwości”, przetwarzania poznawczego nastawionego na pozytywne punkty odniesienia, dążenia do rozwoju. Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnego powiązania samoregulacji prewencyjnej z czynnikami ochronnymi (Hipoteza H7).

W kontekście uzyskanych wyników można rozważyć ograniczenia metod kwestionariuszowych w pomiarze tak dynamicznych i intuicyjnych procesów jak samoregulacja. Pod znakiem zapytania należy postawić zdolności metapoznawcze do kontrolowanej introspekcji dotyczącej własnych operacji umysłowych u specyficznej grupy osób badanych, obciążonych często wieloma uwarunkowaniami psychopatologicznymi (por. Kolańczyk, Bąk i Roczniowska 2015). W publikacjach zwraca się uwagę na brak ugruntowanych empirycznie narzędzi do pomiaru różnych komponentów samoregulacji, istotne problemy z konceptualizacją i operacjonalizacją tego konstruktów i konieczność stosowania wielu metod, w zależności od kontekstu, w celu ominięcia ograniczeń i wzmocnienia zalet poszczególnych narzędzi (Nachon, Soledada i Javier, 2020; Billen, 2022).

**Wniosek 6: Samoregulacja promocyjna jest słabo i dodatnio powiązana z nasileniem czynników ochronnych.**

**Wniosek 7: Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy samoregulacją prewencyjną a nasileniem czynników ochronnych.**

### **6.2.3. Relacje między impulsywnością a wyjściowym nasileniem czynników ochronnych.**

Potwierdziła się zakładana zależność: im wyższy poziom impulsywności, tym niższe wyjściowe nasilenie czynników ochronnych. Najsilniej powiązaniem z wyjściowym poziomem ochrony aspektem impulsywności okazała się negatywna popędliwość. Dostrzeżono związek ogólnego poziomu impulsywności ze wszystkimi aspektami ochrony, przy czym najsilniejsze powiązania dotyczyły czynników ochronnych związanych z motywacją, ogólnego poziomu ochrony oraz wewnętrznych czynników ochronnych. Najslabiej powiązaniem z ogólnym poziomem impulsywności aspektem ochrony okazała się ochrona zewnętrzna. Najsilniejszy, na tle innych powiązań, związek impulsywności z nasileniem ochrony związanej z motywacją może wynikać z tego, że jest to aspekt ochrony powiązany systematycznym, długofalowym i

ukierunkowanym oddziaływaniem osoby w takich domenach jak zatrudnienie, gospodarowanie pieniędzmi, zajęcia w czasie wolnym, formułowanie celów życiowych, postawa wobec instytucji i farmakoterapia. Można zatem przypuszczać, że wysokie nasilenie impulsywności może być związane z upośledzeniem procesów motywacyjno-wolicjonalnych, od sprawności których zależy jakość wymienionych obszarów ochronnych (por. Wypych, Matuszewski i Dragan, 2018). Należy wskazać, że aspekt ochrony wewnętrznej jest w dużej mierze statyczny, w związku z czym jest w większym stopniu niż - ochrona związana z motywacją – niezależna od cech osobowości pacjenta i wynikających z nich stylu funkcjonowania. Najślabszy związek impulsywności z obszarami ochrony zewnętrznej może wynikać z tego, że deficyty w tym zakresie często w mniejszym stopniu zależą od predyspozycji osobowościowych badanego. Jedynym aspektem impulsywności, który słabo jest powiązany z ochroną zewnętrzną jest premedytacja/brak premedytacji (brak przezorności).

Kolejnym aspektem impulsywności, który jest powiązany negatywnie z aspektami ochrony wewnętrznej, motywacyjnej i ogólnym poziomem ochrony jest pozytywna popędliwość. Nie tylko działanie nagłe na bazie negatywnego afektu wiąże się z deficytami w czynnikach ochronnych, ale również tendencja do nagłego działania pod wpływem pozytywnego afektu. Jest to kolejna transdiagnostyczna składowa impulsywności, która jest powiązana z różnorodnymi formami psychopatologii. Część badaczy (por. Billieux i in., 2021; Berg i in., 2015) proponuje, żeby popędliwość pozytywną i popędliwość negatywną rozpatrywać w ramach nadrzędnego konstruktów popędliwości, którego definicja odnosi się do „tendencji do pochopnego działania pod wpływem intensywnych emocji” (Billieux i in., 2021, str. 1259). Negatywnego związku szeregu aspektów ochrony z zarówno negatywną popędliwością, jak i pozytywną popędliwością można rozpatrywać w świetle opisanej powyżej propozycji rekonceptualizacji popędliwości. Można przypuszczać, że oba tryby popędliwości pomimo innego afektu leżącego u ich podłoża, są związane generalnie z negatywnymi konsekwencjami i pogorszeniem czynników ochronnych. Tendencja do pochopnego działania pod wpływem pozytywnych emocji może być związana negatywnie z szeregiem poszczególnych czynników ochronnych.

Podobne, słabe związki ze wszystkimi aspektami ochrony odnotowuje się w przypadku braku premedytacji (przezorności). Ta osobowościowa predyspozycja do nieprzemysłanych działań, bagatelizowania ich długoterminowych konsekwencji – nie tylko – jak wskazują wyniki badania – jest powiązana z większym nasileniem czynników ryzyka, ale również jest powiązana z deficytami w zakresie czynników ochronnych. Jak wskazują Birkley i Smith (2011) – brak premedytacji (roztropności) jest jednym z aspektów opisujących niski poziom

sumienności. W obrazie funkcjonowania osoby o niskim poziomie sumienności można zaobserwować m.in. brak dbałości, brak zorganizowania, lenistwo, porzucanie aktywności, brak celów, czy brak punktualności (McCrae i Costa, 2003). Szereg czynników ochronnych ma zdecydowanie dynamiczny charakter (de Vogel i in., 2012). Zmiany w ich zakresie zależą w dużej mierze od motywacji pacjenta i jego długoterminowej, sumiennej aktywności. Wymagają one planowania, przezorności, uruchomienia procesów wnioskowania, dzięki którym pacjent jest w stanie powstrzymać się od niekorzystnych działań.

**Wniosek 8: Impulsywność jest istotnie i negatywnie związana z nasileniem czynników ochronnych. Najsilniej powiązaniem z czynnikami ochronnymi aspektem impulsywności jest negatywna popędliwość. W mniejszym stopniu, nasilenie czynników ochronnych jest powiązane negatywnie z pozytywną popędliwością i brakiem premedytacji.**

### **6.3. Rola zmiennych osobowościowych w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony.**

Trzeci problem badawczy przeanalizowano na dwa sposoby. W pierwszej kolejności poszukiwano - z użyciem analiz GLM - moderatorów zmiany nasilenia czynników ryzyka oraz ochrony w czasie sześciomiesięcznej internacji. Przeprowadzono także analizy regresyjne, których celem było wskazanie predyktorów najlepiej wyjaśniających poziom ryzyka i ochrony w drugim pomiarze.

#### **6.3.1. Psychopatia w procesie zmiany nasilenia ryzyka.**

Nie zanotowano, aby którakolwiek ze zmiennych osobowościowych (w tym psychopatia) miała istotny statystycznie wpływ na zmianę ogólnego wyniku ochrony, ale poszczególne zmienne osobowościowe w różny sposób pośredniczyły w zmianie różnych aspektów ryzyka i ochrony. Odnotowano, że proces zmiany w zakresie problemów w zarządzaniu ryzykiem moderuje nasilenie zuchwałości. Mianowicie, w grupie osób z wysokim poziomem zuchwałości dochodzi do wzrostu nasilenia problemów z zarządzaniem ryzykiem przemocy na przestrzeni 6 miesięcy. Wyjaśnienia dla zaobserwowanej zależności dostarcza już sama definicja zuchwałości. Wiąże się ona z manifestacją pewności siebie i perswazyjności, uroku osobistego, wielkościowego poczucia własnej wartości (Patrick i in., 2009). Jest to zatem cecha osobowości, która stanowi dość łatwy do wychwycenia znak rozpoznawczy zaburzeń ze spektrum psychopatii i narcyzmu. Pilch i in. (2015) potwierdzają ścisłe powiązania zuchwałości z narcyzmem. Łatwość nawiązywania kontaktów, ekstrawertyczność, wielkościowe nastawienie, urok osobisty, czy też śmiałość interpersonalna to cechy, które w początkowym

etapie leczenia mogą dawać obraz dobrego przystosowania w porównaniu z pacjentami obciążonymi zaburzeniami ze spektrum schizofrenii. Doprowadza to w początkowym etapie kontaktu z pacjentem do złudzenia, że radzi sobie lepiej niż inni, co pozwala ocenić jego przyszłe problemy jako mniejsze niż w rzeczywistości. Koresponduje to z wynikiem badania Dargisa, Patricka i Blonigena (2022), przeprowadzonego w grupie weteranów wojennych uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Wyniki tego badania wskazują na to, że zuchwałość była powiązana z mniejszą ilością objawów psychiatrycznych (mniejszym cierpieniem, lepszym przystosowaniem) na początku leczenia, ale w dalszym etapie leczenia była powiązana z większą tendencją do łamania zasad i wzniesienia konfliktów z innymi uczestnikami leczenia. Z kolei Sokic i Horvat (2019) wskazują, że zuchwałość zawiera w sobie aspekty adaptacyjne. Wysokie nasilenie zuchwałości – ze względu na dość czytelne dla obserwatora – formy ekspresji – może być zatem swoistym „znakiem rozpoznawczym” ułatwiającym klinicyście identyfikację pacjentów wykazujących psychopatyczne zaburzenia osobowości.

Można zatem postawić pytanie, czy u pacjentów odbywających internację sądowo-psychiatryczną zuchwałość ma charakter adaptacyjny (np. opóźnia konsekwencje ze strony systemu sprawiedliwości), czy też pobyt na internacji jest dowodem na to, że zuchwałość w konstelacji z innymi cechami osobowości w tej grupie badanych nie przekłada się na sukces i efektywność w działaniu. Warto zwrócić uwagę na to, że po 6 miesiącach klinicysta ma dużo więcej danych, pochodzących z różnych źródeł, pozwalających bardziej adekwatnie ocenić przyszłe problemy pacjenta w zarządzaniu ryzykiem przemocy. Koresponduje to z obserwacjami klinicznymi – w oddziałach sądowych zwraca uwagę rosnąca grupa pacjentów, którzy nie wykazują objawów rezydualnej choroby psychicznej, ale prezentują głębokie zaburzenia osobowości (głównie ze spektrum psychopatii i narcyzmu) i najczęściej wykazują uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Ta grupa pacjentów internowanych na samym początku leczenia dość dobrze funkcjonuje, wydaje się przystosowana do warunków oddziału i dość szybko odczytuje zasady, które obowiązują w trakcie wydawania opinii okresowych. Jak wskazuje Przybysz (2011) – z czasem okazuje się, że jest to grupa pacjentów, która może zdeorganizować funkcjonowanie oddziału i mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie innych pacjentów.

**Wniosek 9: Jedynym aspektem psychopatii, który pośredniczy w zmianie ryzyka przemocy (związanego z zarządzaniem) na przestrzeni 6 miesięcy leczenia jest**

**zuchwałość. W tym okresie pogarsza się prognoza co do spodziewanych problemów z zarządzaniem ryzykiem przemocy u osób z wysokim nasileniem zuchwałości.**

### **6.3.2. Impulsywność w procesie zmiany ryzyka.**

Nie odnotowano, aby ogólne nasilenie impulsywności miało istotny statystycznie wpływ na zmianę ogólnego poziomu ryzyka. Odnotowano natomiast, że jedna ze składowych impulsywności tj. negatywna popędliwość moderuje zmianę ryzyka historycznego na przestrzeni 6 miesięcy leczenia. Jest to dość zaskakująca obserwacja. Zgodnie bowiem z wytycznymi autorów, niemal wszystkie zmiany na przestrzeni 6 miesięcy powinny odzwierciedlać się w nasileniu ryzyka klinicznego (które dotyczy sytuacji pacjenta w ciągu ostatnich 6 miesięcy). Może się jednak zdarzyć, że dojdzie do zmiany także w nasileniu ryzyka w skali historycznej (Douglas i in., 2013; Douglas i in., 2014).

Najczęściej zmian w ocenie ryzyka w skali historycznej na przestrzeni czasu dochodzi na skutek:

- a) zmian losowych tj. utraty partnera życiowego na skutek rozwodu lub śmierci, utraty pracy itp.
- b) popełnienia kolejnego czynu zabronionego lub dokonania zagrożonego konsekwencjami prawnymi aktu przemocy,
- c) bazowania przez oceniającego na niepełnej dokumentacji w konsekwencji nieprzesłania jej części do oddziału psychiatrii sądowej z poprzedniej jednostki,
- d) braku istotnych informacji istotnych dla przeprowadzenia rzetelnej oceny czynników ryzyka i czynników ochronnych w dostępnej dokumentacji, w tym w zawartych w niej opiniach sądowo-psychiatrycznych i sądowo-psychologicznych,
- e) prezentowania przez pacjenta postawy obronnej i/lub utrudniania zebrania istotnych informacji,
- f) udzielania przez pacjenta informacji niewiarygodnych na temat swojej przeszłości, korzystnych dla jego wizerunku, a następnie – weryfikacji tych informacji w trakcie 6 miesięcy leczenia,
- g) niekonsekwentnej postawy pacjentów, którzy wraz z upływem czasu nieświadomie udzielają bardziej wiarygodnych informacji, często różnym osobom z personelu.
- h) stopniowego nabierania większego zaufania przez pacjentów na przestrzeni leczenia i zmniejszania się napięcia w relacjach z personelem i co za tym idzie – udzielania bardziej szczerych odpowiedzi.



Typowym problemem obserwowanym podczas pierwszej oceny ryzyka w obszarze historycznym jest trudność w adekwatnym oszacowaniu nasilenia psychopatologii osobowości wyłącznie w oparciu o kilkugodzinny wywiad i dane z dokumentacji (szczególnie jeśli jest niepełna) Na przestrzeni 6 miesięcy leczenia klinicysta jest w stanie zebrać dużo więcej danych obserwacyjnych, aby upewnić się co do poprawności diagnozy. Może to generować zmiany w ocenie tego historycznego czynnika ryzyka. Potencjał zmiany w skali historycznej, w przypadku braku właściwej dokumentacji połączonej z nieujawnianiem istotnych informacji przez pacjenta, może wynikać z tego, że osoby z wysokim nasileniem negatywnej popędliwości mogą wykazywać szereg problemów psychopatologicznych (por. Berg i in., 2015).

Analizując kwestię ewentualnej postawy obronnej pacjenta i wynikającej z niej tendencji do udzielania informacji niepełnych i niezgodnych z prawdą, można odnieść się do wniosków Gagnona i Rochata (2017), którzy dostrzegli, że negatywna popędliwość jest istotnym moderatorem związku pomiędzy wrogimi atrybucjami i uprzedzeniami a reaktywną agresją. McNicoll, Richard i Gagnon (2022) sugerują, że wrogie atrybucje i uprzedzenia są wynikiem „zafałszowania rzeczywistości” na skutek nadmiernego zaangażowania takich mechanizmów obronnych jak: projekcja, rozszczepienie czy dyfuzja tożsamości. Gagnon, Daelman i McDuff (2013) podają, że osoby wykazujące wysoki poziom negatywnej popędliwości w konfrontacji z niejednoznacznymi informacjami wskazującymi na prowokację społeczną, mają tendencję do uruchamiania dysfunkcyjnych przekonań (np. „oni chcą mnie oszukać”) i związku z tym interpretują sygnały społeczne jako wrogie. W konsekwencji doświadczają negatywnego afektu w odpowiedzi na zagrożenie poczucia self. Garami i in. (2017) u osób uzależnionych od opioidów stwierdzili związek nietolerancji niepewności z negatywną popędliwością mediowany przez poziom lęku. Odnosząc to do sytuacji klinicznej pacjenta oddziału psychiatrii sądowej, wykazującego wysoki poziom negatywnej popędliwości, można stwierdzić, że styka się on z wieloma niejednoznacznymi informacjami płynącymi z otoczenia. Mogą one stanowić istotne źródło tzw. prowokacji społecznej. Pierwsze badanie jest przeprowadzone w momencie, w którym pacjent często czuje się pokrzywdzony faktem skierowania na internację. Nie do końca też rozumie swoją sytuację prawną, a w nieodległej przeszłości przeszedł badania psychiatryczne i psychologiczne, w wyniku których został bezterminowo pozbawiony wolności. Jest ponadto otoczony pacjentami, którzy prezentują różny stan psychiczny, wywołują dyskomfort i nierzadko poczucie zagrożenia. Sytuacja kompleksowego wywiadu na potrzeby oceny ryzyka przemocy może – pomimo różnych zapewnień – stanowić źródło niejednoznaczności, uruchamiać podejrzliwość i szereg wrogich atrybucji i uprzedzeń (np. „psycholog wszystkiego mi nie mówi i wykorzysta informacje, których mu udzielię, aby mi

zaszkodzić”). Postawa obronna wobec osoby badającej może być zatem skutkiem utajonej reaktywnej agresji ze strony pacjenta. Jak wskazują obserwacje kliniczne autora dysertacji - z czasem napięcie pacjenta się zmniejsza, a interakcje z personelem i innymi pacjentami zaczynają być osadzone w sztywnych, zrozumiałych i bezpiecznych ramach. Można zatem przypuszczać, że ta grupa pacjentów – w kolejnych wywiadach – prezentuje bardziej otwartą i szczerą postawę, co pozwala na uzyskanie nowych informacji i zweryfikowanie oceny ryzyka historycznego. Wyniki badania wskazującego na nieznaczny wzrost ryzyka historycznego na przestrzeni leczenia są w zgodzie m.in. z wynikami badania przeprowadzonego przez de Vries Robbé i in. (2015). Ponadto, O’Shea i in. (2015) wskazują na względnie stabilny poziom czynników historycznych, ale podają, że nie jest to poziom w takim stopniu niezmienny, jak mogłoby to wynikać z założeń koncepcyjnych.

**Wniosek 10: Jedynym aspektem impulsywności, który wpływa na zmianę ryzyka przemocy (historycznego) na przestrzeni 6 miesięcy leczenia jest negatywna popędliwość. U osób z wysokim nasileniem negatywnej popędliwości dochodzi do wzrostu ryzyka historycznego pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem.**

### **6.3.3. Samoregulacja w procesie zmiany ryzyka**

Nie dostrzeżono wpływu ogólnego nasilenia samoregulacji i jej składowych na zmianę ryzyka przemocy na przestrzeni 6 miesięcy leczenia. Poziom samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej nie pozwala wyjaśnić zmian zachodzących w ocenie ryzyka przemocy w trakcie 6 miesięcy leczenia. Ponownie, należy wskazać na problemy z konceptualizacją i operacjonalizacją problemów z samoregulacją, co utrudnia dokonanie rzetelnego pomiaru tego konstruktu w populacji sądowej. Jak wskazuje Billen (2022) - konieczne są wielokrotne pomiary samoregulacji oparte na wielu metodach, wielu źródłach, w celu wyjaśnienia wpływu samoregulacji na czynniki kliniczne, czynniki związane z leczeniem, czynniki kryminogenne i czynniki ryzyka. Wyniki prezentowanych badań korespondują także z wnioskiem Billen i in. (2019), że progres pacjentów sądowych jest bardzo powolny. Autorzy wskazywali również na ograniczoną użyteczność metod samoopisowych w grupie pacjentów sądowych. Wykazują oni bowiem z reguły brak wglądu w zachodzące w nich zmiany, szczególnie dotyczące regulacji emocjonalnej i poznawczej. W związku z tym należy w ich przypadku stosować źródła obiektywizujące i połączenie różnych metod, z uwzględnieniem pomiaru funkcji poznawczych. Można również przypuszczać, że samoregulacja – nawet właściwie zoperacjonalizowana, i

zmierzona z zastosowaniem wielu metod i źródeł informacji – nie moderuje zmiany w ryzyku przemocy w tak krótkim okresie.

**Wniosek 11: Samoregulacja nie ma istotnego wpływu ani na zmianę ogólnego poziomu ryzyka ani na zmiany różnych aspektów ryzyka.**

#### **6.3.4. Psychopatia w procesie kształtowania zmian w ochronie w kontekście ryzyka przemocy.**

W przypadku wewnętrznych czynników ochronnych odnotowano kilka zmiennych osobowości moderujących zmianę na przestrzeni 6 miesięcy. Wśród istotnych moderatorów zmiany poziomu wewnętrznych czynników ochronnych wymienić można bezdusność. Osoby z wysokim poziomem bezdusności w odróżnieniu do przeciętnej i niskiej bezdusności odnotowały istotną statystycznie poprawę w zakresie wewnętrznych czynników ochronnych pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem. Wykazano ponadto, że osoby z wysokim poziomem egocentryzmu wykazują najbardziej dynamiczną poprawę w zakresie wewnętrznych czynników ryzyka. Wyjściowo prezentują jednak niższy poziom ochrony wewnętrznej, który po 6 miesiącach nadal kształtuje się na najniższym poziomie w stosunku do pacjentów z przeciętnym i niskim poziomem egocentryzmu. Biorąc pod uwagę, że dwa z pięciu wewnętrznych czynników ochronnych (inteligencja i bezpieczne więzi w dzieciństwie) mają charakter statyczny i nie ulegają poprawie wraz z upływem czasu, wykazana poprawa mogła dotyczyć trzech czynników ochronnych (empatia, radzenie sobie ze stresem, samokontrola). Odwołując się do definicji bezdusności, należy tę poprawę traktować z ograniczonym zaufaniem. Wysoce prawdopodobna jest pozorna poprawa, oparta na ingracjacji i manipulacji, na co wskazywali m.in. Jastrzębska, Pastwa-Wojciechowska i Piotrowski (2017). Konstrukcja bezdusności zakłada głębokie deficyty empatii afektywnej, stąd też obserwowane zmiany w tym zakresie mogą dotyczyć tzw. empatii poznawczej. W instytucji zamkniętej ekspresja empatii poznawczej może polegać na prezentowaniu współczucia wobec pacjentów z deficytami intelektualno-poznawczymi w celu wywarcia pozytywnego wrażenia na personelu. Jak wskazuje Pastwa-Wojciechowska i Kazimierczak (2018) - bezdusność jest ogólnie związana z kryminalną i drapieżną stroną psychopatii. Implikuje takie cechy jak: brak empatii, skłonność do okrucieństwa, agresywne i wrogie relacje ze skłonnością do eksploatacji innych, poszukiwanie doznań, czy też zachowania destrukcyjne. Można jednak przypuszczać, że w perspektywie pobytu w zamkniętej instytucji ekspresja bezdusności jest utajona i przybiera inną formę. Pacjenci z wysokim poziomem bezdusności mogą m.in. wykazywać tzw.

proaktywny styl myślenia przestępczego, oparty na planowaniu, kalkulacji i schematach poznawczych pozbawionych moralności. Osoby wykazujące proaktywny styl myślenia mają poczucie uprawnienia, są zorientowane na władzę i są nad wyraz optymistyczne (Walters, 2006). Można zatem przypuszczać, że pacjenci z wysokim poziomem bezduszości potrafią podejść do procesu leczenia w sposób wyrachowany, kalkulatywny, z podwyższoną świadomością zmian, które należy wykazać, aby uzyskać korzystną ocenę okresową. Dynamiczną zmianę osób z wysokim poziomem egocentryzmu można analizować w podobny sposób. Ogólnie, wyniki te korespondują z wynikiem badania Olvera i Riemera (2021), w którym wykazali, że z jednej strony pacjenci wysoce psychopatyczni mają wyjściowo niższy poziom czynników ochronnych, ale z drugiej strony wykazują również największy potencjał do zmiany w trakcie leczenia.

**Wniosek 12: Pacjenci z wysokim poziomem bezduszości i egocentryzmu wykazują istotną poprawę w zakresie ochrony wewnętrznej na przestrzeni 6 miesięcy.**

#### **6.3.5. Samoregulacja w procesie zmiany w ochronie w kontekście ryzyka przemocy.**

Wyniki analiz GLM wykazały, że zmianę w wewnętrznych czynnikach ochronnych moderuje nastawienie prewencyjne (ogólny wynik prewencji i prewencja-standardy). Osoby o niskim poziomie standardów prewencyjnych (powinnościowych) w odróżnieniu od pozostałych grup nie odnotowują istotnej statystycznie poprawy w zakresie wewnętrznej ochrony pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem. Niski poziom standardów powinnościowych jest czynnikiem hamującym poprawę w zakresie ochrony wewnętrznej. Opierając się na wnioskach Habermana, Gileada i Higginsa (2022) należy przypuszczać, że pacjenci z nastawieniem prewencyjnym mają silniej zinternalizowaną świadomość oczekiwań społecznych (systemu prawnego, lekarzy, psychoterapeutów, rodziny, środowiska lokalnego itp.), dotyczących głównie poprawy stanu zdrowia, przestrzegania zasad leczenia, utrzymywania abstynencji, czy też redukcji zachowań agresywnych. Niski poziom standardów prewencyjnych może zatem oznaczać niską potrzebę spełnienia oczekiwań społecznych, a tym samym „hamować” poprawę w trakcie leczenia.

**Wniosek 13: Niski poziom samoregulacji prewencyjnej i standardów z nią związanych hamuje poprawę w zakresie ochrony wewnętrznej w trakcie 6 miesięcy internacji.**

Wyniki analiz GLM wykazały ponadto, że przeciętny poziom prewencji (nastawienia prewencyjnego) najsilniej moderuje zmianę w zakresie ochrony wewnętrznej na przestrzeni 6 miesięcy. Pacjenci z przeciętnym poziomem prewencji w początkowym etapie leczenia mają najniższy, w porównaniu z pacjentami z niskim i wysokim poziomem prewencji, poziom ochrony wewnętrznej. Wraz z trwaniem leczenia odnotowują jednak najbardziej dynamiczną poprawę. W wyniku poprawy ich poziom ochrony wewnętrznej kształtuje się na najwyższym poziomie w porównaniu do grup z niskim i wysokim nasileniem prewencji. W koncepcji Higginsa (1997) nastawienie prewencyjne wyraża się w tendencji do wypełniania powinności, co przekłada się zazwyczaj na osiągnięcie minimalnych celów, takich jak np. uniknięcie negatywnych konsekwencji i/lub straty, czy też osiągnięcie bezpieczeństwa. Można zatem założyć, że pacjenci wykazujący wysokie nasilenie samoregulacji prewencyjnej w procesie leczenia, koncentrują się na realizacji „planu minimum”. Realizacja minimalnych celów w oddziale sądowym może sprowadzać się do przestrzegania regulaminu, unikania zachowań agresywnych, formalnego podporządkowania i biernego uczestnictwa we wszystkich planowanych formach terapeutycznych. Keller i in. (2015) potwierdzili hipotezę, że im większe jest nasilenie nastawienia prewencyjnego, tym mniejszy jest poziom uogólnionego zaufania, co z kolei może hamować wchodzenie w interakcje społeczne.

**Wniosek 14: U pacjentów z przeciętnym poziomem samoregulacji prewencyjnej odnotowano największą poprawę ochrony wewnętrznej w porównaniu do grup o niskim i wysokim poziomem samoregulacji w ciągu 6 miesięcy leczenia.**

Odnotowano ponadto, że u osób z niskim poziomem ogólnej prewencji dochodzi w czasie 6 miesięcy oddziaływań do istotnego statystycznie spadku zewnętrznych czynników ochronnych, natomiast u osób z przeciętnym i wysokim poziomem ogólnej prewencji dochodzi do wzrostu zewnętrznych czynników ochronnych. Niski poziom samoregulacji prewencyjnej nie tylko negatywnie wpływa na zmiany w ochronie wewnętrznej, ale również wpływa negatywnie na zmiany w ochronie zewnętrznej. Analogicznie, istota zmian w ochronie zewnętrznej pacjenta może wynikać z poczucia powinności wykazania takiej zmiany. W niski poziom nastawienia prewencyjnego może być również wpisana niska wrażliwość na potencjalne negatywne konsekwencje wynikające ze słabej ochrony zewnętrznej. Uzyskany rezultat potwierdza wnioski Kellera i in. (2015), wskazujące na to, że samoregulacja promocyjna i samoregulacja prewencyjna nie są przeciwstawnymi biegunami samoregulacji.

Oznacza to, że oba tryby samoregulacji mogą kształtować różne rodzaje relacji z różnymi konstruktami.

**Wniosek 15: U pacjentów z niskim poziomem ogólnej prewencji (nastawienia prewencyjnego) w czasie 6-miesięcznej internacji dochodzi do pogorszenia w zakresie zewnętrznej ochrony, podczas gdy u pacjentów z przeciętnym i wysokim poziomem ogólnej prewencji dochodzi do poprawy w zakresie ochrony zewnętrznej.**

#### **6.3.6. Impulsywność w procesie zmiany w ochronie w kontekście ryzyka przemocy.**

Kolejną zmienną, która moderuje ogólny wynik ochrony w trakcie procesu leczenia jest pozytywna popędliwość. U osób z wysokim poziomem pozytywnej popędliwości nie doszło do istotnej poprawy poziomu ogólnej ochrony w odróżnieniu do osób z niskim i przeciętnym poziomem impulsywności. Pozytywna popędliwość prowadzi do ujawniania zachowań ryzykownych poprzez rozwój wyuczonych pozytywnych oczekiwań co do ich prawdopodobnych skutków. Pozwala ponadto prognozować wystąpienie istotnych problemów klinicznych, związanych z podejmowaniem ryzyka (Cyders, 2014). Można zatem przypuszczać, że w obrazie klinicznym pacjenta, który pod wpływem pozytywnych emocji podejmuje nagłe działania, mogą pojawiać się deficyty w zakresie motywacji do leczenia, samokontroli, właściwej postawy wobec autorytetów.

**Wniosek 16: Wysoki poziom pozytywnej popędliwości jest związany z brakiem istotnej poprawy w zakresie ogólnego poziomu ochrony w trakcie 6-miesięcznego leczenia.**

### **6.4. Wyniki analiz regresyjnych.**

#### **6.4.1. Predyktory ryzyka w drugim pomiarze spośród wybranych cech osobowości.**

W celu określenia najważniejszych predyktorów osobowościowych poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony zastosowano analizy regresyjne (pytanie badawcze nr. 15). Ogólne nasilenie ryzyka oraz poziom ryzyka historycznego w największym stopniu kształtowały rozhamowanie i brak premedytacji (przezorności). Im wyżej kształtują się te dwie zmienne osobowości, tym wyżej kształtuje się nasilenie ogólnego ryzyka. W dyskusji dotyczącej analiz korelacyjnych (podrozdział 7.1.1) odwołano się do publikacji świadczących o tym, że rozhamowanie wiąże się ze spektrum problemów określanych jako „eksternalizacja psychopatologii”, „psychopatologia rozhamowania” „podatność eksternalizacyjna” (Drislane i in., 2014; Krueger, Markon, Patrick, Benning i Kramer, 2007). Szereg doniesień potwierdza

związek rozhamowania z używaniem substancji psychoaktywnych. Rozhamowanie jest konstruktem dość powszechnie stosowanym zarówno w wyjaśnianiu mechanizmów powstawania uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych, jak i bezpośrednich konsekwencji długotrwałego ich stosowania (por. Jones, 2013; Prisciandaro, 2012). Potwierdzono również poruszany związek rozhamowania z zachowaniem antyspołecznym (por. Jones, Miller i Lynam, 2011; Vize, Collison, Miller i Lynam, 2019). Brak premedytacji (przezorności) stanowi z kolei predyspozycję do nieprzemyślanych działań oraz tendencję do bagatelizowania konsekwencji swoich działań. Można zatem przypuszczać, że wiąże się ona z głębokimi deficytami w zakresie prawidłowych schematów poznawczych, które mogłyby pełnić rolę korektywno-hamującą. Pospiszyl (2000) określa to jako deficyt uczenia się charakterystycznym dla psychopatów impulsywnych. Polega on na niezdolności uczenia się na własnych błędach.

**Wniosek 17: Najbardziej istotnymi predyktorami wyjaśniającymi ogólny poziom ryzyka i poziom ryzyka historycznego są rozhamowanie i brak premedytacji (przezorności).**

Co ciekawe, najbardziej istotnym predyktorem osobowościowym oceny ryzyka klinicznego (aktualnego stanu klinicznego pacjenta, do 6 miesięcy wstecz) jest pozytywna popędliwość. Jak wskazuje Cyders (2014) - rola pozytywnej popędliwości polega na zwiększaniu częstotliwości podejmowania ryzyka, częściowo poprzez zwiększenie pozytywnych oczekiwań lub motywów podejmowania ryzykownych zachowań. Wykazano ponadto związek pozytywnej popędliwości z szeroko rozumianymi problemami z kontrolą impulsów i popędów, co wyraża się m.in. nadużywaniem alkoholu, narkotyków, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, uzależnieniem od nikotyny czy patologicznym hazardem (Billieux i in., 2021; Cyders i Smith, 2010; Spillane, Smith i Kahler, 2010; Zapolski, Cyders i Smith, 2009). W instytucji zamkniętej pozytywna popędliwość może pełnić rolę rozhamującą, ułatwiając decyzję o np. ucieczce z oddziału o podstawowym zabezpieczeniu w trakcie spaceru, upiciu się lub odurzeniu narkotykami, przemyście substancji na teren oddziału oraz łamaniu regulaminu w różnorodny sposób. Wysokie nasilenie pozytywnej popędliwości wyjaśnia zatem w prezentowanym badaniu w największym stopniu wysoką ocenę ryzyka klinicznego.

**Wniosek 18: Najbardziej istotnym – spośród badanych zmiennych osobowości - predyktorem wyjaśniającym ryzyko kliniczne jest pozytywna popędliwość.**

Najsilniejszymi predyktorami ryzyka związanego z zarządzaniem są dwie zmienne osobowościowe: ogólny poziom psychopatii i brak premedytacji (przezorności). Nie bez przyczyny psychopatia jest uznawana za jeden z najważniejszych czynników ryzyka przemocy, jak i bardzo istotny predyktor zachowań przemocowych (co zostało szczegółowo omówione w rozdziale 3.1.5). Pozostaje oczywiście pytanie, czy siła tego predyktora oceny ryzyka przemocy wynika z interpersonalno-afektywnych cech pacjenta, ujawnianych w trakcie 6 miesięcy leczenia, czy też z określonych przejawów behawioralnych tej cechy. Podobne pytanie powstaje w przypadku drugiego najbardziej istotnego predyktora oceny ryzyka przemocy w drugim pomiarze – braku premedytacji (przezorności): jaki jest mechanizm działania tego predyktora osobowościowego w kształtowaniu spodziewanych problemów z zarządzaniem? Odwołując się do konceptualizacji braku premedytacji (przezorności) można uznać, że jest to cecha rozhamowująca- wywołująca nieprzemysłane działania, bez rozważenia długoterminowych konsekwencji. W tym kontekście zrozumiałą jest związek negatywnej prognozy klinicysty dotyczącej funkcjonowania w przyszłości pacjenta, który wykazuje osobowościową predyspozycję do nieprzemysłanych działań i zaniechania rozważań nad potencjalnymi konsekwencjami swoich działań. Zermatten i in. (2005) wskazują, że jest to aspekt impulsywności najsilniej powiązany z procesem podejmowania decyzji. Na podstawie wyników części badań, wykazujących związki pomiędzy brakiem premedytacji (przezorności) a tendencją do uzależnień (por. López-Torres, 2021; Tran i in., 2018; Jebraeili, Moradi i Habibi, 2017; Coskunpinar i in., 2013) można przypuszczać, że obawy klinicysty, dotyczące przyszłego funkcjonowania powinny pojawić się w szczególności w odniesieniu do grupy pacjentów wykazującej problemy związane z używaniem substancji lub uzależnieniem behawioralnym. Można zatem przypuszczać, że już na początkowym etapie leczenia klinicysta ma co najmniej częściową świadomość tej cechy osobowości pacjenta i w związku z tym dokonuje „surowszej” prognozy spodziewanych problemów w przyszłości związanych z zarządzaniem ryzykiem. W związku z powyższym rodzą się oczywiste pytania dotyczące tego, w jaki sposób przejawia się brak premedytacji (przezorności) tj. czy dochodzi do behawioralnych, czy afektywno-interpersonalnych jej przejawów w kontaktach pomiędzy pacjentem a klinicystą.

#### **6.4.2. Predyktory ochrony w drugim pomiarze spośród wybranych cech osobowości.**

Wyniki badań własnych wskazują, że negatywna popędliwość jest predyspozycją osobowościową najsilniej na tle innych powiązaną z nasileniem ryzyka i deficytami w zakresie: ogólnego poziomu ochrony, wewnętrznych czynników ochronnych oraz zewnętrznych



czynników ochronnych. Jest to składowa impulsywności o charakterze transdiagnostycznym, kumulująca różnorodne formy psychopatologii (por. Berg i in., 2015; Pearson i in., 2015; Racine, Bickner, Trolie i Lane, 2022; Smith i Cyders, 2016). Jak wskazano przy omawianiu analiz korelacyjnych – w badaniu Bousardta i in. (2016) negatywna popędliwość w połączeniu z rozpoznaniem z zaburzeniem osobowości okazała się najsilniejszym predyktorem długości trwania epizodów agresji fizycznej obserwowanej przez personel pielęgniarstwa w oddziale psychiatrii sądowej. Można zatem przypuszczać, że związana z negatywną popędliwością – słaba tolerancja odrzucenia, rozczarowania oraz innych niepożądanych uczuć pozwala przewidzieć niską ocenę w zakresie czynników ochronnych na przestrzeni sześciu miesięcy leczenia.

Kolejną zmienną pozwalającą wyjaśnić poziom ochrony jest bezduszność. Wysokie nasilenie bezduszności pozwala przewidzieć głębokie deficyty w zakresie wszystkich aspektów ochrony. Mechanizm, który pozwoliłby wyjaśnić rolę tego predyktora wydaje się dość złożony. Można przypuszczać, że bezduszność i jej zarówno behawioralne, jak i interpersonalne przejawy wpływają na deficyty w zakresie poziomu ochrony. Podążając za definicją bezduszności (Patrick i in., 2009; Pilch i in., 2015) można przypuszczać, że funkcjonowanie oparte na braku empatii, braku czułości, wykorzystywaniu innych, generalnie słabej predyspozycji do tworzenia relacji, niesie za sobą konsekwencje w postaci pogłębiających się deficytów w czynnikach ochronnych. Duża część z czynników ochronnych bowiem opiera się bezpośrednio lub pośrednio na prospołecznych relacjach międzyludzkich. Jednym z obszarów ochrony, w którym – odwołując się do zakresu definicyjnego bezduszności – można dostrzec negatywne konsekwencje oddziaływania bezduszności – mogą okazać się relacje intymne. Potwierdzają to wyniki badania Wardzawy-Dudziak i Pilch (2023), w którym wykazano, że bezduszność jest negatywnie powiązana z satysfakcją w związku, zaangażowaniem, romantycznymi uczuciami, bliskością wobec partnera. Można przypuszczać, że ten wzorzec funkcjonowania w intymnej relacji można uogólnić na inne obszary oparte na relacjach międzyludzkich. W związku z tym deficyty mogą dotyczyć np. takich czynników ochronnych jak: sieć wsparcia, zatrudnienie, empatia, aktywności w wolnym czasie, czy postawa wobec autorytetów.

W przypadku ochrony zewnętrznej bezduszność okazała się jednym z dwóch najważniejszych predyktorów. Drugim z nich okazała się pozytywna popędliwość. Większe nasilenie obu tych charakterystyk pozwala prognozować niższe wyniki ochrony (głębsze deficyty w czynnikach ochronnych). 6 miesięcy jest zbyt krótkim okresem, aby uznać, że dochodzi do planowanej redukcji ochrony zewnętrznej na rzecz wzmocnienia ochrony

wewnętrznej i ochrony związanej z motywacją. Pozytywna popędliwość na tym etapie leczenia pozwala bowiem prognozować nie efekt pożądaných zmian, lecz stan deficytów w zakresie zewnętrznych czynników ochronnych. Można przypuszczać, że związany z pozytywną popędliwością wyuczony schemat polegający na podejmowaniu zachowań ryzykownych pod wpływem pozytywnych emocji i oczekiwania pozytywnych skutków nieprzemyślanych działań, utrudnia bardziej krytyczną ocenę potencjalnych ich konsekwencji. Można przypuszczać, że w procesach myślenia osób z wysoką popędliwością dochodzi do błędów poznawczych opartych na nadmiernym optymizmie (optimism bias). Jak wskazują bowiem Cyders i in. (2010), u części osób doświadczanie intensywnego pozytywnego afektu może prowadzić do zniekształconego, nadmiernie optymistycznego i pozbawionego kontroli procesu podejmowania decyzji. Podtrzymanie wysokiego poziomu zewnętrznych czynników ochronnych może wymagać od pacjenta bardziej krytycznego, analitycznego i długofalowego działania.

**Wniosek 19: Negatywna popędliwość i bezduszość są najbardziej istotnymi spośród badanych zmiennych osobowościowymi predyktorami ogólnego nasilenia ochrony, ochrony wewnętrznej i ochrony związanej z motywacją.**

**Wniosek 20: Pozytywna popędliwość i bezduszość są najbardziej istotnymi spośród badanych zmiennych osobowościowymi predyktorami ochrony zewnętrznej.**

### **6.5. Określenie najważniejszych predyktorów sumarycznych ocen ryzyka i ochrony spośród poszczególnych czynników ryzyka, czynników ochronnych i wybranych aspektów ryzyka i ochrony.**

W oparciu o analizy regresyjne wyłoniono czynniki ryzyka, czynniki ochronne oraz poszczególne wymiary ryzyka i ochrony, które w największym stopniu wyjaśniają poziom sumarycznych ocen ryzyka i ochrony. W końcowej fazie procedury oceny ryzyka przemocy, klinicysta formułuje uznaniowe oceny dotyczące najważniejszych aspektów ryzyka i ochrony: m.in. wskazuje priorytet przypadku, ocenia ryzyko poważnej krzywdy fizycznej, czy też ocenia ryzyko zbliżającej się przemocy. Jak wskazują Cheng, Haag i Olver (2019) – ocena predyktorów kształtujących tzw. sumaryczne oceny ryzyka w nurcie SPJ może pomóc w wyjaśnieniu, w jaki sposób klinicyści wykorzystują czynniki ryzyka w procesie zarządzania. Wyłonienie predyktorów pozwala także wyjaśnić, czy klinicyści podążają za standardami

stosowania narzędzi z nurtu SPJ oraz pozwala opracować strategię optymalizacji kodowania narzędzi w przypadku skrajnych ocen.

Na ocenę priorytetu przypadku największy wpływ miały oceny: zewnętrznej ochrony, ryzyka historycznego i ryzyka związanego z zarządzaniem. Wyższy poziom ochrony zewnętrznej wpływał na niższą ocenę priorytetu przypadku. Spośród poszczególnych czynników ryzyka najsilniejszymi predyktorami okazały się: czynnik ochronny 17 - kontrola zewnętrzna, czynnik R2 - problemy z sytuacją życiową w przyszłości, czynnik H6C - aktualne problemy z objawami innych głębokich zaburzeń psychicznych, czynnik R4B - problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcją, czynnik H3 - problemy w relacjach w przeszłości, oraz C5A - aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpracą. Warto zwrócić uwagę, że w badaniu Chenga i in. (2019) – w przypadku dwóch spośród czterech osób oceniających te same przypadki – wyłoniono te same predyktory spośród skal HCR-20<sup>V3</sup> co w omawianym badaniu w niniejszej dysertacji. Wynik badania jest ponadto częściowo zgodny z oceną przeprowadzoną przez kolejną osobę kodującą przypadki w badaniu Chenga i in. (2019). Te same predyktory spośród skal HCR-20<sup>V3</sup> (poszczególnych aspektów ryzyka: historycznego, klinicznego, zarządzania ryzykiem) zostały wyłonione w analizach przeprowadzonych przez Banasik i in. (2021) w kontekście wyodrębnienia predyktorów oceny priorytetu przypadku.

Howe i in. (2016) wyodrębnili szereg czynników ryzyka kształtujących ocenę priorytetu przypadku, spośród których – cztery czynniki są zgodne z predyktorami wyodrębnionymi w omawianej pracy doktorskiej tj. R2- problemy z sytuacją życiową w przyszłości, R4 – problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór, H3 – problemy w relacjach w przeszłości oraz C5- aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór.

Warto jednak zwrócić uwagę na to, że badanie Banasik i in. (2021) wyłoniło grupę całkowicie innych predyktorów spośród poszczególnych czynników ryzyka tj. H1c – przemoc jako osoba dorosła, H10 - odpowiedź na leczenie i nadzór w przeszłości, czynnik C2 – aktualne wyobrażenia i zamiary dotyczące przemocy, czynnik R2 – sytuacja życiowa w przyszłości; R3 – wsparcie społeczne w przyszłości oraz czynnika C4c – aktualne problemy z niestabilnością poznawczą. Jak wskazują Cheng i in. (2019) – różne osoby oceniające mogą w różny sposób czynić ustalenia dotyczące czynników ryzyka i w różny sposób nadawać im priorytet. Autorzy sugerują, że potwierdzana wielokrotnie wysoka zgodność ocen z użyciem narzędzia HCR-20 sprawia, że mało prawdopodobne jest jednak to, że różne osoby oceniające pominą krytyczne czynniki ryzyka stanowiące podstawę dla tworzenia metod zarządzania. Autorzy badania

wskazują na konieczność dalszych badań dotyczących tego, w jaki sposób użytkownicy narzędzi z nurtu SPJ, dochodzą do sumarycznych ocen ryzyka.

**Wniosek 21: Najbardziej istotnymi predyktorami oceny priorytetu przypadku w badanej grupie pacjentów są oceny: zewnętrznej ochrony, ryzyka historycznego i ryzyka związanego z zarządzaniem. Analiza wskazuje na szczególną rolę kontroli zewnętrznej (czynnika ochronnego) w kształtowaniu oceny priorytetu przypadku.**

W przypadku oceny ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, w modelu regresyjnym została uwzględniona jedynie skala zarządzania ryzykiem. Im większe spodziewane problemy z zarządzaniem, tym wyższa jest ocena ryzyka poważnej krzywdy fizycznej. Inne predyktory zostały wyłonię w badaniu Chenga i in. (2019), w którym przypadki były oceniane przez cztery osoby (jednego licencjonowanego psychologa sądowego i trzech studentów superwizowanych przez niego). U trzech spośród czterech osób oceniających ryzyko - najsilniejszym predyktorem kształtującym ryzyko poważnej krzywdy fizycznej były wyniki uzyskane w skali historycznej. U jednej osoby oceniającej najsilniejszym predyktorem okazała się skala kliniczna.

Rolę trzech wskazanych w badaniu własnym predyktorów oceny poważnej krzywdy fizycznej (H1C- przemoc w wieku dorosłym w przeszłości, R4- problemy z odpowiedzialnością na leczenie i nadzór i H3 – problemy w relacjach w przeszłości) potwierdził także Howe i in. (2016). Co ciekawe, jednym z wyodrębnionych na bazie badań własnych predyktorów poziomu ryzyka poważnej krzywdy fizycznej okazała się praca (czynnik ochronny związany z motywacją). Analiza idiograficzna pacjentów, którzy wykazali największą poprawę w zakresie czynników ryzyka i czynników ochronnych, wskazuje, że pacjenci ci mają w swoim doświadczeniu osiągnięcia edukacyjne i zawodowe.

W przypadku oceny ryzyka przemocy w najbliższym czasie – wpływ ma szereg zmiennych (wszystkie aspekty ryzyka i ochrony, oprócz ochrony związanej z motywacją). Warto zwrócić jednak uwagę na szczególnie istotną rolę ryzyka klinicznego. Jest to zgodne z obserwacjami klinicznymi i praktyką stosowania narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> m.in. wskazującą na to, że to pomiar ryzyka klinicznego jest szczególnie przydatny w przypadku prognozowania przemocy krótkoterminowej po przyjęciu do oddziału ogólnopsychiatrycznego i/lub pacjentów znajdujących się w fazie pogorszenia stanu psychicznego (por. Chu, Daffern i Ogloff, 2013; McNiel, Gregory, Lam, Binder i Sullivan, 2003). Na podstawie zmian zachodzących pomiędzy kolejnymi pomiarami ryzyka klinicznego można prognozować wystąpienie bezpośredniej

przemocy w instytucji w perspektywie krótkoterminowej (Douglas i in., 2011; Michiel i in., 2013). Część badań potwierdza rolę aktualnego stanu psychicznego, przede wszystkim ostrych objawów psychotycznych (halucynacji słuchowych nakazujących określone zachowanie, urojeń owładnięcia) w etiologii bezpośredniej, ciężkiej przemocy (Chan i Shetman, 2019).

**Wniosek 22: Ryzyko kliniczne w największym stopniu spośród wszystkich analizowanych rodzajów ryzyka wyjaśnia nasilenie ryzyka przemocy w najbliższym czasie.**

W przypadku końcowej ochrony wykazano, że wszystkie aspekty ryzyka i ochrony są istotnymi predyktorami, a najsilniejszym predyktorem jest ocena ochrony wewnętrznej. Wyższa ocena ochrony wewnętrznej pozwala wyjaśnić wysokie wyniki końcowej ochrony. Jest to pierwsze badanie, w którym rozszerzono poszukiwanie predyktorów ryzyka przemocy o analizę czynników ochronnych - dotychczasowe publikacje dotyczyły modelu oceny, w którym predyktorami były czynniki ryzyka lub wybrane zmienne demograficzne. Uzyskany wynik wskazuje na wyraźną rolę ochrony wewnętrznej w kształtowaniu oceny ogólnego poziomu ochrony. Jest to wynik, który częściowo stawia pod znakiem zapytania położony nacisk na dynamiczne czynniki ryzyka i ochrony w narzędziach z nurtu SPJ. Końcowa ocena ochrony, po 6 miesiącach leczenia okazała się bowiem w największym stopniu ukształtowana przez najbardziej statyczny aspekt ochrony (dwa z pięciu czynników ochronnych kształtujących poziom ochrony wewnętrznej są statyczne).

**Wniosek 23: Końcowa ocena poziomu ochrony w największym stopniu jest uzależniona od oceny ochrony wewnętrznej.**

Wskazano szereg skal, których ocena kształtuje zintegrowaną ocenę ryzyka przemocy. Najsilniejszymi predyktorami okazały się oceny: czynników ochrony związanych z motywacją i ochrony zewnętrznej. Niższe nasilenie wskazanych rodzajów ochrony, pozwala prognozować wyższe wyniki zintegrowanej oceny ryzyka przemocy (efekt wnioskowania klinicysty na podstawie połączonej oceny czynników ryzyka i czynników ochronnych). Jest to wniosek istotny w kontekście dotychczasowych wyników badań (Cheng i in., 2019; Howe i in., 2016; Banasik i in., 2021) wskazujący na zasadność poszerzenia modelu oceny ryzyka przemocy o analizę czynników ochronnych. Założenia dotyczące pożądanego kierunku zmian poszczególnych czynników ochronnych (de Vogel i in., 2012, de Vries Robbé i in., 2021) wskazują na rolę ochrony zewnętrznej na początku leczenia, a następnie stopniowe zwiększanie ochrony wewnętrznej i ochrony związanej z motywacją kosztem ochrony zewnętrznej. Należy

uznać, że uzyskane wyniki w badaniach własnych odzwierciedlają model oceny zintegrowanej oceny ryzyka przemocy w kontekście zmian na początku leczenia. Pożądany mechanizm zmiany w dalszych etapach leczenia powinien doprowadzić do następującej zależności prostoliniowej – wyższy poziom ochrony pozwalałby wyjaśnić wyższe wyniki zintegrowanej oceny ryzyka przemocy.

**Wniosek 24: Najbardziej istotnymi predyktorami zintegrowanej oceny ryzyka przemocy (wnioskowania klinicysty na podstawie całokształtu procedury) są czynniki ochrony związane z motywacją i ochrony zewnętrznej.**

#### **6.6. Relacje poziomu zabezpieczenia, w którym przebywa internowany z ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz nasileniem ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem.**

Na podstawie założeń koncepcyjnych systemu psychiatrii sądowej, w tym m.in. kryteriów jakimi posługują się nadrzędne organy (w Polsce – komisja psychiatryczna ds. środków zabezpieczających) w rozmieszczeniu pacjentów w poszczególnych poziomach zabezpieczenia (por. Beta, Szumska-Rogowska i Węgielnik, 2012; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r.), założono, że pacjentów leczonych w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia, charakteryzuje ogólne niższe nasilenie ryzyka przemocy oraz niższe nasilenie poszczególnych aspektów ryzyka niż u pacjentów leczonych w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia (Hipoteza H9). Założono również – analogicznie, że poziom czynników ochronnych i poszczególnych aspektów ochrony kształtuje się wyżej u pacjentów leczonych w oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu (Hipoteza H10). Założenie to opierało się na racjonalnych przesłankach warunkujących stopniowe przechodzenie z bardziej rygorystycznych form zabezpieczenia (poziom wzmocniony) do bardziej łagodnych (poziom podstawowy). Założono, że to przejście znajduje swój wyraz w stopniowej redukcji ryzyka i stopniowym wzroście czynników ochronnych. Uzyskane wyniki w dużej mierze potwierdziły Hipotezę H9. U pacjentów w oddziałach wzmocnionych poziom ryzyka historycznego i ogólnego był wyższy niż u pacjentów w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Nie dostrzeżono istotnych różnic w poziomie ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem pomiędzy pacjentami z porównywanych grup. W powtórnych pomiarze uzyskano analogiczne wyniki, przy czym w odnotowano dodatkowo istotne różnice pomiędzy pacjentami z oddziału wzmocnionego i podstawowego również w poziomie ryzyka klinicznego (kształtowało się ono wyżej u pacjentów w oddziale

wzmocnionym). Uzyskany wynik koresponduje z wynikami badania przeprowadzonego przez O'Shea i in. (2016) i potwierdza różnice w poziomie ryzyka u pacjentów w zależności od określonego poziomu zabezpieczenia.

Nie potwierdziło się założenie dotyczące różnic pomiędzy pacjentami przebywającymi w oddziałach o różnym poziomie zabezpieczenia pod względem czynników ochronnych. Nie można odnieść uzyskanego wyniku do wyniku jakiegokolwiek badania bezpośrednio porównującego obie grupy pacjentów. Dotychczasowe badania w kontekście czynników ochronnych dotyczyły bowiem porównań międzygrupowych pomiędzy populacją sądowo-psychiatryczną, więzienną i ambulatoryjną (Doyle i in., 2014), czy też sądowo-psychiatryczną, ogólnopsychiatryczną i ambulatoryjną (Haines i in., 2018). Należy uznać wynik wskazujący na brak różnic międzygrupowych (pomiędzy pacjentami ze wzmocnionego i podstawowego stopnia zabezpieczenia) za wymagający dodatkowych analiz. Po pierwsze, wyniki tego badania, jak i szeregu innych badań wskazują na to, że wraz z trwaniem leczenia dochodzi do poprawy w zakresie nasilenia czynników ochronnych. Po drugie, należy wskazać, że część osób, która została włączona do puli badanych z poziomu podstawowego, była wcześniej leczona w oddziałach o wzmocnionym, a nawet maksymalnym stopniu zabezpieczenia. Można się było zatem spodziewać, że aktualne badanie w warunkach podstawowego stopnia zabezpieczenia odzwierciedli dotychczasowy rzeczywisty progres w zakresie czynników ochronnych. Uzyskane wyniki mogą wskazywać na konieczność powtarzalnych pomiarów czynników ochronnych przekazywanych pomiędzy klinicystami pracującymi w różnych oddziałach i szpitalach. Obrazując to praktycznie, istnieje ryzyko, że ten sam pacjent przechodząc ze wzmocnionego poziomu zabezpieczenia (z określonym przez klinicystę pracującego w danym oddziale poziomem czynników ochronnych) zostanie surowiej oceniony przez kolejnego klinicystę w oddziale podstawowym, jeśli nie będzie on odnosił się do pomiaru dokonanego w oddziale podstawowym. Podobne zniekształcenia ocen obserwuje się m.in. w ocenie wglądu i krytycyzmu w zakresie choroby i dokonanego czynu, w przypadku pacjentów, którzy zmieniają poziom zabezpieczenia zakładu i w związku z tym są oceniane przez nowy zespół klinicystów.

**Wniosek 25: U pacjentów w oddziałach wzmocnionych poziom ryzyka historycznego i ogólnego jest wyższy niż u pacjentów w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia.**

**Wniosek 26: Nie stwierdza się istotnych różnic pomiędzy grupą pacjentów z oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia a grupą pacjentów z oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia pod względem nasilenia czynników ochronnych.**

### **6.7. Relacja pomiędzy powagą czynu, który był podstawą umieszczenia na internacji a ogólnym nasileniem ryzyka przemocy, nasileniem ochrony, poszczególnymi aspektami ryzyka i ochrony oraz sumarycznymi ocenami ryzyka i ochrony.**

Założono, że u osób, które dokonały bardziej drastycznych form przemocy (ocenianych na skali od 1 do 7), według autorskiej klasyfikacji czynów skonstruowanej racjonalnie w oparciu o kryterium uszczerbku na zdrowiu nasilenie ryzyka, jego poszczególnych aspektów oraz sumaryczne oceny ryzyka będą kształtowały się na wyższym poziomie niż u osób, które dokonały mniej drastycznych form przemocy (Hipoteza H11). Założenie to opierało się na przesłankach klinicznych wskazujących m.in. na związek powagi czynów z nasileniem psychopatologii, w tym z kluczowymi czynnikami ryzyka: głębokimi zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami osobowości czy używaniem substancji psychoaktywnych. Po drugie, zgodnie z pojawiającymi się w ostatnich latach publikacjami analizującymi rolę różnorodnych uprzedzeń aktywizowanych w procesie oceny przez klinicystów sądowych, w tym w ocenach ryzyka przemocy (por. Zapf i in., 2018; Kamorowski i in., 2018, Kamorowski i in., 2020; Kamorowski, 2021) należało uwzględnić przekonanie o powadze czynu, jakiego dokonał pacjent – jako źródło potencjalnych zniekształceń (uprzedzeń). Silva (2020) formułuje bardziej zdecydowaną tezę, że rezultat oceny ryzyka przemocy opiera się często na sile poczucia „obrzydzenia”, którego doświadcza klinicysta, gdy ma świadomość, że czyn pacjenta godził w uniwersalne zasady moralne i społeczne np. dokonał zgwałcenia, morderstwa czy aktu kazirodstwa.

Uzyskane dane wskazują na to, że nie ma powiązania pomiędzy powagą czynu a ogólnym nasileniem czynników ryzyka i nasileniem poszczególnych aspektów ryzyka. Zgodnie z sugestią Kamorowski i in. (2020) uzyskany wynik może świadczyć o tym, że narzędzie HCR-20<sup>V3</sup> zapewnia obiektywizm dokonanej oceny. Z drugiej strony, można przypuszczać, że świadomość czynu nie wzbudziła u osoby oceniającej (autora rozprawy) negatywnych emocji, a co za tym - nie stała się ona źródłem uprzedzeń. Istotnym ograniczeniem tej analizy była świadomość autora pracy aspektów, które poddał analizie. W dalszych analizach należałoby uwzględnić ocenę przypadków przez różnych klinicystów, z różnym doświadczeniem i różnym stopniem znajomości przypadków.



Uzyskane wyniki wykazały dwie istotne zależności powagi czynu z sumarycznymi ocenami ryzyka - jedną słabą, dodatnią – z oceną priorytetu przypadku oraz jedną przeciętną - z oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej. Może to świadczyć o tym, że pomimo zobiektywizowania oceny poszczególnych czynników ryzyka, w końcowym etapie procedury, gdy uruchamiana jest bardziej uznaniowa ocena jednego z krytycznych obszarów ryzyka tj. ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, dochodzi do zaburzenia obiektywizacji. Związek ten może wynikać jednak nie z samego wzbudzenia negatywnych emocji w osobie oceniającej i co za tym idzie - uprzedzeń, ale z analizy wzorca behawioralnego sprawcy, która może potwierdzać narastającą w czasie tendencję do coraz bardziej drastycznych czynów towarzyszących pogorszeniu stanu psychicznemu.

**Wniosek 27: Nie odnotowano zależności pomiędzy powagą dokonanego przez pacjenta czynu a oceną ryzyka przemocy.**

**Wniosek 28: W odniesieniu do sumarycznych ocen ryzyka stwierdza się dwie istotne zależności: pomiędzy powagą czynu a oceną priorytetu przypadku (zależność słaba) oraz pomiędzy powagą czynu a oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej (zależność przeciętna).**

Uzyskane dane potwierdziły słabą, pozytywną zależność powagi czynu ze zintegrowaną oceną ryzyka przemocy. Może to świadczyć o tym, że procedura oceny w skali SAPROF pozwala badaczowi zmniejszyć subiektywizm oceny czynników ochronnych. Może też świadczyć o tym, że świadomość powagi czynu nie wywołała w osobie oceniającej (autorze pracy) negatywnych emocji, które warunkują powstanie uprzedzeń. Można również przypuszczać, że ocena czynników ochronnych jest w mniejszym stopniu obciążona wpływem potencjalnych uprzedzeń.

**Wniosek 28: Powaga czynu wykazuje związek ze zintegrowaną oceną ryzyka przemocy**

## **6.8. Wnioski końcowe.**

Zaletą przeprowadzonych badań jest ich prospektywny charakter, z zastosowaniem powtórnego pomiaru po upływie 6 miesięcy leczenia. Badania te zostały oparte na rzeczywistych danych w trakcie przeprowadzania standardowych procedur leczniczych (real-world data). Zastosowana procedura oceny ryzyka przemocy odzwierciedlała w dużej mierze

rzeczywistą praktykę kliniczną autora rozprawy w trakcie pracy z osobami internowanymi w oddziałach psychiatrii sądowej. Praktyka ta stoi w zgodzie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Völlm i in., 2018), a także rekomendacjami dobrych praktyk wskazywanymi przez polskich autorów (por. Heitzman i Markiewicz, 2018; Gierowski, 2018; Heitzman i in., 2020; Gałęcki, 2022). Interwał czasowy (6 miesięcy) pomiędzy dwoma pomiarami wpisywał się w ramy czasowe rutynowo przeprowadzanych okresowych ocen dotyczących stanu zdrowia i postępów w leczeniu, określonych przez obowiązujące przepisy prawne. Istotną zaletą przeprowadzonej procedury było oparcie jej na kompleksowych danych, pochodzących z różnych źródeł (dokumentacja medyczna, opinie sądowo-psychiatryczne, opinie sądowo-psychologiczne sporządzone przed przyjęciem opiniowanego na internację, dokumentacja medyczna sporządzona w trakcie internacji, wywiady z pacjentem, źródła obiektywizujące). Większość przeprowadzonych badań innych autorów dotyczących pomiarów z użyciem narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF ma charakter retrospektywny i opiera się jedynie na analizie dokumentacji (por. Douglas i Shaffer-McCuish, 2021; de Vries Robbé i in., 2021). Jest to ponadto pierwsze badanie, które rozszerza analizę modelu podejmowania oceny ryzyka przemocy o istotne zmienne osobowościowe, wybrane na podstawie obszernego przeglądu literatury pod kątem ich powiązań z przemocą i ryzykiem przemocy.

## **6.9. Ograniczenia badań i propozycje kierunku dalszych analiz.**

Podstawowym ograniczeniem podjętych badań jest obiektywnie krótki, 6-miesięczny okres obserwacji. Okres ten wydaje się niewystarczający, aby dostrzec znaczne zmiany w populacji sądowo-psychiatrycznej, której podatność na zmiany jest znacznie ograniczona i która wymaga o wiele dłuższego leczenia (por. Billen, 2022). Konieczne są zatem badania podłużne z wielokrotnymi pomiarami, z dłuższym okresem obserwacji. Kolejnym ograniczeniem zastosowanej procedury badawczej jest fakt, że pacjenci mogli być faktycznie na różnych etapach leczenia. Wprawdzie kryterium włączenia do badania zakładało, że pierwsze badanie musi odbyć się w ciągu miesiąca od przyjęcia pacjenta do danego oddziału, to w rzeczywistości część pacjentów mogła przebywać w systemie psychiatrii sądowej o wiele dłużej, na różnych poziomach zabezpieczenia. W przyszłych badaniach wskazane byłoby zastosowanie bardziej restrykcyjnego kryterium doboru pacjentów w celu zwiększenia homogeniczności grupy badanej.

Należy też wskazać na kolejne potencjalne źródło zniekształceń: w związku ze złożonym charakterem procedury, z sukcesem przechodzili ją pacjenci stosunkowo dobrze funkcjonujący tj. tacy, którzy byli w stanie wziąć udział w kilkugodzinnym wywiadzie i wypełnić, zestaw

metod. Wykorzystanie metod samoopisowych wykluczyło z badania osoby z deficytami intelektualnymi i poznawczymi. Zastosowaniu metod samoopisowych towarzyszyła pełna świadomość autora odnośnie do ich wad i ograniczeń (Porter i Woodworth 2006; Ray i in., 2013; Kelsey i in., 2015; Achenbach 2006; Hare, 2020). Jednocześnie, wybór był uzasadniony szeregiem dowodów w literaturze świadczących o tym, że w warunkach bezpiecznych dla pacjenta (np. umorzenie sprawy karnej, ustalona sytuacja procesowa, pobyt na internacji), może uzyskać rzetelne dane pochodzące z metod samoopisowych (por. Kelsey i in., 2015; Miller i in., 2011; Kelley i in., 2018).

Kwestia potencjalnego źródła poważnych zniekształceń - w postaci obawy osób badanych przed użyciem wyników badań w celu wydawania okresowych opinii o stanie zdrowia psychicznego i postępach w leczeniu, kierowanych do sądu – została precyzyjnie omówiona z pacjentem, przed przystąpieniem do badań. Oczywiście, nie jest to sytuacja jednoznaczna, w której należało oczekiwać od badanych pełnej gotowości do ujawnienia swoich cech osobowości, w tym przede wszystkim cech psychopatycznych. Nie zdecydowano się na zastosowanie kompleksowych ocen osobowości psychopatycznych w oparciu o takie narzędzia jak PCL-R (Hare, 2003), czy CAPP (Cooke i in., 2012) ani złożonych arkuszy obserwacyjnych, czy też badań funkcji poznawczych w kontekście pomiaru impulsywności i samoregulacji. Intencją autorów projektu badawczego, w ramach którego powstała praca doktorska, było bowiem zweryfikowanie potencjalnego modelu diagnostycznego do oceny ryzyka przemocy uzupełnionej o pomiar wybranych konstruktów osobowości. Pomiar czynników ryzyka i czynników ochronnych z użyciem narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF, na podstawie kompleksowych wywiadów podsumowujących wiedzę nt. poszczególnych obszarów ujętych w tych narzędziach, jest już nad wyraz czasochłonnym procesem. Łączne zastosowanie obu kategorii narzędzi nie odzwierciedlałoby w żadnym stopniu praktyki klinicznej w oddziałach psychiatrii sądowej, w których stosowanie już samych narzędzi z nurtu SPJ napotyka na poważne ograniczenia pod względem rozwiązań systemowych, dostępnych zasobów finansowych i przede wszystkim zasobów ludzkich (patrz rozdział 2.7. rozwój nurtu SPJ w Polsce).

W zastosowanej procedurze nie wyodrębniono różnych grup pacjentów np. ze względu na dane demograficzne czy rodzaj diagnozy. Wyodrębnienie grup np. ze względu na rodzaj diagnozy wymagałoby większej liczebności osób badanych. Kolejnym ograniczeniem procedury badawczej było nieuwzględnienie szeregu zmiennych demograficznych w procesie kształtowania czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz w procesie zmiany zachodzącej wraz z upływem czasu. To pominięcie zmiennych demograficznych wpisywało się jednak w

cele realizowanych badań. Niewątpliwie – w przyszłych badaniach warto uwzględnić zmienne demograficzne w analizie zmian w procesie leczenia i w analizach wyłaniających predyktory podejmowanych ocen ryzyka przemocy.

Należy ponadto wskazać, że liczba osób badanych (n=152), niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych umieszczonych w oddziałach psychiatrii sądowej jest stosunkowo niewielka, choć metodologicznie uprawniająca do generalizowania wyników próby na populację. Jak wskazuje Markiewicz (2023) liczy ona ok. 3700 osób w Polsce. Jest to jednak populacja trudno dostępna ze względu na szereg obostrzeń formalnoprawnych, w tym przede wszystkim z uwagi na kwestie bezpieczeństwa. Z tego względu – możliwość kompleksowej oceny przypadku, przy udziale osób spoza oddziału, jest w istocie znacznie ograniczona. Należy w szczególności wskazać na ograniczenie dostępu do populacji badanych, pogłębione m.in. niską rotacją pacjentów w okresie ograniczeń związanych z pandemią Covid-19 w Polsce. W oddziałach, w których prowadzono badania, wprowadzono co najmniej kilkunastokrotnie okresy bezwzględnej kwarantanny związane z ujawnieniem nowych przypadków zakażeń wśród pacjentów. W okresie tym obowiązywał bezwzględny zakaz kontaktowania się z pacjentami.

Kolejnym ograniczeniem, na które należy wskazać jest potencjalnie silny efekt oczekiwania badacza. Analiza dokumentacji medycznej, wywiady z pacjentem oraz ocena czynników ryzyka i czynników ochronnych były przeprowadzone przez autora pracy doktorskiej. Poza ryzykiem wystąpienia efektu oczekiwania badacza (nieświadomych oczekiwań dotyczących m.in. zachodzących zmian w procesie leczenia) należy podkreślić, że dla uogólnienia szeregu stwierdzonych prawidłowości m.in. dotyczących sumarycznych ocen ryzyka wskazane byłoby potwierdzenie w ocenach przeprowadzonych przez inne osoby. Kodowanie przypadków przez inne osoby, w oparciu o dokumentację, nie wyeliminowałoby jednak efektu badacza, bowiem dokumentacja (w tym wywiad diagnostyczny) została przygotowana przez autora badania. Opisy poszczególnych aspektów funkcjonowania mogłyby sugerować osobom kodującym sposób oceny poszczególnych czynników ryzyka i czynników ochronnych. Niewątpliwie cennym aspektem dalszych badań byłaby ocena przypadku przez co najmniej dwie osoby oceniające, co umożliwiłoby m.in. zbadanie zgodności ocen (interrater reliability) i tym samym walidację narzędzi HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF w warunkach polskich. Ujawniają się tu kolejne potencjalne źródła zniekształceń tj. różnice w znajomości przypadku przez osoby oceniające, różnice w dostępie do źródeł, ograniczenia dostępu do pacjenta dla osób spoza szpitala, a także stopień znajomości i doświadczenia w zakresie stosowania narzędzi do oceny ryzyka przemocy.

Uzyskane wyniki stanowią wkład w wyjaśnianie modelu podejmowania oceny czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz zmian zachodzących w tych ocenach w trakcie 6 miesięcy leczenia. Część z analizowanych zmiennych osobowościowych okazała się mało istotna w wyjaśnianiu tego modelu, co stanowi pierwszy etap selekcji potencjalnych zmiennych w kontekście konstruowania modelu oceny ryzyka przemocy. Ocena ryzyka przemocy jest złożonym procesem a efekt końcowy procedury wykracza poza sam konstrukt czynników ryzyka i czynników ochronnych (por. Gierowski, 2014). W przyszłości warto podjąć próby stworzenia modelu teoretycznego oceny ryzyka przemocy i zweryfikować go za pomocą wielowymiarowej analizy badań z użyciem modelowania równań strukturalnych (SEM). Dla podjęcia takich analiz wskazane byłoby zrekrutowanie większej liczby pacjentów. Zalecana wielkość próby zależy od złożoności modelu, ponieważ modele zawierające więcej zmiennych i współczynników regresji, korelacji i wariancji do oszacowania wymagają większej ilości danych, aby uzyskać stabilne i możliwe do interpretacji wyniki. Jak wskazują Meehan i Stuart (2017) - w populacjach sądowych występują nietypowe dane, dlatego istnieje konieczność zwiększenia liczebności próby w celu uzyskania wiarygodnych wyników.

Powolne tempo zmian może wskazywać na to, że po pierwsze - narzędzie HCR-20<sup>V3</sup> nie jest na tyle wrażliwe, aby uchwycić zmiany w perspektywie kilku miesięcy, a po drugie – może prowadzić do zafałszowania wyników. O'Shea i Dickens (2016) wskazują bowiem, że klinicyści mają tendencję do niedoszacowania ryzyka w perspektywie braku redukcji w wynikach HCR-20. Może to wskazywać na to, że klinicyści dostrzegają zmiany, ale opierają swoje oceny na czynnikach spoza HCR-20.

Kolejnym ograniczeniem zastosowanej procedury badawczej było uwzględnienie pacjentów, u których występowały objawy zaburzeń psychicznych, co mogło zniekształcić wyniki metod samoopisowych dotyczących funkcjonowania osobowości. Wprawdzie zastosowano kryterium wyłączenia osób wykazujących ostre i ewidentne objawy psychiatryczne, ale u pacjentów mogły występować objawy resztkowe, utajone lub negatywne, które mogły zniekształcać samoopis osób badanych.

#### **6.10. Aplikacyjne znaczenie uzyskanych wyników.**

Uzyskane wyniki wpisują się w nurt publikacji, których wyniki stanowią podstawę do kwestionowania możliwości uchwycenia znaczących zmian w ocenie ryzyka przemocy na podstawie pomiarów z krótkimi odstępami czasu (Morrissey, Beeley i Milton, 2014; O'Shea i Dickens; de Vries i in., 2015). Tempo zmian na początku leczenia jest powolne. Biorąc po

uwagę przedział czasu, w którym dokonano pomiarów, należy uznać, że istnieje potrzeba dłuższych badań, z wielokrotnymi pomiarami, z dłuższymi okresami obserwacji w celu określenia czy zmiany wraz z upływem czasu stają się bardziej dynamiczne, czy też ich tempo pozostaje na stałym poziomie. W konsekwencji, dominującą praktyką w oddziałach psychiatrii sądowej, jest powtarzanie pomiarów z użyciem narzędzi z nurtu SPJ w sytuacji podejmowania kluczowych decyzji np. w sytuacji rozważania decyzji o przeniesieniu na inny stopień zabezpieczenia, czy też w przypadku zwalniania pacjenta do środowiska. Niewątpliwie wskazane byłoby ustalenie punktu wyjściowego i przeprowadzenie oceny wyjściowej, na początku leczenia pacjenta w systemie psychiatrii sądowej. Uzyskane dane mogą sugerować, że śledzenie zmian w poziomie ryzyka i ochrony wymaga ciągłości wykonywanej oceny na różnych poziomach zabezpieczenia. Cel ten może ułatwiać powszechne wprowadzanie w polskich oddziałach psychiatrii sądowej elektronicznych baz danych, które umożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia pacjenta wewnątrz danego szpitala.

Fakt powolnego tempa postępów w leczeniu w systemie psychiatrii sądowej - potwierdzony doniesieniami międzynarodowymi – stanowi ważny argument w dyskusji pomiędzy różnymi podmiotami (przede wszystkim sądem, adwokatami, prokuraturą, biegłymi, rzecznikiem praw obywatelskich, rzecznikiem praw pacjenta) dotyczącymi przesłanek warunkujących konieczność przebywania pacjenta na internacji/w określonym poziomie zabezpieczenia. Warto bowiem zwrócić uwagę, że wobec specjalistów pracujących w oddziałach psychiatrii sądowej pojawiają się różne sprzeczne oczekiwania, w tym oczekiwania dotyczące skracania czasu internacji. Obserwując wzrastającą tendencję wzmocnienia działań ukierunkowanych na ochronę praw człowieka realizowanych przez różne instytucje oraz wzrastającą tendencję do aktywności procesowej pacjentów, należy poważnie rozważyć obligatoryjne stosowanie pomiarów postępów w leczeniu, z użyciem wiarygodnych i uznanych metodologicznie narzędzi, w tym narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy.

Analizy konstruktów osobowościowych wydają się wskazywać na niewielką rolę konstruktów nastawienia regulacyjnego (Higgins, 1997) w kontekście oceny ryzyka przemocy. Uzyskane wyniki mogą ponadto sugerować, że ze wzmoczoną ostrożnością należy oceniać poprawę osób wykazujących określone cechy psychopatyczne. Konstruktem osobowościowym, którego pomiar należy poważnie rozważyć w trakcie przeprowadzania oceny ryzyka przemocy, jest impulsywność, a zwłaszcza jego poszczególne aspekty: negatywna popędliwość, brak premedytacji (przezorności), pozytywna popędliwość. Na podstawie wyników badań Hershbergera, Um i Cydersa (2017) należałoby ponadto rozważyć, czy wyodrębnić np. grupę pacjentów z wysoką negatywną popędliwością. Cecha ta może

bowiem hamować proces leczenia np. u pacjentów uzależnionych od substancji. Zapolski in. (2010) opisali rekomendacje dotyczące sposobu leczenia osób wykazujących problemy z negatywną popędlivością. Należy zatem rozważyć możliwość implementacji części tych rekomendacji do praktyki terapeutycznej w oddziałach psychiatrii sądowej.

## BIBLIOGRAFIA:

Abbiati, M., Palix, J., Gasser, J., Moulin, V. (2019). Predicting physically violent misconduct in prison: A comparison of four risk assessment instruments. *Behavioral Sciences & the Law*, 37, 61–77. <https://doi.org/10.1002/bsl.2364>

Abdi, H. (2007) Multiple Correlation Coefficient. In: Salkind, N.J., Ed., *Encyclopedia of Measurement and Statistics* (s. 648-651). Sage, Thousand Oaks.

Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., Kennedy, H. G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: Prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13, Article 197. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-197>

Abolalaei, A., Atadokht, A., Basharpour, S. (2022). Comparison of impulsivity, emotional instability, decision making and risky behaviors in patients with bipolar disorder and borderline personality disorder. *Journal of Research in Psychopathology*, 3(10), 1-11.

Achenbach, T. M. (2006). As Others See Us: Clinical and Research Implications of Cross-Informant Correlations for Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94–98. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00414.x>

Adams, J., Thomas, S. D. M., Mackinnon, T., Eggleton, D. (2018). The risk, needs and stages of recovery of a complete forensic patient cohort in an Australian state. *BMC Psychiatry*, 18, 35. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1584-8>

Agnew, R., Brezina, T., Wright, J. P., Cullen, F. T. (2002). Strain, personality traits, and delinquency: Extending general strain theory. *Criminology*, 40(1), 43-72.

Agnew, R., Scheuerman, H., Grosholz, J., Isom, D., Watson, L., Thaxton, S. (2011). Does victimization reduce self-control? A longitudinal analysis. *Journal of Criminal Justice*, 39(2), 169-174

Ainsworth, S. E., Baumeister, R. F., Ariely, D., Vohs, K. D. (2014). Ego depletion decreases trust in economic decision making. *Journal of Experimental Social Psychology*, 54, 40-49.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Akbaş Uslu, G. (2016). *The Effect of system justification and regulatory focus orientation in the endorsement of honor and honor based violence* [Praca doktorska]. Middle East Technical University.

Alter, A. L., Oppenheimer, D. M., Epley, N., Eyre, R. N. (2007). Overcoming intuition: Metacognitive difficulty activates analytic reasoning. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(4), 569–576. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.136.4.569>

Alzeer, S. M., Michailidou, M. I., Munot, M., Kyranides, M. N. (2019). Attachment and parental relationships and the association with psychopathic traits in young adults. *Personality and Individual Differences*, 151, Article 109499. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.009>

Alford, M., O'Rourke, S., Doyle, P., Todd, L. (2020). Examining the factors associated with impulsivity in forensic populations: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 54, 101409. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101409>

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anderson, C. A., Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>

Andrews, D. A., Bonta, J., Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19–52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>.

Andrews, D. A., Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39–55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>

Andrews, D. A., Bonta, J., Wormith, S. J. (2010). The Level of Service (LS) assessment of adults and older adolescents. In R. K. Otto, K. S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 199-225). New York: Routledge.

Andrews, K., Dunn, J. R., Prime, H., Duku, E., Atkinson, L., Tiwari, A., Gonzalez, A. (2021). Effects of household chaos and parental responsiveness on child executive functions: a novel, multi-method approach. *BMC psychology*, 9(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00651-1>

Arun, P., Das, S. (2016). Methylphenidate and Suicide. In *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse* (pp. 692-698). Academic Press.

ASIS International & Risk and Insurance Management Society (2015). *Risk assessment [RA.1-2015]*. American National Standards Institute.

Augustyniuk M. (2009). The risk of the occurrence of violence and the level of psychopathy in imprisoned persons. *Problems of Forensic Sciences*, 79, 268-282.



- Bakhshani, N. M., Hosseinbor, M. (2013). A comparative study of self-regulation in substance dependent and non-dependent individuals. *Global journal of health science*, 5(6), 40–45. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n6p40>
- Bakhshani, N. M. (2014). Impulsivity: a predisposition toward risky behaviors. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 3(2). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.20428>.
- Banasik, M. (2010). Ryzyko przemocy a psychopatia u sprawców czynów zabronionych. W B. Gulla, I. Niewiadomska, M. Wysocka-Pleczyk (Red.), *Białe plamy w psychologii sądowej* (s. 231-241), Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- 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.
- Banasik, M., Nowopolski, M., Gierowski, J. K. (2018). Formulation in forensic psychiatry: Problems, challenges and the usefulness of psychocriminological concepts. *Problems of Forensic Sciences*, 111(1), 79-96.
- Banasik, M., Pogrzeba, D., Gierowski, J., Welento- Nowacka, A., Nowopolski, M., Krupa, M. (2021). In search of the most important predictors of violence risk in a group of Polish patients in secure forensic psychiatry units. *Problems of Forensic Sciences*, 122–123, 111–128.
- Banasik, M., Pogrzeba, D., Gierowski, J., Welento- Nowacka, A., Nowopolski, M., Krupa, M. (2022). Intelligence as a protective factor and risk factor for violence in a group of forensic psychiatric inpatients. *Problems of Forensic Sciences*, 129, 5–28. <https://doi.org/10.4467/12307483PFS.22.001.16302>
- Bano, S., Cisheng, W., Khan, A. N., Khan, N. A. (2019). WhatsApp use and student's psychological well-being: Role of social capital and social integration. *Children and Youth Services Review*, 103, 200–208. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.06.002>
- Baran, D. (2023). Ocena prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa przez osobę z zaburzeniami preferencji seksualnych. W A. Depko, A. Krasowska (Red.). *Seksuologia sądowa III* (s. 19 – 58). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan, H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 61–79). The University of Chicago Press.
- Barwiński, Ł., Gierowski, J. K. (2009). Psychopathy against risk factors of violence in juvenile boys and girls. *Problems of Forensic Sciences*, 78, 184-207.
- Barwiński, Ł. (2018). *Psychopatia a procesy przetwarzania bodźców emocjonalnych* [Rozprawa doktorska, Uniwersytet Jagielloński]. Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego. <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/308478> (dostęp: 21.08.2023)
- Bate, C., Boduszek, D., Dhingra, K., Bale, C. (2014). Psychopathy, Intelligence and Emotional Responding in a Non-Forensic Sample: A Physiological Investigation. *Journal of*

*Forensic Psychiatry and Psychology*, 25(5), 600-612.  
<https://doi.org/10.1080/14789949.2014.943798>

Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., Tice, D.M. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność do samokontroli*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Baumeister, R. F. (2004). Wyczerpywanie się ego i funkcja wykonawcza Ja. W A. Tesser, R. B. Felson, J. M. Suls (red.). *Ja i tożsamość. Perspektywa psychologiczna* (s. 17-38). Gdańsk: GWP

Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351–355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>

Bąk, W. (2008). Teoria ukierunkowań regulacyjnych E. Tory Higginsa. *Roczniki Psychologiczne*, 11(1), 7-38.

Belfrage, H., Douglas, K. S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 25–36. <https://doi.org/10.1080/14999013.2002.10471158>

Belfrage, H. (2013). *How to successfully implement the HCR-20 in practice?* [Paper presentation]. International launch for Version 3 of the HCR-20. Edinburgh Scotland.

Belfrage, H. (2015). Upgrading the practical use of the historical clinical risk management–20 in forensic psychiatric treatment: The process of going from version 2 to version 3 at two forensic psychiatric hospitals. *Journal of Threat Assessment and Management*, 2(1), 33–39. <https://doi.org/10.1037/tam0000032>

Belzeaux, R., Boyer, L., Mazzola-Pomietto, P., Michel, P., Correard, N., Aubin, V., Bellivier, F., Bougerol, T., Olie, E., Courtet, P., Etain, B., Gard, S., Kahn, J. P., Passerieux, C., Leboyer, M., Henry, C., Azorin, J. M., French Advanced Centers of Expertise for Bipolar Disorders Collaborators (2015). Adherence to medication is associated with non-planning impulsivity in euthymic bipolar disorder patients. *Journal of affective disorders*, 184, 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.041>

Berg, J. M., Smith, S. F., Watts, A. L., Ammirati, R., Green, S. E., & Lilienfeld, S. O. (2013). Misconceptions regarding psychopathic personality: Implications for clinical practice and research. *Neuropsychiatry*, 3(1), 63.

Berg, J. M., Latzman, R. D., Bliwise, N. G., Lilienfeld, S. O. (2015). Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological Assessment*, 27(4), 1129–1146. <https://doi.org/10.1037/pas0000111>

Berkman E. T. (2016). Self-regulation training. In Vohs K. D., Baumeister R. F. (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (3rd ed., pp. 440–457). New York, NY: Guilford.

- Bettencourt, B. A., Talley, A., Benjamin, A. J., & Valentine, J. (2006). Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *132*(5), 751–777. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.751>
- Bianchini, V., Cofini, V., Curto, M., Lagrotteria, B., Manzi, A., Navari, S., Ortenzi, R., Paoletti, G., Pompili, E., Pompili, P. M., Silvestrini, C., & Nicolò, G. (2019). Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: An Italian pilot study. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, *29*(2), 122–130. <https://doi.org/10.1002/cbm.2102>
- Billen, E., Garofalo, C., Vermunt, J., Bogaerts, S. (2019). Trajectories of self-control in a forensic psychiatric sample stability and association with psychopathology, criminal history, and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, *46*(9), 1255-1275. <https://doi.org/10.1177/0093854819856051>
- Billen, E. (2022). *Improving the understanding of self-regulation: Perspectives for forensic research and practice* [rozprawa doktorska]. Proefschriftmaken.
- Billieux, J., Van Der Linden, M., Rochat, L. (2008). The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology*, *22*(9), 1195–1210. <https://doi.org/10.1002/acp.1429>
- Billieux, J., Heeren, A., Rochat, L., Maurage, P., Bayard, S., Bet, R., & Besche-Richard, C. (2021). Positive and negative urgency as a single coherent construct: Evidence from a large-scale network analysis in clinical and non-clinical samples. *Journal of personality*, *89*(6), 1252-1262. <https://doi.org/10.1111/jopy.12655>
- Birkley E. L., Smith G. T. (2011). Recent advances in understanding the personality underpinnings of impulsive behavior and their role in risk for addictive behaviors. *Current Drug Abuse Reviews*, *4*(4), 215–227. <https://dx.doi.org/10.2174/1874473711104040215>
- Björkly, S. (2013). A systematic review of the relationship between impulsivity and violence in persons with psychosis: Evidence or spin cycle? *Aggression and Violent Behavior*, *18*(6), 753–760. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.08.001>
- Björkly, S., Eidhammer, G., Selmer, L. E. (2014). Concurrent validity and clinical utility of the HCR-20V3 compared with the HCR-20 in forensic mental health nursing: Similar tools but improved method. *Journal of Forensic Nursing*, *10* (4), 1–9, 234–242. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000047>
- Blackburn, R., Coid, J. W. (1998). Psychopathy and the dimensions of personality disorders in violent offenders. *Personality and Individual Differences*, *25*(1), 129–145. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00027-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00027-0)
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition*, *14*(4), 698-718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>

- Blair, R. J. R. (2007). Empathic dysfunction in psychopathic individuals. In T. Farrow & P. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 3–16). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543753.002>
- Blair, R. J. R. (2008). The cognitive neuroscience of psychopathy and implications for judgments of responsibility. *Neuroethics*, *1*(3), 149–157. <https://doi.org/10.1007/s12152-008-9016-6>
- Blair, R. J. R. (2013). Psychopathy: Cognitive and neural dysfunction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *15*(2), 181–190. <https://doi.org/10.31887/dcons.2013.15.2/rblair>
- Blais, J., Solodukhin, E., Forth, A. E. (2014). A meta-analysis exploring the relationship between psychopathy and instrumental versus reactive violence. *Criminal Justice and Behavior*, *41*(7), 797–821. <https://doi.org/10.1177/0093854813519629>
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002) A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addictions*, *97*, 487-499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2006) Gambling and impulse control disorders. In M. Hersen, & J.C. Thomas (eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Volume 2* (pp. 370-388).: *Adult psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.
- Bloom, H., Webster, C., Hucker, S., De Freitas, K. (2005). The Canadian contribution to violence risk assessment: History and implications for current psychiatric practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1177/07067437050500010>
- Boduszek, D., Debowska, A., Dhingra, K., DeLisi, M. (2016a). Introduction and validation of Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS) in a large prison sample. *Journal of Criminal Justice*, *46*, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.02.004>.
- Boduszek, D., Debowska, A. (2016b). Critical evaluation of psychopathy measurement (PCL-R and SRP-III/SF) and recommendations for future research. *Journal of Criminal Justice*, *44*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2015.11.004>
- Boduszek, D., Debowska, A., Willmott, D. (2017). Latent profile analysis of psychopathic traits among homicide, general violent, property, and white-collar offenders. *Journal of Criminal Justice*, *51*, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.06.001>
- Boduszek, D., Debowska, A., Sherretts, N., Willmott, D. (2018). Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS): Construct validity of the instrument in a sample of U.S. Prisoners. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1596.
- Boduszek, D., Debowska, A., Willmott, D. (2019). Psychopathic Personality Traits Model (PPTM): a new approach to defining psychopathy. In M. DeLisi (Red.), *Routledge International Handbook of Psychopathy and Crime* (s. 216 - 224). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Boduszek, D., Debowska, A., McDermott, D., Willmott, D., Sharratt, K. (2022). Psychopathic Personality Traits Scale–Revised (PPTS-R): Empirical investigation of construct validity and

- dimensionality in a forensic and non-forensic sample. *Deviant Behavior*, 43(7), 821-828. <https://doi.org/10.1080/01639625.2021.1919496>
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., Webster, C. D. (1997). *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.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., Webster, C. D. (2017). *Manual for version 2 of the sexual violence risk—20: Structured professional judgment guidelines for assessing and managing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: Protect International Risk and Safety Services Inc.
- Bonta, J., Andrews, D. A. (2016). *The psychology of criminal conduct*. New York: Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315677187>
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines, and training. *American Psychologist*, 51(9), 945–956. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.9.945>
- Borum, R., Bartel, P., Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bousardt, A. M., Hoogendoorn, A. W., Noorthoorn, E. O., Hummelen, J. W., & Nijman, H. L. (2016). Predicting inpatient aggression by self-reported impulsivity in forensic psychiatric patients. *Criminal behaviour and mental health*, 26(3), 161-173. <https://doi.org/10.1002/cbm.1955>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Brand, J. (2018). *Effect of protective factors on outward aggression within forensic inpatients* (Master's thesis). University of Twente, Enschede, The Netherlands. [https://essay.utwente.nl/76415/1/Brand\\_MA\\_faculty.pdf](https://essay.utwente.nl/76415/1/Brand_MA_faculty.pdf) (dostęp: 24.04.2023).
- Bresin, K. (2019). Impulsivity and aggression: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 124–140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.003>
- Brook, M., Kosson, D. S. (2013). Impaired cognitive empathy in criminal psychopathy: Evidence from a laboratory measure of empathic accuracy. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 156–166. <https://doi.org/10.1037/a0030261>
- Brookstein, D. M., Daffern, M., Ogloff, J. R., Campbell, R. E., Chu, C. M. (2020). Predictive validity of the HCR-20V3 in a sample of Australian forensic psychiatric patients. *Psychiatry, Psychology and Law*, 28(3), 325-342. <https://doi.org/10.1080/13218719.2020.1775152>
- Brown., J.R., Feige, Y. (2019). Thought experiments [Encyclopedia entry]. W. E. N. Zalta (Red.). *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Winter 2019 ed.). <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/ththought-experiment/>

Brennan, G. M., Stuppy-Sullivan, A. M., Baskin-Sommers, A. R. (2022). Psychopathy and Substance Use Disorders Substance use disorders (SUDs). In *The Complexity of Psychopathy* (str. 263-291). Cham: Springer International Publishing.

Brunner, D., Hen, R. (1997). Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice. In D. M. Stoff, J. J. Mann (Eds.), *The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic* (pp. 81–105). New York Academy of Sciences.

Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Brännström, L., Kaunitz, C., Andershed, A.-K., South, S., & Smedslund, G. (2016). Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 27*, 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.02.006>

Buckholtz, J. W., Treadway, M. T., Cowan, R. L., Woodward, N. D., Benning, S. D., Li, R., Ansari, M. S., Baldwin, R. M., Schwartzman, A. N., Shelby, E. S., Smith, C. E., Cole, D., Kessler, R. M., Zald, D. H. (2010). Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits. *Nature Neuroscience, 13*(4), 419–421. <https://doi.org/10.1038/nn.2510>

Buczny, J., Łukaszewski, W. (2008). Regulacja zachowania wytrwałego. *Czasopismo Psychologiczne, 14*(2), 1-13.

Buczny, J., Międzybrodzka, E. (2014). Samokontrola i jej rola w odżywianiu się. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni, 86*, 29-42.

Burghart, M., de Ruiter, C., Hynes, S. E., Krishnan, N., Levtova, Y., Uyar, A. (2023). The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF): A meta-analysis of its predictive and incremental validity. *Psychological Assessment, 35*(1), 56–67. <https://doi.org/10.1037/pas0001184>

Burghart, M., Mier, D. (2022). No feelings for me, no feelings for you: A meta-analysis on alexithymia and empathy in psychopathy. *Personality and Individual Differences, 194*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111658>

Bushman, B. J., Anderson, C. A. (2001). Is it time to pull the plug on hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review, 108*(1), 273–279. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.273>

Bushman, B. J., Baumeister, R. F. (2002). Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Research in Personality, 36*(6), 543–545. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00502-0](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00502-0)

Bushman, B. J., Thomaes, S. (2011). When the narcissistic ego deflates, narcissistic aggression inflates. In W. K. Campbell, J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 319–329). John Wiley & Sons, Inc.

- Buyukcan-Tetik, A., Finkenauer, C., Siersema, M., Vander Heyden, K., Krabbendam, L. (2015). Social relations model analyses of perceived self-control and trust in families. *Journal of Marriage and Family*, 77, 209–223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12154>
- Cabeldue, M., Green, D., Griswold, H., Schneider, M., Smith, J., Belfi, B., Kunz, M. (2018). Using the HCR-20V3 to differentiate insanity acquittees based on opinions of readiness for transfer. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 46(3), 339–350. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003769-18>
- Campbell, M. A., French, S., Gendreau, P. (2009). The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36(6), 567–590. <https://doi.org/10.1177/0093854809333610>
- Campbell, M. A., Porter, S., Santor, D. (2004). Psychopathic traits in adolescent offenders: An evaluation of criminal history, clinical, and psychosocial correlates. *Behavioral sciences & the law*, 22(1), 23-47. <https://doi.org/10.1002/bsl.572>
- Carli, V., Mandelli, L., Zaninotto, L., Alberti, S., Roy, A., Serretti, A., Sarchiapone, M. (2014). Trait-aggressiveness and impulsivity: role of psychological resilience and childhood trauma in a sample of male prisoners. *Nordic journal of psychiatry*, 68(1), 8–17. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.756061>
- Carpenter, K. M., Schreiber, E., Church, S., McDowell, D. D. (2006). Drug Stroop performance: Relationships with primary substance of use and treatment outcome in a drug-dependent outpatient sample. *Addictive Behaviors*, 31, 174–18.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Cawood, J. S. (2017). The interrater reliability and predictive validity of the HCR-20V3 in common workplace environments. *Journal of Threat Assessment and Management*, 4(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/tam0000071>
- Chakhssi, F., de Ruiter, C., Bernstein, D. (2010). Change during forensic treatment in psychopathic versus nonpsychopathic offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 660–682. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.483283>
- Chapple, C. L., Pierce, H., Jones, M. S. (2021). Gender, adverse childhood experiences, and the development of self-control. *Journal of criminal justice*, 74, 101811. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101811>
- Chan, B., Shehtman, M. (2019). Clinical risk factors of acute severe or fatal violence among forensic mental health patients. *Psychiatry research*, 275, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.005>
- Cairns, R. B., Cairns, B. D., Neckerman, H. J., Gest, S. D., Gariépy, J.-L. (1988). Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? *Developmental Psychology*, 24(6), 815–823. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.6.815>

Chaimowitz, G., Mamak, M. (2011). Companion guide to the aggressive incidents scale and the Hamilton anatomy of risk management. Hamilton, Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare.

Charney, D. A., Zikos, E., Gill, K. J. (2010). Early recovery from alcohol dependence: factors that promote or impede abstinence. *Journal of substance abuse treatment*, 38(1), 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.06.002>

Chen, Y., Douglas, K. S., Zhang, Z., Xiao, C., Wang, H., Wang, Y., Ma, A. (2023). Evaluating the HCR-20<sup>V3</sup> violence risk assessment measure with mentally disordered offenders and civil psychiatric patients in China. *Behavioral Sciences & the Law*, 1– 21. <https://doi.org/10.1002/bsl.2614>

Cheng, J., Haag, A. M., Olver, M. E. (2019). Predictors of historical clinical risk management-20 version 3 (HCR-20: V3) summary risk ratings. *Psychiatry, Psychology and Law*, 26, 682–692. <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1618753>

Cheung, T. T. L., Gillebaart, M., Kroese, F., & De Ridder, D. (2014). Why are people with high self-control happier? The effect of trait self-control on happiness as mediated by regulatory focus. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 722. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00722>

Chermack, S. T., Blow, F. C. (2002). Violence among individuals in substance abuse treatment: The role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(1), 29–37. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00180-6](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00180-6)

Chu, C. M., Daffern, M., Ogloff, J. R. P. (2013). Predicting aggression in acute inpatient psychiatric setting using BVC, DASA, and HCR-20 Clinical scale. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(2), 269–285. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.773456>

Cierpiałkowska, L., Groth, J., Kleka, P. (2018). Level of personality integration in psychopathy. *Psychiatria Polska*, 52(1), 55–67. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/65750>

Cima, M., Raine, A. (2009). Distinct characteristics of psychopathy relate to different subtypes of aggression. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 835–840. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.031>

Ciszewski, L., Wardeński, R. (1998). Założenia organizacyjne i terapeutyczne Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 7, 75–81.

Clark, N. M., Gong, M., Kaciroti, N. (2014). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 41(5), 499–508. <https://doi.org/10.1177/1090198114547701>

Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., Aiken, L. S. (2003) *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. Third Edition*. Routledge: New York.



Cook, A. N., Moulden, H. M., Mamak, M., Lalani, S., Messina, K., Chaimowitz, G. (2018). Validating the hamilton anatomy of risk management–forensic version and the aggressive incidents scale. *Assessment*, 25(4), 432–445. <https://doi.org/10.1177/1073191116653828>

Cleckley, H. (1988). *The mask of sanity (5th ed.)*. St. Louis: C. V. Mosby (Originally published 1941).

Coid, J. W., Yang, M., Ullrich, S., Hickey, N., Kahtan, N., & Freestone, M. (2015a). Psychiatric diagnosis and differential risks of offending following discharge. *International journal of law and psychiatry*, 38, 68-74.

Coid, J. W., Kallis, C., Doyle, M., Shaw, J., Ullrich, S. (2015b). Identifying causal risk factors for violence among discharged patients. *PLoS One*, 10 (11), e0142493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142493>

Coid, J. W., Ullrich, S., Kallis, C., Freestone, M., Gonzalez, R., Bui, L., ... Bebbington, P. (2016). Improving risk management for violence in mental health services: A multimethods approach. *Programme grants for applied research*, 4 (16). <https://doi:10.3310/pgfar04160>

Cooke, D. J., Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171–188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.171>

Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2012). Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *The International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 242–252. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746759>

Cooke, D. J., Logan, C. (2018). Capturing psychopathic personality: Penetrating the mask of sanity through clinical interview. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 189–210). The Guilford Press.

Coskunpinar, A., Dir, A. L., Cyders, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol use: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 37(9), 1441-1450. <https://doi.org/10.1111/acer.12131>

Costa, F. M., Jessor, R., Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 480–490. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.480>

Coupland, R. B. A. (2015). *An examination of dynamic risk, protective factors, and treatment-related change in violent offenders* (Praca doktorska). University of Saskatchewan. Pobrane z <https://ecommons.usask.ca/handle/10388/ETD-2015-03-1998> (dostęp: 23.05.2023).

Creswell, K. G., Wright, A. G. C., Flory, J. D., Skrzynski, C. J., Manuck, S. B. (2019). Multidimensional assessment of impulsivity-related measures in relation to externalizing behaviors. *Psychological Medicine*, 49(10), 1678–1690. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002295>

Cyders, M. A., Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807–828. <https://doi.org/10.1037/a0013341>

Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107–118. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.107>

Cyders, M. A., Flory, K., Rainer, S., Smith, G. T. (2009). The role of personality dispositions to risky behavior in predicting first-year college drinking. *Addiction*, 104(2), 193-202. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02434.x>

Cyders, M. A. (2013). Impulsivity and the sexes: Measurement and structural invariance of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Assessment*, 20(1), 86–97. <https://doi.org/10.1177/1073191111428762>

Cyders, M. A. (2014). Positive urgency and negative outcomes: The dispositional tendency to rash action during positive emotional states. In J. Gruber & J. T. Moskowitz (Eds.), *Positive emotion: Integrating the light sides and dark sides* (pp. 382–405). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199926725.003.0021>

Craparo, G., Schimmenti, A., Caretti, V. (2013). Traumatic experiences in childhood and psychopathy: A study on a sample of violent offenders from Italy. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), Article 21471. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21471>

Crowe, E., Higgins, E. T. (1997). Regulatory focus and strategic inclinations: Promotion and prevention in decision-making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69(2), 117–132. <https://doi.org/10.1006/obhd.1996.2675>

Dargis, M., Newman, J., Koenigs, M. (2016). Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 221–228. <https://doi.org/10.1037/per0000147>

Darmis, R. W., Winarsunu, T., Yuniardi, M. S. (2020). Improvement of Self-regulation to Reduce Externalizing Behavior Problems in Juvenile Prisoners. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(05), 903-912.

Davis, J. P., Smith, D. C., Briley, D. A. (2017). Substance use prevention and treatment outcomes for emerging adults in non-college settings: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(3), 242–254. <https://doi.org/10.1037/adb0000267>

Davoren, M., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., Wright, B., Kennedy, H. G. (2013). Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: The DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. *BMC Psychiatry*, 13, 185. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-185>

- Debowska, A., Mattison, M. L. A., Boduszek, D. (2015). Gender differences in the correlates of reactive aggression. *Polish Psychological Bulletin*, 46(3), 469–476. <https://doi.org/10.1515/ppb-2015-0053>
- Debowska, A., Boduszek, D., Sherretts, N., Willmott, D., Jones, A. D. (2018). Profiles and behavioral consequences of child abuse among adolescent girls and boys from Barbados and Grenada. *Child Abuse & Neglect*, 79, 245–258. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.018>
- Decety, J., Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: a social developmental neuroscience account. *Development and psychopathology*, 20(4), 1053–1080. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000503>
- De Jonge, E., Nijman, H. L., Lammers, S. M. (2009). Behavioural changes during forensic psychiatric treatment: a multicenter study. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 51(4), 205-215.
- DeLisi, M., Vaughn, M. G. (2014). Foundation for a temperament-based theory of antisocial behavior and criminal justice system involvement. *Journal of Criminal Justice*, 42(1), 10–25. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.11.001>
- DeLisi, M., Tostlebe, J., Burgason, K., Heirigs, M., Vaughn, M. (2018). Self-control versus psychopathy: A head-to-head test of general theories of antisociality. *Youth violence and juvenile justice*, 16(1), 53-76.
- DeLisi, M., Bouffard, J. A., Miller, H. A. (2020). Another look at the self-control vs. Psychopathy debate: A study assessing sexual aggression, aggression, and substance abuse. *American Journal of Criminal Justice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09582-w>
- Denissen, J. J. A., Thomaes, S., Bushman, B. J. (2018). Self-regulation and aggression: Aggression-provoking cues, individual differences, and self-control strategies. In D. de Ridder, M. Adriaanse, K. Fujita (Eds.), *The Routledge international handbook of self-control in health and well-being* (pp. 330–339). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315648576-26>
- DeMatteo, D., Hart, S. D., Heilbrun, K., Boccaccini, M. T., Cunningham, M. D., Douglas, K. S., Dvoskin, J. A., Edens, J. F., Guy, L. S., Murrie, D. C., Otto, R. K., Packer, I. K., Reidy, T. J. (2020). Statement of concerned experts on the use of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in capital sentencing to assess risk for institutional violence. *Psychology, Public Policy, and Law*, 26(2), 133–144. <https://doi.org/10.1037/law0000223>
- Denissen, J. J. A., Thomaes, S., Bushman, B. J. (2018). Self-regulation and aggression: Aggression-provoking cues, individual differences, and self-control strategies. In D. de Ridder, M. Adriaanse, K. Fujita (Eds.), *The Routledge international handbook of self-control in health and well-being* (pp. 330–339). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315648576-26>
- Derefinko, K., DeWall, C. N., Metze, A. V., Walsh, E. C., Lynam, D. R. (2011). Do different facets of impulsivity predict different types of aggression? *Aggressive Behavior*, 37(3), 223–233. <https://doi.org/10.1002/ab.20387>

- DeSarbo, W. S., Edwards, E. A. (1996). Typologies of compulsive buying behavior: A constrained clusterwise regression approach. *Journal of consumer psychology*, 5(3), 231-262. [https://doi.org/10.1207/s15327663jcp0503\\_02](https://doi.org/10.1207/s15327663jcp0503_02)
- DeSorcy, D. R., Olver, M. E., Wormith, J. S. (2016). Working alliance and its relationship with treatment outcome in a sample of aboriginal and non-aboriginal sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 28(4), 291–313. <https://doi.org/10.1177/1079063214556360>
- de Vogel, V., de Ruiter, C. (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12(3), 321–336. <https://doi.org/10.1080/10683160600569029>
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF: Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 171–177. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.600230>
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF: Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*, 2nd ed. Utrecht, The Netherlands: De Forensische Zorgspecialisten.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout, W., Place, C. (2014). *Female Additional Manual (FAM). Additional guidelines to the HCR-20 for assessing risk for violence in women*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- de Vogel, V., van den Broek, E., de Vries Robbé, M. (2014). The use of the HCR-20V3 in Dutch forensic psychiatric practice. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 109–121. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906518>
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., de Vries Robbé, M. (2016). Wytyczne do oceny czynników ochronnych dotyczących ryzyka przemocy (M. Nowopolski, A. Welento-Nowacka, L. Ciszewski, Tłum.). Gdańsk: Michał Nowopolski.
- de Vogel, V., Bruggeman, M., Lancel, M. (2019). Gender-sensitive violence risk assessment: Predictive validity of six tools in female forensic psychiatric patients. *Criminal Justice and Behavior*, 46(4), 528–549. <https://doi.org/10.1177/0093854818824135>
- de Vogel, V., De Beuf, T., Shepherd, S., Schneider, R. D. (2022). Violence risk assessment with the HCR-20V3 in legal contexts: A critical reflection. *Journal of Personality Assessment*, 104(2), 252–264. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2021925>
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., de Spa, E. (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 178–186. doi:10.1080/14999013.2011.600232

de Vries Robbé, M., de Vogel, V. (2013). Protective factors for violence risk: Bringing balance to risk assessment. In C. Logan, L. Johnstone (Red.), *Managing clinical risk: A guide to effective practice* (s. 293–310). London: Routledge.

de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K. S. (2013). Risk factors and protective factors: A two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(4), 440–457. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.818162>

de Vries Robbé, M. (2014). *Protective factors: Validation of the structured assessment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry*. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek.

de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Koster, K., Bogaerts, S. (2015). Assessing protective factors for sexually violent offending with the SAPROF. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 27(1), 51–70. <https://doi.org/10.1177/1079063214550168>

De Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K. S., Nijman, H. L. I. (2015b). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law and Human Behavior*, 39(1), 53–61. <https://doi.org/10.1037/lhb0000089>

de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Wever, E. C., Douglas, K. S., Nijman, H. L. (2016). Risk and protective factors for inpatient aggression. *Criminal Justice and Behavior*, 43(10), 1364–1385. <https://doi.org/10.1177/0093854816637889>

de Vries Robbé, M., Upfold, C., Rangan, M., Moulden, H., Mamak, M., Chaimowitz, G. (2019). *Protective factors and their relation to violent incidents and release decision-making*. Paper presented at the Annual IAFMHS Conference, Montreal, Quebec.

de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Veldhuizen, A. (2021). The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF). In K. S. Douglas, R. K. Otto (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (2nd ed., s. 410–437). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315518374>

de Ruiter, C., Nicholls, T. L. (2011). Protective factors in forensic mental health: A new frontier. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 160–170. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.600602>

Dickman, S. J. (1993). Impulsivity and information processing. In W. G. McCown, J. L. Johnson, M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 151–184). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10500-010>

Doerfler, S. M., Tajmirriyahi, M., Ickes, W., Jonason, P. K. (2021). The self-concepts of people with dark triad traits tend to be weaker, less clearly defined, and more state related. *Personality and Individual Differences*, 180. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110977>

Dolan, M., Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34(6), 1093–1102. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002028>

- Dolan, M., Doyle, M. (2007). Psychopathy: diagnosis and implications for treatment. *Psychiatry*, 6(10), 404-408. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.07.005>
- Douglas, K. S., Belfrage, H. (2001). Use of the HCR-20 in violence risk management: Implementation and clinical practice. In K. S. Douglas, C. D. Webster, D. Eaves, S. D. Hart, J. R. P. Ogloff (Eds.), *The HCR-20 violence risk management companion manual*. Burnaby, BC: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617–658. <https://doi.org/10.1177/009385402236735>.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P. (2003). Multiple facets of risk for violence: The impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 2(1), 19–34. <https://doi.org/10.1080/14999013.2003.10471176>
- Douglas, K. S. (2008). *The HCR-20 violence risk assessment scheme*. In B. Cutler (Red.), *Encyclopedia of psychology and law* (s. 353-354). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Douglas, K., S., Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.3.347>
- Douglas, K. S., Reeves, K. (2010). The HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and review of the research. In R. K. Otto, K. S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (s. 147-185). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Douglas, K. S., Strand, S., Belfrage, H. (2011). *Dynamic risk: Evaluating the nature and predictive validity of change on the clinical and risk management scales of the HCR-20*. Paper presented at the eleventh international conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Barcelona, Spain.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H. (2013). *HCR20<sup>V3</sup>: Assessing risk for violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H. (2016). *HCR20<sup>V3</sup>: Ocena ryzyka przemocy – podręcznik użytkownika* (M. Nowopolski, A. Welento-Nowacka, L. Ciszewski, E. Kozicka, J. Masłowski, T. Wiczorek, Tłum.). Gdańsk: Michał Nowopolski.
- Douglas, K. S., Blanchard, A., Hendry, M. (2013). Violence risk assessment and management: Putting structured professional judgment into practice. In C. Logan & L. Johnstone (Eds.), *Risk assessment and management: Clinical guidelines for effective practice* (s. 29–55). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., Wilson, C. M. (2014). Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and overview. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 93–108. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519>

Douglas, K. S., Belfrage, H. (2014). Interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 Version 3. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 130–139. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.908429>

Douglas, K. S., Nikolova, N. L., Kelley, S. E., & Edens, J. F. (2015). Psychopathy. In B. L. Cutler, P. A. Zapf (Eds.), *APA handbook of forensic psychology, Vol. 1. Individual and situational influences in criminal and civil contexts* (pp. 257–323). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14461-009>

Douglas, K. S. (2019). Evaluating and managing risk for violence using structured professional judgment. In D. L. L. Polaschek, A. Day, C. R. Hollin (Eds.), *The Wiley international handbook of correctional psychology* (s. 429–445). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119139980.ch26>.

Douglas, K. S., Shaffer, C. S. (2021). The science of and practice with the HCR-20 V3 (Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3). In K. S. Douglas & R. K. Otto (Red.), *Handbook of violence risk assessment* (s. 253–293). New York: Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315518374-16>

Doyle, M., Power, L. A., Coid, J., Kallis, C., Ullrich, S., & Shaw, J. (2014). Predicting post-discharge community violence in England and Wales using the HCR-20V3. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 140–147. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906517>

Drake, K., Belsky, J., Fearon, R. M. P. (2014). From early attachment to engagement with learning in school: The role of self-regulation and persistence. *Developmental Psychology*, 50(5), 1350–1361. <https://doi.org/10.1037/a0032779>

Drislane, L. E., Patrick, C. J., Arsal, G. (2014a). Clarifying the content coverage of differing psychopathy inventories through reference to the Triarchic Psychopathy Measure. *Psychological Assessment*, 26(2), 350–362. <https://doi.org/10.1037/a0035152>

Drislane, L. E., Patrick, C. J., Sourander, A., Sillanmäki, L., Aggen, S. H., Elonheimo, H., Parkkola, K., Multimäki, P., Kendler, K. S. (2014b). Distinct variants of extreme psychopathic individuals in society at large: Evidence from a population-based sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 154–163. <https://doi.org/10.1037/per0000060>

D'Silva, K., Duggan, C., McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 163–177. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.163.32775>

Edens, J. F., Hart, S. D., Johnson, D. W., Johnson, J. K., Olver, M. E. (2000). Use of the Personality Assessment Inventory to assess psychopathy in offender populations. *Psychological Assessment*, 12(2), 132–139. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.2.132>

- Edens, J. F., Marcus, D. K., Lilienfeld, S. O., Poythress, N. G., Jr. (2006). Psychopathic, not psychopath: Taxometric evidence for the dimensional structure of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(1), 131–144. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.131>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences study. *The American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Egan, V., Angus, S. (2004). Is social dominance a sex-specific strategy for infidelity? *Personality and Individual Differences, 36*(3), 575–586. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00116-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00116-8)
- Eichstaedt, K. (2022a). Środki zabezpieczające. Uwagi ogólne. W P. Gałęcki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 248). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Eichstaedt, K. (2022b). Prawne przesłanki orzeczenia izolacyjnego i nieizolacyjnych środków zabezpieczających. W P. Gałęcki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 250-256). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Eichstaedt, K. (2022c). Okoliczności wyłączające odpowiedzialność karną. W: K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko. *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń* (s. 71-91). Warszawa: Wolters Kluwer
- Eichstaedt, K. (2022d). Przesłanki orzeczenia obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Czas trwania obserwacji. W: P. Gałęcki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 228-233). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Eichstaedt, K. (2022e). Wykonanie środków zabezpieczających (uwagi ogólne, właściwość sądu). W P. Gałęcki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 257). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Eichstaedt, K. (2022f). Wykonanie izolacyjnego środka zabezpieczającego. W: P. Gałęcki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 258-264). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Eichstaedt, K. (2022f). Wykonanie izolacyjnego środka zabezpieczającego. W: P. Gałęcki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 258-264). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Eisenberg, I. W., Bissett, P. G., Zeynep Enkavi, A., Li, J., MacKinnon, D. P., Marsch, L. A., Poldrack, R. A. (2019). Uncovering the structure of self-regulation through data-driven ontology discovery. *Nature communications, 10*(1), 2319. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-10301-1>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., Zimmerman, M. (2016). The Clinical Significance of Single Features of Borderline Personality Disorder: Anger, Affective Instability, Impulsivity, and Chronic Emptiness in Psychiatric Outpatients. *Journal of personality disorders, 30*(2), 261–270. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_193](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_193)



- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213. <https://doi.org/10.1002/cbm.542>
- Enticott, P. G., Ogloff, J. R. P. (2006). Elucidation of impulsivity. *Australian Psychologist*, 41(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/00050060500391894>
- Evans, G. W., Fuller-Rowell, T. E. (2013). Childhood poverty, chronic stress, and young adult working memory: the protective role of self-regulatory capacity. *Developmental science*, 16(5), 688–696. <https://doi.org/10.1111/desc.12082>
- Eysenck, H. J. (1993). The nature of impulsivity. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 57–69). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10500-004>
- Eysenck, S. B., Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(1), 57-68. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb01003.x>
- Farrell, G. A., Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *International journal of nursing studies*, 49(11), 1423-1431. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.007>
- Falzer, P. R. (2013). Valuing structured professional judgment: Predictive validity, decision-making, and the clinical-actuarial conflict. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(1), 40–54. <https://doi.org/10.1002/bsl.2043>
- Favaloro, B., Moustafa, A. A. (2020). Intolerance of uncertainty and addiction. In A. A. Moustafa (Ed.), *Cognitive, Clinical, and Neural Aspects of Drug Addiction* (pp. 205-220). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816979-7.00009-1>
- Farrington, D. P., Loeber, R. (2000). Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10(2), 100–122. <https://doi.org/10.1002/cbm.349>
- Fazel, S., Bains, P., Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191.
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 345. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4692>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Fazel, S., Sariaslan, A., Fanshawe, T. (2022). Towards a more evidence-based risk assessment for people in the criminal justice system: the case of OxRec in the Netherlands. *European*

*journal on criminal policy and research*, 28(3), 397-406. <https://doi.org/10.1007/s10610-022-09520-y>

Feeney, B. C., Thrush, R. L. (2010). Relationship influences on exploration in adulthood: The characteristics and function of a secure base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 57–76. <https://doi.org/10.1037/a0016961>

Felson, M., Cohen, L. (1980). Human Ecology and Crime: A Routine Activity Approach. *Human Ecology*, 8, 389-405. <https://doi.org/10.1007/BF01561001>

Felson, R. B. (1997). Routine activities and involvement in violence as actor, witness, or target. *Violence and Victims*, 12(3), 209–221.

Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fitzpatrick, K. M. (1997). Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 131–148. <https://doi.org/10.2307/2955421>

Fleiss, J. L., Levin, B., Paik, M. C. (1981). The measurement of interrater agreement. *Statistical methods for rates and proportions*, 2(212-236), 22-23.

Forth, A. E., Kosson, D. S., & Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Forth, A., Sezlik, S., Lee, S., Ritchie, M., Logan, J., Ellingwood, H. (2022). Toxic Relationships: The Experiences and Effects of Psychopathy in Romantic Relationships. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(15), 1627–1658. <https://doi.org/10.1177/0306624X211049187>

Fossati, A., Somma, A., Karyadi, K. A., Cyders, M. A., Bortolla, R., Borroni, S. (2016). Reliability and validity of the Italian translation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale in a sample of consecutively admitted psychotherapy patients. *Personality and Individual Differences*, 91, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.020>

Fox, B., DeLisi, M. (2019). Psychopathic killers: A meta-analytic review of the psychopathy-homicide nexus. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 67–79. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.11.005>

Förster, J., Higgins, E. T. (2005). How global versus local perception fits regulatory focus. *Psychological Science*, 16(8), 631–636. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01586.x>

Freedman, D. (2001). False prediction of future dangerousness: Error rates and Psychopathy Checklist—Revised. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(1), 89–95.

Frick, P. J., Hare, R. D. (2001). *The antisocial process screening device*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Friedman, R. S., Förster, J. (2001). The effects of promotion and prevention cues on creativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(6), 1001–1013. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.6.1001>
- Fullam, R., Dolan, M. (2006). The criminal and personality profile of patients with schizophrenia and comorbid psychopathic traits. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1591–1602. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.01.003>
- Gagnon, J., Daelman, S., McDuff, P. (2013). Correlations of impulsivity with dysfunctional beliefs associated with borderline personality. *North American Journal of Psychology*, 15(1), 167–178.
- Gagnon, J., Rochat, L. (2017). Relationships between hostile attribution bias, negative urgency, and reactive aggression. *Journal of Individual Differences*, 38(4), 211–219. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000238>
- Gałecki, P. (2022a). Biegły w postępowaniu karnym. W: K. Eichstaedt, P. Gałecki, A. Depko. *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń* (s. 185-230). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gałecki, P. (2022b). Stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, który sprawca przewidywał albo mógł przewidzieć (art. 31§ 3 k.k). W: K. Eichstaedt, P. Gałecki, A. Depko. *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń* (s. 197-201). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gałecki, P. (2022c). Niepoczytalność. W: K. Eichstaedt, P. Gałecki, A. Depko. *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń* (s. 192-195). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gałecki, P. (2022d). Źródła braku poczytalności. W: P. Gałecki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 172-177). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Gałecki, P. (2022e). Niepoczytalność jako okoliczność wyłączająca odpowiedzialność karną z powodu braku winy sprawy czynu zabronionego. W: P. Gałecki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 167-172). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Gałecki, P. (2022f). Obserwacja sądowo-psychiatryczna. W: K. Eichstaedt, P. Gałecki, A. Depko. *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń* (s. 216-226). Warszawa: Wolters Kluwer
- Gałecki, P. (2022g). Prawne przesłanki orzeczenia przez sąd obserwacji sądowo-psychiatrycznej. W: K. Eichstaedt, P. Gałecki, A. Depko. *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń* (s. 121-126). Warszawa: Wolters Kluwer
- Gałecki, P. (2022h). Medyczna prognoza ponowienia przez sprawcę czynu zabronionego. W: P. Gałecki, K. Eichstaedt. *Psychiatria Sądowa* (s. 270-274). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Garami, J., Haber, P., Myers, C. E., Allen, M. T., Misiak, B., Frydecka, D., Moustafa, A. A. (2017). Intolerance of uncertainty in opioid dependency - Relationship with trait anxiety and impulsivity. *PLoS one*, 12(7), e0181955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181955>

Garofalo, C., Neumann, C. S., Kosson, D. S., Velotti, P. (2020). Psychopathy and emotion dysregulation: More than meets the eye. *Psychiatry research*, 290, 113160. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113160>

Garrington, C., Boer, D. P. (2020). Structured professional judgement in violence risk assessment. In J. S. Wormith, L. A. Craig, T. E. Hogue (Red.). *The Wiley Handbook of What Works in Violence Risk Management* (s. 145-162). Hoboken, New York: John Wiley & Sons Ltd.

Gawande, A. (2009). *The Checklist Manifesto—How to Get Things Right*. New York: Metropolitan books.

Geurts, R., Raaijmakers, N., Delsing, M. J., Spapens, T., Wientjes, J., Willems, D., & Scholte, R. H. (2023). Assessing the risk of repeat victimization using structured and unstructured police information. *Crime & Delinquency*, 69(9), 1736-1757.

Gierowski, J. K., Obydzińska-Jaśkiewicz T. (2002). The Principles of formulating forensic psychology reports concerning minor and juvenile perpetrators of violent criminal acts in Poland. In R. R. Corrado, S. D. Hart, R. Roesch, J. K. Gierowski (Eds.). *Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research on needs, interventions, and outcomes* (pp. 261-264). Netherlands: Ios Press.

Gierowski, J. K. (2005). Czynniki ryzyka i opiniowanie przemocy u adolescentów. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii*, 2, 113-129.

Gierowski, J. K., Rumszewicz, S. (2006). Relationships between psychological gender and a structure of aggressiveness and risk factors of violence in juvenile girls and boys. *Problems of Forensic Sciences*, 68, 378–393.

Gierowski, J. K., Haś, A. (2007). Konfiguracja czynników ryzyka, wybrane cechy osobowości i funkcjonowanie nieletnich w zakładzie karnym. W M. Stanik (Red.). *Psychospołeczne uwarunkowania i mechanizmy kryminogenezy a zachowania paraprzestępcze i przestępcze* (s. 189–208). Warszawa: Kamandor.

Gierowski, J. K. (2009a). Czynniki ryzyka przemocy i psychopatyczne zaburzenia osobowości u sprawców przestępstw seksualnych. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 64/65, 21–47.

Gierowski, J. K. (2009b). Na pograniczu prawa i psychologii – nowe obszary współpracy w teorii i praktyce. *Czasopismo Psychologiczne*, 15(1), 277–293.

Gierowski, J. K., Jaśkiewicz-Obydzińska, T., Najda, M. (2010). *Psychologia w postępowaniu karnym*. Warszawa: LexisNexis Polska.

Gierowski, J. (2013). Interdisciplinary expertise: new tasks and areas of diagnostic cooperation for forensic psychologists. *Problems of Forensic Sciences*, 93, 371-390.

Gierowski, J. K., Paprzycki, L. K. (2013). *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające: zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo CH Beck.

Gierowski, J. K. (2013). Apel w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 23 października 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób oraz wynikającymi z niej dla opieki psychiatrycznej implikacjami organizacyjnymi, diagnostycznymi, terapeutycznymi i opiniodawczymi. *Psychiatria Polska*, 47(6), 967-972.

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.

Gierowski, J.K., Paprzycki L. (2015). Środki zabezpieczające: umieszczenia – pobytu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, w zakładzie karnym, w zakładzie przeznaczonym dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnej albo skierowania takich sprawców na leczenie ambulatoryjne oraz terapia i elektroniczna kontrola miejsca pobytu stosowane wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniem osobowości. W L. Paprzycki (RRed.) *Tom 7. Środki zabezpieczające* (s. 131-358). Warszawa: Wydawnictwo C.H.Beck i Instytut Nauk Prawnych PAN.

Gierowski, J.K., Paprzycki, L. (2016). Niepoczytalność i poczytalność ograniczona. W L. Paprzycki (Red.) *Tom 4. Nauka o przestępstwie. Wylączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej* (s. 501-570). Warszawa: Wydawnictwo C.H. BECK i Instytut Nauk Prawnych PAN.

Gierowski, J. K. (2018). Kilka uwag o potrzebie wprowadzenia nowych zasad oceny i monitorowania ryzyka przemocy kryminalnej w polskim systemie prawa karnego. W K. Banasik, A. Kargol, A. Kubiak-Cyruł, M. Lubelski, E. Plebanek, A. Strzelec (Red.), *W poszukiwaniu prawdy. Rozważania o prawie, historii i sprawiedliwości. Prace dedykowane Profesorowi Janowi Widackiemu* (s. 211-230). Kraków: Wyd. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Gilbert, F., Daffern, M. (2013). The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. *Psychology, Crime & Law*, 19(10), 933-946. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.770852>

Golińska, L. (2015). Polska adaptacja skali impulsywności UPPS Whiteside'a i Lynam'a – przykłady jej wykorzystania w badaniu pracobolizmu i satysfakcji z relacji społecznych. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 16(3.3), 131-142.

Gori, A., Craparo, G., Sareri, G. I., Caretti, V., Giannini, M., Meringolo, P. (2014). Antisocial and psychopathic personalities in a sample of addicted subjects: differences in psychological resources, symptoms, alexithymia and impulsivity. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1580-1586. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.023>

- Gori, A., Ponti, L., Tani, F., Iraci Sareri, G., Giannini, M., Meringolo, P., Craparo, G., Bruschi, A., Caretti, V., Cacioppo, M., Paterniti, R., Schuldberg, D. (2017). Psychopathological features in a sample of substance-abusing individuals with criminal history: Towards a definition of a personality prototype of an ‘addict with criminal conduct’. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(4), 312–325. <https://doi.org/10.1002/cbm.1999>
- Gottfredson, M. R., Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, California:Stanford University Press
- Green, D., Schneider, M., Griswold, H., Belfi, B., Herrera, M., DeBlasi, A. (2016). A comparison of the HCR-20V3 among male and female insanity acquittees: A retrospective file study. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 48–64. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1134726>
- Grisso, T., Davis, J., Vesselinov, R., Appelbaum, P. S., & Monahan, J. (2000). Violent thoughts and violent behavior following hospitalization for mental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 388–398. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.388>
- Grisso, T. (2006). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: Kluwer Academic/Plenum
- Grove, W. M., Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy. *Psychology, public policy, and law*, 2(2), 293–323.
- Guilford, J.P. (1973). *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. New York: McGraw-Hill.
- Guy, L. S., Edens, J. F., Anthony, C., Douglas, K. S. (2005). Does psychopathy predict institutional misconduct among adults? A meta-analytic investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1056–1064. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1056>
- Guy, L. S., Douglas, K. S., Hendry, M. C. (2010). The role of psychopathic personality disorder in violence risk assessments using the HCR-20. *Journal of Personality Disorders*, 24(5), 551–580. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.5.551>.
- Guy, L. S., Douglas, K. S., Hart, S. D. (2015). Risk assessment and communication. W B. L. Cutler, P. A. Zapf (Red.), *APA handbook of forensic psychology, Vol. 1. Individual and situational influences in criminal and civil contexts* (s. 35–86). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14461-003>.

- Haag, A., Hogan, N., Cheng, J. (2017). *Evaluating the Interrater Reliability and Concurrent Validity of the HCR-20V3 with Patients Under the Alberta Review Board*. Unpublished manuscript.
- Haberman, A., Gilead, M., Higgins, T. E. (2022). Just be yourself? Regulatory focus moderates the effects of societal standards attainment on personal well-being. *Motivation Science*, 8(3), 252–267. <https://doi.org/10.1037/mot0000264>
- Haden, S. C., Shiva, A. (2008). Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: An evaluation of the Barratt Impulsiveness Scale. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(6), 675–690. <https://doi.org/10.1002/bsl.820>
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C. I., Chatzisarantis, N. L. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(4), 495–525. <https://doi.org/10.1037/a0019486>
- Haines, A., Brown, A., Javaid, S. F., Khan, F., Noblett, S., Omodunbi, O., Sadiq, K., Zaman, W., & Whittington, R. (2018). Assessing Protective Factors for Violence Risk in U.K. General Mental Health Services Using the Structured Assessment of Protective Factors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(12), 3965–3983. <https://doi.org/10.1177/0306624X17749449>
- Hall, J. R., Drislane, L. E., Patrick, C. J., Morano, M., Lilienfeld, S. O., & Poythress, N. G. (2014). Development and validation of Triarchic Construct Scales from the Psychopathic Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 26(2), 447–461. <https://doi.org/10.1037/a0035665>
- Hanson, R. K., Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>
- Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154>
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist—Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., Hart, S. D., Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the *DSM-IV* criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391–398. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.391>
- Hare, R. D. (1993). *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths among Us*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25–54. <https://doi.org/10.1177/0093854896023001004>
- Hare, R. D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181–197. <https://doi.org/10.1023/A:1022094925150>

- Hare, R. D., Hervé, H. (1999). *The Hare P-Scan Research Version*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist—Revised* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., Neumann, C. S. (2006). The PCL-R Assessment of Psychopathy: Development, Structural Properties, and New Directions. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 58–88). New York: The Guilford Press.
- Hare, R. D., Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217-246.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452>
- Hare, R. D., Neumann, C. S. (2010). The role of antisociality in the psychopathy construct: Comment on Skeem and Cooke (2010). *Psychological Assessment*, 22(2), 446–454. <https://doi.org/10.1037/a0013635>
- Hare, R. D. (2021). The PCL-R assessment of psychopathy. In A. R. Felthous & H. Saß (Eds.), *The Wiley international handbook on psychopathic disorders and the law: Diagnosis and treatment* (pp. 63–106). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119159322.ch4>
- Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior*, 15(6), 625–637. <https://doi.org/10.1007/BF01065856>
- Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20(4), 315–335. <https://doi.org/10.1177/0093854893020004001>.
- Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. A. (1994). Psychopaths: Is a “therapeutic community” therapeutic. *Therapeutic Communities*, 15, 283-300.
- Harris, G. T., Rice, M. E. (2006). Treatment of Psychopathy: A Review of Empirical Findings. In C. J. Patrick (Eds), *Handbook of psychopathy* (s. 555–572). The Guilford Press.
- Harris, G. T., Rice, M. E. (2015). Progress in violence risk assessment and communication: Hypothesis versus evidence. *Behavioral Sciences & the Law*, 33(1), 128-145.
- Harris, S. T., Picchioni, M. M. (2013). A review of the role of empathy in violence risk in mental disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 335-342.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.12.003>
- Hart, S. D., Hare, R. D., Forth, A. E. (1994). Psychopathy as a risk marker for violence: Development and validation of a screening version of the revised Psychopathy Checklist. In J. Monahan, H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 81–98). The University of Chicago Press.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *Manual for the Hare psychopathy checklist: Screening version*. Toronto: Multi-Health Systems



Hart, S. D., Hare, R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In D. M. Stoff, J. Breiling, J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22–35). New York: John Wiley & Sons Inc.

Hart, S. D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 121–137. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.1998.tb00354.x>.

Hart, S. D. (2001). Assessing and managing violence risk. In K. S. Douglas, C. D. Webster, S. D. Hart, D. Eaves, J. R. P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (s. 13-25). Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Hart, S. D., Dempster, R. J. (1997). Impulsivity and psychopathy. In C. D. Webster, M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 212–232). The Guilford Press.

Hart, S. D., Kropp, P. R., Laws, D. R., Klaver, J., Logan, C., Watt, K. A. (2003). *The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk for sexual violence*. Vancouver, Canada: BC Institute Against Family Violence.

Hart, S. D., Michie, C., Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the ‘margins of error’ of group v. individual predictions of violence. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 60–65. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.190.5.s60>

Hart, S. D. (2008). Preventing violence: The role of risk assessment and management. In A. C. Baldry, F. W. Winkel (Eds.), *Intimate partner violence prevention and intervention: The risk assessment and management approach* (pp. 7–18). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

Hart, S. D. (2009). Evidence-based assessment of risk for sexual violence. *Chapman Journal of Criminal Justice*, 1, 143-165.

Hart, S. D. (2011). Complexity, uncertainty, and the reconceptualization of violence risk assessment. In R. Abrunhosa (Eds.), *Victims and offenders: Chapters on psychology and law* (pp. 57-69). Brussels: Politeia.

Hart, S. D., Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgment approach. In P. Sturmey, M. McMurrin (Eds.), *Forensic case formulation* (pp. 83-106). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Hart, S., Sturmey, P., Logan, C., McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 10(2), 118–126. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.577137>

Hart, S. D., Cooke, D. J. (2013). Another look at the (Im-)precision of individual risk estimates made using actuarial risk assessment instruments. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(1), 81–102. <https://doi.org/10.1002/bsl.2049>

Hart, S. D., Douglas, K. S., Guy, L. S. (2016). The structured professional judgement approach to violence risk assessment: Origins, nature, and advances. In D. P. Boer, A. R. Beech, T. Ward, L. A. Craig, M. Rettenberger, L. E. Marshall, W. L. Marshall (Eds.), *The Wiley handbook on the theories, assessment, and treatment of sexual offending* (pp. 643–666). Oxford, UK: Wiley Blackwell.

Hart, S.D., Boer, D.P. (2010). Structured Professional Judgement guidelines for sexual violence risk assessment: The Sexual Violence Risk -20 (SVR-20) and Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP). In R.K. Otto, K.S. Douglas (Eds.). *Handbook of violence risk assessment* (pp. 269-294). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Hart, S.D., Douglas, K.S. (2019). Violence risk assessment and management – From prediction to prevention. In D. Eaves, C.D. Webster, Q. Haque, J. Thalken-Eaves (Eds.). *Risk Rules: A practical guide to structured professional judgement and violence prevention* (pp. 87-92). Pavilion Publishing and Media.

Hart, S.D., Boer, D.P. (2021). Structured Professional Judgement guidelines for sexual violence risk assessment: The Sexual Violence Risk -20 (SVR-20) Versions 1 and 2 and Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP). In K.S. Douglas & R.K. Otto (Red.) *Handbook of violence risk assessment* (2<sup>nd</sup> ed., s. 322-358). New York: Routledge/Taylor & Francis Group

Hart, S. D., Kropp, P. R., Watt, K. A., Darjee, R., Davis, M. R., Klaver, J., Laws, D. R., Logan, C. (2022). *RSVP-V2: Version 2 of the Risk for Sexual Violence Protocol*. Vancouver, BC: Protect International Risk and Safety Services Inc.

Hawes, S. W., Boccaccini, M. T., Murrie, D. C. (2013). Psychopathy and the combination of psychopathy and sexual deviance as predictors of sexual recidivism: Meta-analytic findings using the Psychopathy Checklist—Revised. *Psychological Assessment*, 25(1), 233–243. <https://doi.org/10.1037/a0030391>

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Heilbrun, K., Rogers, R., Otto, R. (2002). Forensic assessment: Current status and future directions. In J. R. P. Ogloff (Red.), *Taking psychology and law into the twenty-first century* (s. 119–146). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. [https://doi.org/10.1007/0-306-47944-3\\_4](https://doi.org/10.1007/0-306-47944-3_4)

Heilbrun, K., Douglas, K. S., Yasuhara, K. (2009). Violence risk assessment: Core controversies. In J. L. Skeem, K. S. Douglas, S. O. Lilienfeld (Eds.). *Psychological science in the courtroom: Consensus and controversy* (s. 333–357). New York, NY: Guilford.

Heitzman, J., Markiewicz I. (2017). Financing of forensic psychiatry in view of treatment quality and threat to public safety. *Psychiatria Polska*, 51(4), 599-608. <https://doi.org/10.12740/PP/76000>

- Heitzman, J., Gosek, P., Luks, M., Pilszyk, A., Kotowska, J., Pacholski, M. (2020). Implementacja wytycznych Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA) w zakresie psychiatrii sądowej w Polsce. Stan obecny i konieczne działania. *Psychiatria Polska*, 54(3), 553–570. <https://doi.org/10.12740/PP/109123>
- Hemphill, J. F., Hart, S. D., Hare, R. D. (1994). Psychopathy and substance use. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 169–180. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.3.169>
- Hemphill, J.F., Hare, R.D., Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 141–172. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.1998.tb00355.x>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280–1300. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1280>
- Higgins, E. T. (2000). Making a good decision: Value from fit. *American Psychologist*, 55(11), 1217–1230. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1217>
- Higgins, E. T. (2002). How self-regulation creates distinct values: The case of promotion and prevention decision making. *Journal of Consumer Psychology*, 12(3), 177–191. [https://doi.org/10.1207/S15327663JCP1203\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327663JCP1203_01)
- Higgins, E. T. (2012). Regulatory focus theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 483–504). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n24>
- Hildebrand, M., De Ruiter, C., Nijman, H. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 13–29. <https://doi.org/10.1177/0886260503259047>
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. (2012). Psychopathic traits and change on indicators of dynamic risk factors during inpatient forensic psychiatric treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4), 276–288. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.04.001>
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Hoff, H. A., Rypdal, K., Mykletun, A., Cooke, D. J. (2012). A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 414–427. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.414>
- Hogan, N. R., Olver, M. E. (2016). *Assessing risk for aggression in forensic psychiatric inpatients: An examination of five measures*. *Law and Human Behavior*, 40(3), 233–243. <https://doi.org/10.1037/lhb0000179>

- Hogan, N. R., Olver, M. E. (2019). Static and dynamic assessment of violence risk among discharged forensic patients. *Criminal Justice and Behavior*, 46(7), 923–938. <https://doi.org/10.1177/0093854819846526>
- Holtzworth-Munroe, A. (2000). A typology of men who are violent toward their female partners: Making sense of the heterogeneity in husband violence. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 140–143. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00079>
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2003). Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 728–740. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.728>
- Hopley, A. A., Brunelle, C. (2012). Personality mediators of psychopathy and substance dependence in male offenders. *Addictive Behaviors*, 37(8), 947-955. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.031>
- Hopton, J., Cree, A., Thompson, S., Jones, R., Jones, R. (2018). An evaluation of the quality of HCR-20 risk formulations: A comparison between HCR-20 Version 2 and HCR-20 Version 3. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 17(2), 195–201. <https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1460424>
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaimaat, F. W. (2008). Aggression control therapy for violent forensic psychiatric patients: Method and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(2), 222–233. <https://doi.org/10.1177/0306624X07303876>
- Howe, J., Rosenfeld, B., Foellmi, M., Stern, S., Rotter, M. (2016). Application of the HCR-20 Version 3 in civil psychiatric patients. *Criminal Justice and Behavior*, 43(3), 398–412. <https://doi.org/10.1177/0093854815605527>
- Huddy, V., Kitchenham, N., Roberts, A., Jarrett, M., Phillip, P., Forrester, A., Campbell, C., Byrne, M., Valmaggia, L. (2017). Self-report and behavioural measures of impulsivity as predictors of impulsive behaviour and psychopathology in male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 113, 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.010>
- Humeny, C., Forth, A., Logan, J. (2021). Psychopathic traits predict survivors' experiences of domestic abuse. *Personality and Individual Differences*, 171, 110497. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110497>
- Humięcka A. (2023). Król życia w (nie)opłakanym stanie. W W. Hańbowski, A. Hańbowska, J. Groth. *Zaklinowani czarodzieje. Psychoterapia psychoanalityczna osób uzależnionych* (str. Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal.
- Inzlicht, M., Schmeichel, B. J., Macrae, C. N. (2014). Why self-control seems (but may not be) limited. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(3), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.12.009>
- International Standards Organization (2018). *Risk Management: Principles and Guidelines (2<sup>nd</sup> ed.)* [ISO 31000:2018]. <https://lpm.uin->

suka.ac.id/media/dokumen\_akademik/011\_20191007\_ISO%2031000.2018%20-%20Risk%20Management%20-%20Guidelines.pdf (dostęp: 23.04.2023).

Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Moeller, F. G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders*, 6(3), 204–212. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00110.x>

Jakubczyk, A., Wojnar, M. (2009). Impulsywność–definicje, teorie, modele. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18(4), 349-356.

Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kopera, M., Kobyliński, P., Suszek, H., Fudalej, S., Brower, K. J., Wojnar, M. (2018). The association between impulsivity, emotion regulation, and symptoms of alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 91, 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.004>

Jankovic, M., van Boxtel, G., Masthoff, E., De Caluwe, E., & Bogaerts, S. (2021). The long-term changes in dynamic risk and protective factors over time in a nationwide sample of Dutch forensic psychiatric patients. *Frontiers in Psychiatry*, 12, [737846]. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737846>

Jara-Rizzo, M. F., Navas, J. F., Catena, A., & Perales, J. C. (2019). Types of emotion regulation and their associations with gambling: A cross-sectional study with disordered and non-problem Ecuadorian gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 35(3), 997–1013. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09868-7>

Jarema, M., *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii w sprawie struktury opinii sądowo-psychiatrycznej w sprawach karnych i cywilnych*, Warszawa 2007 (pobrano z: <https://docer.pl/doc/xvc1s0c>, dostęp: 13.04.2023).

Jastrzębska, M., Pastwa-Wojciechowska, B., Piotrowski, A. (2017). Pesymizm czy optymizm terapeutyczny, czyli o efekcie zmiany w terapii uzależnienia od alkoholu w warunkach izolacji więziennej u osób z psychopatycznymi cechami osobowości. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*, 18(1), 42-67.

Jeandarme, I., Pouls, C., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2017). Forensic psychiatric patients with comorbid psychopathy: Double trouble? *The International Journal of Forensic Mental Health*, 16(2), 149–160. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1286414>

Jones, D. N., Paulhus, D. L. (2010). Different provocations trigger aggression in narcissists and psychopaths. *Social Psychological and Personality Science*, 1(1), 12–18. <https://doi.org/10.1177/1948550609347591>

Jones, D. N., Paulhus, D. L. (2011). The role of impulsivity in the Dark Triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 679–682. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.04.011>

Jones, S. E., Miller, J. D., Lynam, D. R. (2011). Personality, antisocial behavior, and aggression: A meta-analytic review. *Journal of Criminal Justice*, 39(4), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2011.03.004>

Jones, A., Christiansen, P., Nederkoorn, C., Houben, K., & Field, M. (2013). Fluctuating disinhibition: Implications for the understanding and treatment of alcohol and other substance use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 4, Article 140. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00140>

Jones, M. S., Pierce, H., Chapple, C. L. (2022). Early Adverse Childhood Experiences and Self-Control Development among Youth in Fragile Families. *Youth & Society*, 54(5), 806-832. <https://doi.org/10.1177/0044118X21996378>

Judges, R. C. (2016). *An exploration into the value of protective factors in violence risk assessment of psychiatric inpatients* (Doctoral dissertation). University of Nottingham.

Pobrane z:

<http://eprints.nottingham.ac.uk/32959/1/judges%20r%20research%20thesis%20amended.pdf> (dostęp: 28.04.2023)

Kamorowski, J., Schreuder, M., de Ruiter, C., Jelcic, M., Ask, K. (2018). Risk assessment tools and criminal reoffending: Does bias determine who is “high risk”? *In-Mind Magazine (English Edition)*, 9(38). <https://www.in-mind.org/article/risk-assessment-tools-and-criminal-reoffending-does-bias-determine-who-is-high-risk> (dostęp: 29.06.2023 r.)

Kamorowski, J., de Ruiter, C., Schreuder, M., Jelcic, M., Ask, K. (2020). The effect of negative media exposure and evaluators' attitudes toward offenders on violence risk assessment with the HCR-20V3. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/85bnc>

Kamorowski, J. (2021). Risk in the eye of the beholder: *Cognitive bias and risk assessment instruments*. [Rozprawa doktorska, Maastricht University, University of Gothenburg]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20210614jk>

Kamorowski, J., de Ruiter, C., Schreuder, M., Ask, K., & Jelčić, M. (2022). Forensic mental health practitioners' use of structured risk assessment instruments, views about bias in risk evaluations, and strategies to counteract it. *International Journal of Forensic Mental Health*, 21(1), 1-19. <https://doi.org/10.31234/osf.io/te5c2>

Kamphuis, J., Dijk, D.-J., Spreen, M., Lancel, M. (2014). The relation between poor sleep, impulsivity and aggression in forensic psychiatric patients. *Physiology & Behavior*, 123, 168-173. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2013.10.015>

Kashiwagi, H., Kikuchi, A., Koyama, M., Saito, D., & Hirabayashi, N. (2018). Strength-based assessment for future violence risk: a retrospective validation study of the Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF) Japanese version in forensic psychiatric inpatients. *Annals of general psychiatry*, 17, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0175-5>

Keller, J., Hurst, M., Uskul, A. (2008). Prevention-focused self-regulation and aggressiveness. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 800–820. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.10.005>

Keller, J., Mayo, R., Greifeneder, R., Pfattheicher, S. (2015). Regulatory focus and generalized trust: The impact of prevention-focused self-regulation on trusting others. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 254. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00254>

- Kelley, S. E., Edens, J. F., Donnellan, M. B., Mowle, E. N., & Sörman, K. (2018). Self- and informant perceptions of psychopathic traits in relation to the triarchic model. *Journal of Personality*, 86(4), 738–751. <https://doi.org/10.1111/jopy.12354>
- Kelsey, K. R., Rogers, R., Robinson, E. V. (2015). Self-report measures of psychopathy: What is their role in forensic assessments? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(3), 380–391. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9475-5>
- Khetrupal, N. (2009). The Early Attachment Experiences are the Roots of Psychopathy. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 3(1), 1-13. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v3i1.29>
- Kim, B. K. E., Gilman, A. B., Hill, K. G., Hawkins, J. D. (2016). Examining protective factors against violence among high-risk youth: Findings from the Seattle Social Development Project. *Journal of Criminal Justice*, 45, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.02.015>
- Kim, J. H., Choi, J. Y. (2020). Influence of childhood trauma and post-traumatic stress symptoms on impulsivity: focusing on differences according to the dimensions of impulsivity. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1796276. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796276>
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Barry, C. T. (2004). Callous-Unemotional Traits and Delinquent Peer Affiliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 956–966. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.956>
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Cauffman, E., Goldweber, A., Skeem, J. (2012). Primary and secondary variants of juvenile psychopathy differ in emotional processing. *Development and Psychopathology*, 24(3), 1091–1103. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000557>
- Kirkman, C.A. (2005). From soap opera to science: Towards gaining access to the psychopaths who live amongst us. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78: 379-396. <https://doi.org/10.1348/147608305X26666>
- Kolańczyk, A. (2004a). Stany uwagi sprzyjające wpływom afektywnym na ocenianie. *Studia Psychologiczne*, 42, 93–109
- Kolańczyk, A. (2011). Uwaga ekstensywna. Model ekstensywności vs. intensywności uwagi. *Studia Psychologiczne (Psychological Studies)*, 49(3), 7-27. <https://doi.org/10.2478/v10167-010-0024-x>
- Kolańczyk, A., Bąk, W., Roczniwka, M. (2013). Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP). *Psychologia Społeczna*, 2, 203-218.
- Konicar, L., Veit, R., Eisenbarth, H., Barth, B., Tonin, P., Strehl, U., & Birbaumer, N. (2015). Brain self-regulation in criminal psychopaths. *Scientific Reports*, 5(1), 9426. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2017.01.501>

- Kosson, D. S., Garofalo, C., McBride, C. K., Velotti, P. (2020). Get mad: Chronic anger expression and psychopathic traits in three independent samples. *Journal of Criminal Justice*, 67, Article 101672. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2020.101672>
- Kötter, S., von Franqué, F., Bolzmacher, M., Eucker, S., Holzinger, B., & Müller-Isberner, R. (2014). The HCR-20V3 in Germany. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 122–129. doi:10.1080/14999013.2014.911784
- Kraemer, H., Kazdin, A., Offord, D., Kessler, R., Jensen, P., Kupfer, D. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343. 10.1001/archpsyc.1997.01830160065009
- Kravitz, H. M., Fawcett, J., McGuire, M., Kravitz, G. S., Whitney, M. (1999). Treatment attrition among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking personality traits?. *Journal of clinical psychopharmacology*, 19(1), 51-56. <https://doi.org/10.1097/00004714-199902000-00010>
- Kring, A. M., Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford Press.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., Eaves, D. (1994). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment guide*. Vancouver, Canada: British Columbia Institute on Family Violence.
- Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D., Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide*, 2<sup>nd</sup> ed. Vancouver, Canada: The British Columbia Institute Against Family Violence.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. W., Eaves, D. (1999). *Spousal assault risk assessment: User's guide*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D., LePard, D. (2002). Managing stalkers: Coordinating treatment and supervision. In L. Sheridan, J. Boon (Red.), *Stalking and psychosexual obsession: Psychological perspectives for prevention, policing and treatment* (s. 138-160). Chichester, UK: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470713037.ch9>
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D. (2008). *Guidelines for Stalking Assessment and Management (SAM): User manual*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions Inc.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Belfrage, H. (2010). *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER): User manual, Version 2*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions.
- Kropp, P. R., Hart, S. D. (2015). *The Spousal Assault Risk Assessment Guide Version 3 (SARA-V3)*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions Inc.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 645–666. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.645>



- Kyranides, M. N., Kokkinou, A., Imran, S., Cetin, M. (2021). Adult attachment and psychopathic traits: Investigating the role of gender, maternal and paternal factors. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01827-z>
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 33(2), 363–374.
- Leary, M. R., Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 32, (pp. 1–62). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9)
- Lee, M., Lee, E. S., Jun, J. Y., Park, S. (2020). The effect of early trauma on North Korean refugee youths' mental health: Moderating effect of emotional regulation strategies. *Psychiatry research*, 287, 112707. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112707>
- Leistico, A. M. R., Salekin, R. T., DeCoster, J., Rogers, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and human behavior*, 32, 28-45.
- Lejoyeux, M., Arbaretaz, M., McLOUGHLIN, M. A. R. Y., & Adès, J. (2002). Impulse control disorders and depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(5), 310-314. <https://doi.org/10.1097/00005053-200205000-00007>
- Leone, R. M., Crane, C. A., Parrott, D. J., Eckhardt, C. I. (2016). Problematic drinking, impulsivity, and physical IPV perpetration: A dyadic analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(3), 356–366. <https://doi.org/10.1037/adb0000159>
- Lilienfeld, S. O., Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*, 66(3), 488–524. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6603\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6603_3)
- Lilienfeld, S. O. (1998). Methodological advances and developments in the assessment of psychopathy. *Behaviour Research and Therapy*, 36(1), 99–125. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10021-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10021-3)
- Lilienfeld, S. O., Widows, M. R. (2005). *Psychopathic Personality Inventory-Revised: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Lilienfeld, S. O., Watts, A. L., Francis Smith, S., Berg, J. M., Lutzman, R. D. (2015). Psychopathy deconstructed and reconstructed: Identifying and assembling the personality building blocks of Cleckley's chimera. *Journal of personality*, 83(6), 593-610.
- Logan, C. (2014). The HCR-20 Version 3: A case study in risk formulation. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 172-180. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906516>
- Logan, C., Lloyd, M. (2019). Violent extremism: A comparison of approaches to assessing and managing risk. *Legal and criminological psychology*, 24(1), 141-161. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12140>

- López-Torrecillas, F., Castillo-Fernández, E., Ramírez-Uclés, I., Martín, I. (2021). Impulsivity and Compulsivity and Their Relationship with Non-Adherence to Treatment in the Prison Population. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8300. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168300>
- López-Torres, I., León-Quismondo, L., Ibáñez, A. (2021). Impulsivity, lack of premeditation, and debts in online gambling disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 618148. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.618148>
- Lösel, F., Farrington, D. P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2), S8–S23. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.04.029>
- Lynam, D. R., Smith, G. T., Whiteside, S. P., Cyders, M. A. (2006). *The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior*. West Lafayette, IN: Purdue University
- Malouf, E. T., Schaefer, K. E., Witt, E. A., Moore, K. E., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2014). The brief self-control scale predicts jail inmates' recidivism, substance dependence, and post-release adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(3), 334–347. <https://doi.org/10.1177/0146167213511666>
- Manczak, E. M., Zapata-Gietl, C., McAdams, D. P. (2014). Regulatory focus in the life story: Prevention and promotion as expressed in three layers of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(1), 169–181. <https://doi.org/10.1037/a0034951>
- Markiewicz, I. (2023). *Potrzeby i jakość życia pacjentów realizujących izolacyjno-leczniczy środek zabezpieczający* [Rozprawa doktorska]. Gdańsk: Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego.
- Martens, W. H. J. (2000). Antisocial and psychopathic personality disorders: Causes, course, and remission—a review article. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(4), 406–430. <https://doi.org/10.1177/0306624X00444002>
- Martens, W. H. J. (2002). The hidden suffering of the psychopath. *Psychiatric Times*, 19, 1–7.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2nd ed.). Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780203428412>
- McMurrin, M., Bruford, S. (2016). Case formulation quality checklist: a revision based upon clinicians' views. *Journal of Forensic Practice*, 18(1), 31-38. <https://doi.org/10.1108/JFP-05-2015-0027>
- Marsh, A. (2014). Empathic and moral deficits in psychopathy. In Maibom, H. (Ed.), *Empathy and Morality* (pp. 138-154). Oxford: Oxford University Press
- Mastromanno, B., Brookstein, D. M., Ogloff, J. R. P., Campbell, R., Chu, C. M., Daffern, M. (2018). Assessing change in dynamic risk factors in forensic psychiatric inpatients:

Relationship with psychopathy and recidivism. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(2), 323–336. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1377277>

McKnight, P. E., Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology (1st ed.)*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0524>

McNicoll, P., Richard, D., Gagnon, J. (2022). Negative Urgency and its role in the association between image distorting style defensive style and reactive aggression. In C. Athanasiadou-Lewis (Eds), *Aggression and Violent Behaviour*. London, United Kingdom: IntechOpen.

McNiel, D. E., Gregory, A. L., Lam, J. N., Binder, R. L., Sullivan, G. R. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 945–953. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.945>

Meda, S. A., Stevens, M. C., Potenza, M. N., Pittman, B., Gueorguieva, R., Andrews, M., Thomas, A. D., Muska, C., Hylton, J. L., and Pearlson, G. D. (2009). Investigating the behavioral and self-report constructs of impulsivity domains using principal component analysis. *Behavioural Pharmacology*, 20, 390–399.

Meehl, P. E. (1996). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Originalna publikacija 1954).

Meijers, J., Harte, J. M., Meynen, G., Cuijpers, P. (2017). Differences in executive functioning between violent and non-violent offenders. *Psychological Medicine*, 47(10), 1784-1793. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000241>

Meldrum, R. C., Champion Young, B., Soor, S., Hay, C., Copp, J. E., Trace, M., Smith-Darden, J. P., Kernsmith, P. D. (2020). Are adverse childhood experiences associated with deficits in self-control? A test among two independent samples of youth. *Criminal Justice and Behavior*, 47(2), 166–186. <https://doi.org/10.1177/0093854819879741>

Merton, R. K. (1957). The role-set: Problem in sociological theory. *British Journal of Sociology*, 8, 106–120. <https://doi.org/10.2307/587363>

Michel, S. F., Riaz, M., Webster, C., Hart, S. D., Levander, S., Müller-Isberner, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Tuninger, E., Hodgins, S. (2013). Using the HCR-20 to predict aggressive behavior among men with schizophrenia living in the community: Accuracy of prediction, general and forensic settings, and dynamic risk factors. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.760182>

Miles, J., Shevlin, M. (2001) *Applying Regression and Correlation: A Guide for Students and Researchers*. Sage: London.

Miller, H. A. (2006). *Inventory of Offender Risk, Needs, and Strengths (IORNIS): Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Miller, J. D., Jones, S. E., Lynam, D. R. (2011). Psychopathic traits from the perspective of self and informant reports: Is there evidence for a lack of insight? *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 758–764. <https://doi.org/10.1037/a0022477>

- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *108*(7), 2693–2698. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Mokros, A., Osterheider, M., Hucker, S. J., Nitschke, J. (2011). Psychopathy and sexual sadism. *Law and Human Behavior*, *35*(3), 188–199. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9221-9>
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., Swann, A. (2001a). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2001b). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, *21*(4), 193–198. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00202-1](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00202-1)
- Monahan, J. (1995). *The clinical prediction of violent behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Müller, S. E., Weijers, H. G., Böning, J., Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology*, *57*(4), 159–164. <https://doi.org/10.1159/000147469>
- Moreira, D., Moreira, D. S., Barbosa, F., Sousa-Gomes, V., Fávero, M. (2022). Childhood traumatic experiences and psychopathy: A comprehensive review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(8), 1281–1287. <https://doi.org/10.1037/tra0001191>
- Morrissey, C., Beeley, C., Milton, J. (2014). Longitudinal HCR-20 scores in a high-secure psychiatric hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *24*(3), 169-180. <https://doi.org/10.1002/cbm.1893>
- Muratori, P., Pisano, S., Levantini, V., Manfredi, A., Papini, M., Ruglioni, L., Milone, A., Masi, G. (2018). Predictive utility of psychopathy dimensions in italian children with disruptive behavior disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, *15*(6), 333-337, <https://www.clinicalneuropsychiatry.org/download/predictive-utility-of-psychopathy-dimensions-in-italian-children-with-disruptive-behavior-disorder>, [dostęp: 27.05.2023].
- Muraven, M., Slessareva, E. (2003). Mechanism of self-control failure: Motivation and limited resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29*(7), 894–906. <https://doi.org/10.1177/0146167203029007008>

- Müller-Isberner, R., Webster, C. D., Gretenkord, L. (2007). Measuring progress in hospital order treatment: Relationship between levels of security and C and R scores of the HCR-20. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471256>
- Nachon, J. I., Segretin, M. S., Lipina, S. J. (2020). Conceptual and methodological approaches to the study of Self-Regulation: An inquiry within Developmental Science. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 12(3), 13-31, <https://www.redalyc.org/journal/3334/333469389003/html/> [dostęp: 24.06.2023].
- National Research Council (1989). *Improving risk communication*. Washington, DC: National Academy Press.
- Neil, C., O'Rourke, S., Ferreira, N., Flynn, L. (2020). Protective factors in violence risk assessment: Predictive validity of the SAPROF and HCR-20V3. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 19(1), 84–102. <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1643811>
- Neumann, C. S., Hare, R. D., Pardini, D. A. (2015). Antisociality and the construct of psychopathy: Data from across the globe. *Journal of personality*, 83(6), 678-692. <https://doi.org/10.1111/jopy.12127>
- Nigg, J. T., Silk, K. R., Stavro, G., Miller, T. (2005). Disinhibition and borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1129-1149. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050534>
- Nikolova, N., Strub, D. S., Douglas, K. S. (2009). Violence risk assessment. W C. Edwards (Red.), *Encyclopedia of forensic sciences*. Hoboken, NJ: Wiley
- Nowakowski, Krzysztof. (2015). *Emotional Intelligence and Social Competencies in Psychopathic Individuals/ Inteligencja emocjonalna a kompetencje społeczne osób o psychopatycznej strukturze osobowości*. Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM.
- Nowakowski, K., Banasik, M. (2017). Protective factors: theoretical assumptions, measurement tools and diagnostic efficacy of the construct in risk assessment of violence in youth. *Problems of forensic sciences*, 109, 53-63, [https://arch.ies.gov.pl/images/PDF/2017/vol\\_109/109\\_Nowakowski\\_m.pdf](https://arch.ies.gov.pl/images/PDF/2017/vol_109/109_Nowakowski_m.pdf) [dostęp: 23.05.2023]
- Nowakowski, K., Stojer-Polańska, J. (2021). Przewidywanie zagrożenia powrotną przestępczością agresywną z perspektywy kryminologiczno-psychologicznej. *Przegląd Policyjny*, 141, 175-193.
- Nowopolski, M., Banasik, M., Gierowski, J. K. (2018). Warning behaviours and risk factors preceding acts of individual terrorism. *Problems of Forensic Sciences*, 116, 323-338
- Nowopolski M. (2020). Standaryzacja procedur psychiatryczno-psychologicznych w identyfikacji potencjalnych sprawców czynów terrorystycznych. W: J.Jędrzejewska, E.Chodźko (Red.). *Współczesny wymiar terroryzmu – przegląd i badania* (s. 178-193). Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz.U. 2020 poz. 1780).

Ogloff, J. R., Wong, S., Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a Therapeutic Community program. *Behavioral Sciences & the Law*, 8(2), 181–190. <https://doi.org/10.1002/bsl.2370080210>

Olsson, H., Strand, S., Kristiansen, L., Sjöling, M., Asplund, K. (2013). Decreased risk for violence in patients admitted to forensic care, measured with the HCR-20. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.03.004>

Olver, M. E., Wong, S. C. P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 328–336. <https://doi.org/10.1037/a0015001>

Olver, M. E., Wong, S. (2011). Predictors of sex offender treatment dropout: Psychopathy, sex offender risk, and responsivity implications. *Psychology, Crime & Law*, 17(5), 457–471. <https://doi.org/10.1080/10683160903318876>

Olver M. E., Stockdale K. C., Wormith J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6–21. <https://doi.org/10.1037/a0022200>

Olver, M. E., Lewis, K., Wong, S. C. P. (2013). Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: The relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 160–167. <https://doi.org/10.1037/a0029769>

Olver, M. E. (2016). Treatment of psychopathic offenders: Evidence, issues, and controversies. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 1(3), 75–82. <https://doi.org/10.35502/jcswb.25>

Marion, B. E., Sellbom, M., Salekin, R. T., Toomey, J. A., Kucharski, L. T., Duncan, S. (2013). An examination of the association between psychopathy and dissimulation using the MMPI-2-RF validity scales. *Law and Human Behavior*, 37(4), 219–230. <https://doi.org/10.1037/lhb0000008>

Olver, M. E., Stockdale, K. C., Neumann, C. S., Hare, R. D., Mokros, A., Baskin-Sommers, A., Brand, E., Folino, J., Gacono, C., Gray, N. S., Kiehl, K., Knight, R., Leon-Mayer, E., Logan, M., Meloy, J. R., Roy, S., Salekin, R. T., Snowden, R., Thomson, N., ... Yoon, D. (2020). Reliability and validity of the Psychopathy Checklist-Revised in the assessment of risk for institutional violence: A cautionary note on DeMatteo et al. *Psychology, Public Policy, and Law*, 26(4), 490–510. <https://doi.org/10.1037/law0000256>

Olver, M. E., Riemer, E. K. (2021). High-psychopathy men with a history of sexual offending have protective factors too: But are these risk relevant and can they change in

treatment? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 406–420. <https://doi.org/10.1037/ccp0000638>

Osumi, T., Ohira, H. (2017). Selective fair behavior as a function of psychopathic traits in a subclinical population. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01604>

O'Shea, L. E., Dickens, G. L. (2016). Performance of protective factors assessment in risk prediction for adults: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(2), 126–138. <https://doi.org/10.1037/h0101736>

Otto, R. K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1239–1262. [https://doi.org/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)

Oziel, S. (2016). *The reliability and validity of the SAPROF among forensic mental health patients* (rozprawa doktorska). Ryerson University, Toronto, ON.

O'Shea, L. E., & Dickens, G. L. (2015). The HCR-20 as a measure of reliable and clinically significant change in violence risk among secure psychiatric inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 62, 132-140. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.009>

Pastwa-Wojciechowska B. (2004). *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Pastwa-Wojciechowska, B. (2008). Samoregulacja i samokontrola a psychopatyczne zaburzenia osobowości. *Czasopismo Psychologiczne*, 14(2), 247-254.

Pastwa-Wojciechowska B. (2009), Skuteczność resocjalizacji przestępców seksualnych – przegląd badań. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 64–65, 49–70.

Pastwa-Wojciechowska, B. (2010). Czy pytanie o bezsens resocjalizacji ma sens? *Resocjalizacja Polska*, 1, 109-120.

Pastwa-Wojciechowska, B. (2011). Psychologiczno-psychiatryczna problematyka psychopatii a potrzeby i praktyka opiniodawstwa w procesie stosowania prawa. *Chowanna*, 37 (2), 159-177.

Pastwa-Wojciechowska, B. (2012). Pojęcie psychopatii a badania nad niedostosowaniem społecznym u dzieci i młodzieży. *Problemy resocjalizacji penitencjarnej i niedostosowania społecznego*, 8, 48-58.

Pastwa-Wojciechowska, B., Kaźmierczak, M. i Błażek, M. (2012). Self-esteem and styles of coping with stress versus strategies of planning in people with psychopathic personality disorders. *Medical science monitor: International medical journal of experimental and clinical research*, 18(2), 119–124. <https://doi.org/10.12659/msm.882467>

Pastwa-Wojciechowska, B. (2014). Podejmowanie zachowań ryzykownych przez osoby o psychopatycznej strukturze osobowości. *Rocznik Lubuski*, 40, 13–26.

- Pastwa-Wojciechowska, B., Kaźmierczak, M. (2018). Między empatią a psychopatią, czyli moralni nieskuteczni czy skuteczni niemoralni. *Nauka, 1*, 105–127.
- Patkar, A. A., Murray, H. W., Mannelli, P., Gottheil, E., Weinstein, S. P., Vergare, M. J. (2004). Pre-treatment measures of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine-dependent patients. *Journal of addictive diseases, 23*(2), 109–122. [https://doi.org/10.1300/J069v23n02\\_08](https://doi.org/10.1300/J069v23n02_08)
- Patton, J.H., Stanford, M.S. and Barratt, E.S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 768-774. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Patrick, C. J., Fowles, D. C., Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness and meanness. *Development and Psychopathology, 21*, 913–938. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000492>
- Patrick, C. J. (2010). *Operationalizing the triarchic conceptualization of psychopathy: Preliminary description of brief scales for assessment of boldness, meanness, and disinhibition*. Unpublished manual, Department of Psychology, Florida State University, Tallahassee. <https://patrickcnslab.psy.fsu.edu/wiki/images/b/b2/TPMmanual.pdf> (dostęp: 26.04.2023).
- Patrick, C. J. (2018). Psychopathy as masked pathology. In C. J. Patrick (Red.), *Handbook of psychopathy, 2nd ed*, (pp. 3–21). New York, NY: Guilford.
- Paulhus, D. L., Neumann, C. S., Hare, R. D. (2016). *Manual for the self-report psychopathy scale*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Penney, S. R., Marshall, L. A., Simpson, A. I. F. (2016). The assessment of dynamic risk among forensic psychiatric patients transitioning to the community. *Law and Human Behavior, 40*(4), 374–386. <https://doi.org/10.1037/lhb0000183>
- Pearl, J. (2009). *Causality: Models, Reasoning, and Inference*. Cambridge University Press, 2nd edition.
- Pechorro, P., Ayala-Nunes, L., Nunes, C., Maia, Â., Gonçalves, R. A. (2017). The Barratt Impulsiveness Scale—11 among a Portuguese sample of female juvenile delinquents and community youths. *The International Journal of Forensic Mental Health, 16*(1), 46–57. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1235627>
- Pechorro, P., DeLisi, M., Gonçalves, R. A., Maroco, J. (2022). Bold, mean and disinhibited: getting specific about the mediating role of self-control and antisocial outcomes in youth. *Psychiatry, psychology and law, 29*(6), 871-888. <https://doi.org/10.1080/13218719.2021.1995519>
- Perez, N. M., Jennings, W. G., Baglivio, M. T. (2018). A path to serious, violent, chronic delinquency: The harmful aftermath of adverse childhood experiences. *Crime & Delinquency, 64*(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0011128716684806>



- Pearson, C. M., Zapolski, T. C., Smith, G. T. (2015). A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *The International journal of eating disorders*, 48(2), 230–237. <https://doi.org/10.1002/eat.22277>
- Persson, M., Belfrage, H., Fredriksson, B., Kristiansson, M. (2017). Violence during imprisonment, forensic psychiatric care, and probation: Correlations and predictive validity of the risk assessment instruments COVR, LSI-R, HCR-20V3, and SAPROF. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 16(2), 117–129. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1266420>
- Pilch, I., Sanecka, E., Hyla, M., Atlas, K. (2015). Polska adaptacja skali TriPM do badania psychopatii w ujęciu triarchicznym. *Psychologia Społeczna*, 10(4), 35, 435-454. <https://doi.org/10.7366/1896180020153506>
- Polaschek, D. L. L., Daly, T. E. (2013). Treatment and psychopathy in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 592–603. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.06.003>
- Poprawa, R. (2014). Znaczenie impulsywności dla stopnia zaangażowania młodych mężczyzn w picie alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 27(1), 31-54. [https://doi.org/10.1016/S0867-4361\(14\)70003-3](https://doi.org/10.1016/S0867-4361(14)70003-3)
- Poprawa, R. (2016). Polska adaptacja Skali Impulsywnego Zachowania UPPS-P oraz jej znaczenie w predykcji wybranych eksternalizowanych problemów i zaburzeń [Polish adaptation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale and its significance in the prediction of selected externalized problems and disorders]. *Przegląd Psychologiczny*, 59(1), 95–116.
- Porter, S., Woodworth, M. (2006). Psychopathy and Aggression. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 481–494). The Guilford Press.
- Poprawa, R. (2019). Badania nad polską skróconą wersją Skali Impulsywnego Zachowania UPPS-P. *Alkoholizm i narkomania*, 32(1), 35-62.
- Poy, R., Segarra, P., Esteller, À., López, R., Moltó, J. (2014). FFM description of the triarchic conceptualization of psychopathy in men and women. *Psychological Assessment*, 26(1), 69–76. <https://doi.org/10.1037/a0034642>
- Poythress, N., Petrila, J. P. (2010). PCL-R Psychopathy: Threats to sue, peer review, and potential implications for science and law. A commentary. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 3–10. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.483346>
- Pratt, T. C., Cullen, F. T. (2000). The empirical status of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime: A meta-analysis. *Criminology*, 38(3), 931-964. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2000.tb00911.x>
- Prentky, R. A., Knight, R. A., Lee, A. F. S., Cerce, D. D. (1995). Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists. *Criminal Justice and Behavior*, 22(2), 106–128. <https://doi.org/10.1177/0093854895022002002>

- Prisciandaro, J. J., Korte, J. E., McRae-Clark, A. L., Brady, K. T. (2012). Associations between behavioral disinhibition and cocaine use history in individuals with cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1185–1188. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.05.015>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross, M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147–171). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007>
- Przybysz, J. (2011). *Kompendium psychiatrii sądowej - opiniowanie w procesie karnym Podręcznik dla lekarzy i prawników*. Toruń: Tumult.
- Pyrcał-Górowska, M. (2017). *Detencja psychiatryczna orzekana jako środek zabezpieczający w świetle badań aktowych*. Kraków: Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja.
- Pyrcał-Górowska, M. (2021). Środki zabezpieczające w polskim systemie prawnym de lege lata. W: A. Bartczak-Oplustil, M. Pyrcak – Górowska, A. Zoll. *Środki zabezpieczające. Ujęcie systemowe* (s. 393-498). Kraków: Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja.
- Savci, M., Aysan, F. (2016). Relationship between impulsivity, social media usage and loneliness. *Educational Process: International Journal*, 5(2), 106. <http://dx.doi.org/10.12973/edupij.2016.52.2>
- Stautz, K., Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33(4), 574–592. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.003>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72(2), 271–324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Racine, S. E., Bickner, E., Trolio, V., Lane, S. P. (2022). *Acting Impulsively when “Upset”: Examining Associations among Negative Urgency, Undifferentiated Negative Affect, and Impulsivity using Momentary and Experimental Method* [preprint article], <https://doi.org/10.31234/osf.io/3fbm8>
- Ray, J. V., Hall, J., Rivera-Hudson, N., Poythress, N. G., Lilienfeld, S. O., & Morano, M. (2013). The relation between self-reported psychopathic traits and distorted response styles: A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/a0026482>
- Rea, L. M., Parker, R. A. (1992). *Designing and conducting survey research: a comprehensive guide*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Reiss, A. J. (1951). Delinquency as the failure of personal and social controls. *American sociological review*, 16(2), 196-207. <https://doi.org/10.2307/2087693>
- Reynolds, B., Ortengren, A., Richards, J. B., de Wit, H. (2006). Dimensions of impulsive behavior: Personality and behavioral measures. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 305–315. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.024>
- Righetti, F., Finkenauer, C. (2011). If you are able to control yourself, I will trust you: the role of perceived self-control in interpersonal trust. *Journal of personality and social psychology*, 100(5), 874–886. <https://doi.org/10.1037/a0021827>
- Rice, M. E., Harris, G. T., Lang, C. (2013). Validation of and revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide—Revised (VRAG-R). *Psychological Assessment*, 25(3), 951–965. <https://doi.org/10.1037/a0032878>
- Roberts, B. W., Walton, K. E., Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.1>
- Robertson, C. A., Knight, R. A. (2014). Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors. *Aggressive behavior*, 40(1), 12-23. <https://doi.org/10.1002/ab.21505>
- Robertson, E. L., Walker, T. M., Frick, P. J. (2020). Intimate partner violence perpetration and psychopathy: A comprehensive review. *European Psychologist*, 25(2), 134–145. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000397>
- Robertson-Kraft, C., Duckworth, A. (2014). True grit: Trait-level perseverance and passion for long-term goals predicts effectiveness and retention among novice teachers. *Teachers College Record*, 116(3), 1–27. <https://doi.org/10.1177/016146811411600306>
- Robins, R. W., Caspi, A., Moffitt, T. E. (2000). Two personalities, one relationship: Both partners' personality traits shape the quality of their relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 251–259. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.251>
- Roczniowska, M., Kolańczyk, A. (2012). Cel uświęca środki, a niekiedy przeszkody? Preferencje zależne od nastawienia regulacyjnego [Automatic evaluation as a function of regulatory focus and goal pursuit]. *Psychologia Społeczna*, 7, 34-47.
- Ross, T., Fontao, M. I. (2008). The relationship of self-regulation and aggression: An empirical test of personality systems interaction theory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(5), 554–570. <https://doi.org/10.1177/0306624X07308667>
- Roychowdhury, A., Adshead, G. (2014). Violence risk assessment as a medical intervention: ethical tensions. *The Psychiatric Bulletin*, 38(2), 75–82. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.043315>

- Robertson C. A., Knight R. A. (2014). Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors. *Aggressive Behavior*, 40(1), 12-23.
- Rowińska-Garbień, E. (2023). Ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej. W A. Depko, A. Krasowska (Red.). *Seksuologia sądowa II* (s. 341 – 360). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)
- Salekin, R. T. (2008). Psychopathy and recidivism from mid-adolescence to young adulthood: Cumulating legal problems and limiting life opportunities. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 386–395. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.386>
- Savard, C., Sabourin, S., Lussier, Y. (2006). Male sub-threshold psychopathic traits and couple distress. *Personality and Individual Differences*, 40(5), 931–942. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.001>
- Schober, P., Boer, C., Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia and analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Schmeichel, B. J., Baumeister, R. F. (2004). Self-regulatory strength. In R. F. Baumeister, K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 84–98). New York: The Guilford Press.
- Scott, C. L., Resnick, P. J. (2017). Clinical assessment of aggression and violence. In *Principles and practice of forensic psychiatry* (pp. 653-662). CRC Press.
- Sea, J., Bang, S. (2021). The interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 version 3 in South Korea. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32(6), 879-901.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L. (2000). Assessment. In A. E. Kazdin (Eds.), *Encyclopedia of psychology*, Vol. 1 (pp. 264-272). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sellbom, M., Phillips, T. R. (2013). An examination of the triarchic conceptualization of psychopathy in incarcerated and nonincarcerated samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 208–214. <https://doi.org/10.1037/a0029306>
- Semin, G. R., Higgins, T., de Montes, L. G., Estourget, Y., Valencia, J. F. (2005). Linguistic Signatures of Regulatory Focus: How Abstraction Fits Promotion More Than Prevention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.1.36>
- Sewall, L. A., Olver, M. E. (2019). Psychopathy and treatment outcome: Results from a sexual violence reduction program. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 59–69. <https://doi.org/10.1037/per0000297>

Shaffer, C. S., Blanchard, A. J. E., Douglas, K. S. (2017). Risk assessment, violence and aggression. In P. Sturmey (Eds.), *Wiley Handbook of Violence and Aggression*. Oxford, UK: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119057574.whbva057>

Sharma, L., Markon, K. E., Clark, L. A. (2014). Toward a theory of distinct types of “impulsive” behaviors: A meta-analysis of self-report and behavioral measures. *Psychological Bulletin*, 140(2), 374–408. <https://doi.org/10.1037/a0034418>

Sheldon, K., Gallagher, J. (2010). S13-04 - Risk reductions in dangerous and severe personality disordered forensic in-patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *European Psychiatry*, 25(S1), 35. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(10\)70035-3](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(10)70035-3)

Singh, J.P., Serper, M., Reinharth, J., Fazel, S., 2011. Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: a systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophrenia Bulletin* 37, 899–912. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr093>

Singh, J. P., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., Doyle, M., Folino, J. O., Godoy-Cervera, V., Grann, M., Ho, R. M. Y., Large, M. M., Nielsen, L. H., Pham, T. H., Rebocho, M. F., Reeves, K. A., Rettenberger, M., de Ruiter, C., Seewald, K., Otto, R. K. (2014). International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 193–206. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922141>.

Silva, E. (2020). The HCR-20 and violence risk assessment—will a peak of inflated expectations turn to a trough of disillusionment? *BJPsych bulletin*, 44(6), 269-271. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.14>

Skeem, J. L., Manchak, S., Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35(2), 110–126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>

Slotter, E. B., Finkel, E. J. (2011). I<sup>3</sup> theory: Instigating, impelling, and inhibiting factors in aggression. W P. R. Shaver, M. Mikulincer (Eds.), *Human aggression and violence: Causes, manifestations, and consequences* (pp. 35–52). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12346-002>

Stoll, E., Heinzen, H., Köhler, D., Huchzermeier, C. (2011). *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): Validity and practicability of the German version*. Frankfurt am Main, Germany: verlag für Polizeiwissenschaft.

Shin, S. H., Cook, A. K., Morris, N. A., McDougale, R., Groves, L. P. (2016). The different faces of impulsivity as links between childhood maltreatment and young adult crime. *Preventive medicine*, 88, 210–217. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.03.022>

- Shin, S. H., McDonald, S. E., Conley, D. (2018). Profiles of adverse childhood experiences and impulsivity. *Child abuse & neglect*, 85, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.028>
- Skeem, J. L., Cooke, D. J. (2010a). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433–445. <http://dx.doi.org/10.1037/a0008512>
- Skeem, J. L., Cooke, D. J. (2010b). One measure does not a construct make: Directions toward reinvigorating psychopathy research—reply to Hare and Neumann (2010). *Psychological Assessment*, 22(2), 455–459. <https://doi.org/10.1037/a0014862>
- Smith, S. S., Newman, J. P. (1990). Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(4), 430–439. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.99.4.430>
- Smith, S. T., Kelley, S. E., Rulseh, A., Sörman, K., Edens, J. F. (2014). Adapting the HCR-20V3 for pre-trial settings. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 160–171. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906520>
- Smith, G. T., Cyders, M. A. (2016). Integrating affect and impulsivity: The role of positive and negative urgency in substance use risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 163(1), S3–S12. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.038>
- Smith, K. J., O'Rourke, S., Macpherson, G. (2020). The predictive validity of the HCR20v3 within Scottish forensic inpatient facilities: A closer look at key dynamic variables. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1618999>
- Snowden, R. J., Gray, N. S. (2011). Impulsivity and psychopathy: associations between the barrett impulsivity scale and the psychopathy checklist revised. *Psychiatry research*, 187(3), 414–417. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.003>
- Society for Risk Analysis. (2018). Society for Risk Analysis glossary. <https://sra.org/sites/default/files/pdf/SRA%20Glossary%20-%20FINAL.pdf> [dostęp: 4.05.2023].
- Sörman, K., Nilsson, G., Howner, K., Tamm, S., Caman, S., Wang, H.-X., Ingvar, M., Edens, J. F., Gustavsson, P., Lilienfeld, S. O., Petrovic, P., Fischer, H., Kristiansson, M. (2016). Reliability and construct validity of the Psychopathic Personality Inventory-Revised in a Swedish non-criminal sample—A multimethod approach including psychophysiological correlates of empathy for pain. *PLoS ONE*, 11(6), Article e0156570. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156570>
- Spaans, M., Molendijk, M. L., de Beurs, E., Rinne, T., Spinhoven, P. (2017). Self-reported personality traits in forensic populations: A meta-analysis. *Psychology, Crime & Law*, 23(1), 56–78. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2016.1220555>

Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., and Bogaerts, S. (2014). *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R [Guidelines and Methodological Research of the HKT-R, Historical, Clinical and Future – Revision]*.

Spillane, N. S., Smith, G. T., Kahler, C. W. (2010). Impulsivity-like traits and smoking behavior in college students. *Addictive Behaviors*, 35(7), 700–705. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.008>

Stanford, M. S., Houston, R. J., Mathias, C. W., Villemarette-Pittman, N. R., Helfritz, L. E., Conklin, S. M. (2003). Characterizing Aggressive Behavior. *Assessment*, 10(2), 183-190. <https://doi.org/10.1177/1073191103010002009>

Stanton, K., Brown, M. F., Watson, D. (2021). Examining the item-level structure of the Triarchic Psychopathy Measure: Sharpening assessment of psychopathy constructs. *Assessment*, 28(2), 429-445. <https://doi.org/10.1177/1073191120927786>

Steel P. (2007). The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological bulletin*, 133(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>

Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 47(1), 58–72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008>

Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Farrington, D. P., Zhang, Q., van Kammen, W., Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk factors for delinquency: Interrelations and developmental patterns. *Development and Psychopathology*, 5(4), 683–701. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006234>

Szumski, F., Kasparek, K., Gierowski, J. K. (2020). High or very high recidivism risk? The possibilities of recidivism risk assessment under the Polish SVP law (the Act of 22 November 2013). *Psychiatria Polska*, 54(6), 1181-1194.

Stroud, C. B., Durbin, C. E., Saigal, S. D., Knobloch-Fedders, L. M. (2010). Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An actor–partner interdependence model analysis. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 466–477. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.05.011>

Strub, D. S., Douglas, K. S. (2009). *New version of the HCR-20 violence risk assessment scheme: Evaluation of a draft of the revised Historical scale*. Poster presented at the American-Psychology Law Society conference, San Antonio, Texas.

Strub, D. S., Douglas, K. S., Nicholls, T. L. (2014). The validity of Version 3 of the HCR-20 violence risk assessment scheme amongst offenders and civil psychiatric patients. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.911785>

- Strus, W., Kozłowska, A. (2021). Osobowość Psychopatyczna – Nowe ujęcia starej problematyki. *Biuletyn Kryminologiczny*, 25, 15–34. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5005149>
- Tan, K., Jarnecke, A. M., South, S. C. (2017). Impulsivity, communication, and marital satisfaction in newlywed couples. *Personal Relationships*, 24(2), 423–439. <https://doi.org/10.1111/pere.12190>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–322. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Taylor, J., Lang, A. R. (2006). Psychopathy and Substance Use Disorders. In C. J. Patrick (Eds.), *Handbook of psychopathy* (pp. 495–511). New York: The Guilford Press.
- Thompson, N. M., Uusberg, A., Gross, J. J., Chakrabarti, B. (2019). Empathy and emotion regulation: An integrative account. *Progress in brain research*, 247, 273–304. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024>
- Tonnaer, F., Cima, M., Arntz, A. (2016). Modeling Impulsivity in Forensic Patients: A Three-Dimensional Model of Impulsivity. *The American journal of psychology*, 129(4), 429–441. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.129.4.0429>
- Torok, M., Darke, S., Shand, F., & Kaye, S. (2014). Violent offending severity among injecting drug users: Examining risk factors and issues around classification. *Addictive behaviors*, 39(12), 1773-1778.
- Tozdan, S., Briken, P., Yoon, D., von Franqué, F. (2016). Risk and protective factors among sexual offenders: Relapse prediction and changes during treatment. *Psychiatrische Praxis*, 43, 154–159. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387404>
- Tran, J., Teese, R., Gill, P. R. (2018). UPPS-P facets of impulsivity and alcohol use patterns in college and noncollege emerging adults. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(6), 695-704. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1503280>
- Tuk, M. A., Zhang, K., Sweldens, S. (2015). The propagation of self-control: Self-control in one domain simultaneously improves self-control in other domains. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(3), 639–654. <https://doi.org/10.1037/xge0000065>
- Turner, D., Rettenberger, M., Yoon, D., Klein, V., Eher, R., Briken, P. (2016). Risk assessment in child sexual abusers working with children. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 28(6), 572–596. <https://doi.org/10.1177/1079063214564390>
- Turner, D., Sebastian, A., Tüscher, O. (2017). Impulsivity and Cluster B Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 19(3), 15. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0768-8>
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10304-000>.



Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11367-000>.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1997, nr 88, poz. 553).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. 1997 Nr 90, poz. 557 ze zmianami).

Vazsonyi, A. T., Mikuška, J., Kelley, E. L. (2017). It's time: A meta-analysis on the self-control-deviance link. *Journal of Criminal Justice*, 48, 48–63. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.10.001>

Værøy, H., Western, E. and Andersson, S. (2016) The Link between Facets of Impulsivity and Aggression in Extremely Violent Prisoners. *Open Journal of Psychiatry*, 6, 86-94. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2016.61010>.

Valikhani, A., Mokaberian, M., Rahmati Kankat, L., Moustafa, A. A. (2022). Dimensional investigation of individual differences in personality disorder traits based on the three-dimensional model of personality self-regulation. *Current Psychology* 41 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01031-5>

Van der Linde, R., Bogaerts, S., Garofalo, C., Blaauw, E., De Caluwé, E., Billen, E., & Spreen, M. (2020). Trajectories of dynamic risk factors during forensic treatment: Growth trajectory of clinical risk factors in a sample of Dutch forensic patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(15), 1491-1513. <https://doi.org/10.1177/0306624X20909219>

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>

Van der Zouwen, M., Hovee, M., Hendriks, A. M., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M. (2018). The association between attachment and psychopathic traits. *Aggression and Violent Behavior*, 43, 45–55. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.09.002>

Van der Put, C. E., Gubbels, J., Assink, M. (2019). Predicting domestic violence: A meta-analysis on the predictive validity of risk assessment tools. *Aggression and Violent Behavior*, 47, 100–116. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.03.008>

van Dongen, J. D. M., Brazil, I. A., van der Veen, F. M., Franken, I. H. A. (2018). Electrophysiological correlates of empathic processing and its relation to psychopathic meanness. *Neuropsychology*, 32(8), 996–1006. <https://doi.org/10.1037/neu0000477>

Van Notten, P. (2002). *Foresight in the face of scenario diversity*. International Conference on Probing the Future: Developing Foresight in the Knowledge Economy, Glasgow, Scotland, UK.

Verdejo-García, A., Rivas-Pérez, C., Vilar-López, R., Pérez-García, M. (2007). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first

year of abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 86(2-3), 139–146.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.024>

Verdejo-García, A., Lozano, Ó., Moya, M., Alcázar, M. Á., Pérez-García, M. (2010). Psychometric properties of a Spanish version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale: Reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 70–77. <https://doi.org/10.1080/00223890903382369>

Viljoen, S., Nicholls, T. L., Roesch, R., Gagnon, N., Douglas, K., Brink, J. (2016). Exploring gender differences in the utility of strength-based risk assessment measures. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 15(2), 149–163. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1170739>

Viljoen, J. L., Vargen, L. M., Cochrane, D. M., Jonnson, M. R., Goossens, I., Monjazez, S. (2021). Do structured risk assessments predict violent, any, and sexual offending better than unstructured judgment? An umbrella review. *Psychology, Public Policy, and Law*, 27(1), 79–97. <https://doi.org/10.1037/law0000299>

Vize, C. E., Lynam, D. R., Collison, K. L., Miller, J. D. (2018). Differences among dark triad components: A meta-analytic investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(2), 101–111. <https://doi.org/10.1037/per0000222>

Visser, B. A., DeBow, V., Pozzebon, J. A., Bogaert, A. F., Book, A. (2015). Psychopathic sexuality: The thin line between fantasy and reality. *Journal of Personality*, 83(4), 376–388. <https://doi.org/10.1111/jopy.12110>

Vitaro, F., Brendgen, M., Tremblay, R. E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: searching for moderator variables. *Journal of abnormal child psychology*, 28, 313-325. <https://doi.org/10.1023/A:1005188108461>

Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In R. F. Baumeister, K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, Theory, and Applications* (pp. 1-9). New York, NY: The Guilford Press.

Faber, R.J., Vohs, K.D. (2011). *Self-regulation and spending: Evidence from impulsive and compulsive buying handbook of self-regulation: research, theory, and applications*. 2nd Edition, Guilford Press, New York.

Von Culin, K. R., Tsukayama, E., Duckworth, A. L. (2014). Unpacking grit: Motivational correlates of perseverance and passion for long-term goals. *The Journal of Positive Psychology*, 9(4), 306–312. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.898320>

Völlm, B.A., Clarke M., Herrando V.T., Seppänen A.O, Gosek P., Heitzman J., Bulten E. (2018) European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry* 51, 58-73. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007>

Walsh, Z., Allen, L. C., Kosson, D. S. (2007). Beyond social deviance: Substance use disorders and the dimensions of psychopathy. *Journal of personality disorders*, 21(3), 273-288. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.273>

Walters, G. D., Heilbrun, K. (2010). Violence risk assessment and Facet 4 of the Psychopathy Checklist: Predicting institutional and community aggression in two forensic samples. *Assessment*, 17(2), 259–268. <https://doi.org/10.1177/1073191109356685>

Walters, G. D., Kiehl, K. A. (2015). Limbic correlates of fearlessness and disinhibition in incarcerated youth: Exploring the brain–behavior relationship with the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version. *Psychiatry Research*, 230(2), 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.041>

Walters, G. D. (2006). Appraising, researching, and conceptualizing criminal thinking: A personal view. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16(2), 87–99. <https://doi.org/10.1002/cbm.50>

Ward, T. (2002). The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist*, 37(3), 172–179. <https://doi.org/10.1080/00050060210001706846>.

Ward, T., Laws, R. (2010). Desistence from sex offending: Motivating change, enriching practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 11-23. <https://doi.org/10.1080/14999011003791598>

Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C., Quinsey, V. L. (1994). *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.

Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Burnaby, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence*, version 2. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Webster, C. D., Müller-Isberner, R., Fransson, G. (2002). Violence risk assessment: Using structured clinical guides professionally. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(2), 185-193.

Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., Middleton, C. (2004). *Short-term assessment of risk and treatability (START)*. Coquitlam, Canada: British Columbia Mental Health & Addiction Services.

Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., Desmarais, S. L. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*, Version 1.1. Coquitlam, Canada: British Columbia Mental Health & Addiction Services.

Webster, C.D., Haque, Q., Hucker, S.J (2013). *Violence Risk Assessment and Management (2nd ed.)*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step towards treatment integration*. Malabar, FL: Krieger. <https://doi.org/10.1177/070674379303800513>

- Weidacker, K., O'Farrell, K. R., Gray, N. S., Johnston, S. J., & Snowden, R. J. (2017). Psychopathy and impulsivity: The relationship of the triarchic model of psychopathy to different forms of impulsivity in offenders and community participants. *Personality and Individual Differences, 114*, 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.069>
- Weidner, G., Sieverding, M., Chesney, M. A. (2016). The role of self-regulation in health and illness. *Psychology, health & medicine, 21*(2), 135–137. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1115528>
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of anxiety disorders, 26*(3), 453–458. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.007>
- 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.
- Wendt, H. W. (1972). Dealing with a common problem in social science: A simplified rank-biserial coefficient of correlation based on the statistic. *European Journal of Social Psychology, 2*(4), 463–465. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420020412>
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences, 30*(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: A four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality, 19*(7), 559–574. <https://doi.org/10.1002/per.556>
- Wikström P.-O.H. (2004) Crime as alternative: Towards a cross-level Situational Action Theory of crime causation. W McCord J (Red.) *Beyond Empiricism: Institutions and Intentions in the Study of Crime* (s. 1-37). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781351322560-1>
- Wikström, P.-O.H., Treiber, K. (2009). Violence as Situational Action. *International Journal of Conflict and Violence, 3*, 75-96. <https://doi.org/10.4119/ijcv-2794>
- Williams, K. M., Paulhus, D. L. (2004). Factor structure of the Self-Report Psychopathy scale (SRP-II) in non-forensic samples. *Personality and Individual Differences, 37*(4), 765–778. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.11.004>
- Williams, L. M., Sidis, A., Gordon, E., Meares, R. A. (2006). "Missing links" in borderline personality disorder: Loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 31*(3), 181–188.
- Wilson, N. J., Tamatea, A. (2013). Challenging the 'urban myth' of psychopathy untreatability: The High-Risk Personality Programme. *Psychology, Crime & Law, 19*(5-6), 493–510. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.758994>

- Wilson, T. E., Hennessy, E. A., Falzon, L., Boyd, R., Kronish, I. M., Birk, J. L. (2020). Effectiveness of interventions targeting self-regulation to improve adherence to chronic disease medications: a meta-review of meta-analyses. *Health psychology review*, 14(1), 66–85. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706615>
- Witt, E. A., Donnellan, M. B., Blonigen, D. M. (2009). Using existing self-report inventories to measure the psychopathic personality traits of Fearless Dominance and Impulsive Antisociality. *Journal of Research in Personality*, 43(6), 1006–1016. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.06.010>
- Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E. L., Carpenter, T., Agar, A. D., Logan, M. (2013). High-risk sexual offenders: An examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *International journal of law and psychiatry*, 36(2), 144-156. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.01.007>
- Wong, S. C. P., Hare, R. D. (2005). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto, ON, Canada: Multihealth Systems
- Wong S. C. P., Gordon A., Gu D. (2007). Assessment and treatment of violence-prone forensic clients: An integrated approach. *British Journal of Psychiatry*, 190(49), 66–74. <https://doi.org/10.1192/bjp.190.5.s66>
- Wong, S. C. P. (2015). Treatment of violence prone individuals with psychopathic personality traits. In J. Livesley, G. Dimaggio, J. Clarkin (Eds). *Integrated treatment of personality disorder: A modular approach*, (s. 345–376). New York, NY: Guildford.
- Wong, S. C. P., Gordon, A., Gu, D., Lewis, K., Olver, M. E. (2012). The effectiveness of violence reduction treatment for psychopathic offenders: Empirical evidence and a treatment model. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 336–349. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746760>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/> (dostęp online: 21.08.2023).
- Wróbel, W. (2003). *Zmiana normatywna i zasady intertemporalne w prawie karnym*. Kraków: Zakamycze.
- Wypych, M., Matuszewski, J., Dragan, W. Ł. (2018). Roles of impulsivity, motivation, and emotion regulation in procrastination—Path analysis and comparison between students and non-students. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00891>
- Xia, L., Gu, R., Zhang, D., & Luo, Y. (2017). Anxious Individuals Are Impulsive Decision-Makers in the Delay Discounting Task: An ERP Study. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 11, 5. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00005>
- Zaki, J. (2014). Empathy: A motivated account. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1608–1647. <https://doi.org/10.1037/a0037679>

Zald, D. (2015). Impulsivity. In *Brain Mapping*; Toga, A., Ed.; Academic Press: Cambridge, MA, USA, pp. 387–389.

Zapf, P. A., Kukucka, J., Kassin, S. M., Dror, I. E. (2018). Cognitive bias in forensic mental health assessment: Evaluator beliefs about its nature and scope. *Psychology, Public Policy, and Law*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1037/law0000153>

Zapolski, T. C. B., Cyders, M. A., Smith, G. T. (2009). Positive urgency predicts illegal drug use and risky sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 348–354. <https://doi.org/10.1037/a0014684>

Zawadzka, M. (2010). Czas na reformę środków zabezpieczających. *Na wokandzie*, 1, 58-59.

Zermatten, A., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Jermann, F., & Bechara, A. (2005). Impulsivity and Decision Making. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(10), 647–650. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000180777.41295.65>

Zhang, H., Chan, D.K.S. Regulatory focus influences perseverance and distractibility in task switching. *Psychological Research* 77, 808–817 (2013). <https://doi.org/10.1007/s00426-012-0469-1>

Zhong, H., Li, H., Zhang, X., Zhang, X., Zhang, Y., Zhao, J. (2022). Childhood maltreatment and impulsivity in offenders: Examining the mediating roles of self-compassion and cognitive reappraisal. *Child abuse & neglect*, 133, 105847. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105847>

Zhou, Z., Zhu, H., Li, C., Wang, J. (2014). Internet addictive individuals share impulsivity and executive dysfunction with alcohol-dependent patients. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8, 288. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00288>

Zuckerman, M., Eysenck, S. B., Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.1.139>

Źródła internetowe:

The jamovi project 2022. jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

## **SPIS TABEL:**

Tabela 1.1. Główne zasady kształtujące wybór środka zabezpieczającego przez właściwy sąd (opracowanie własne na podstawie: Gierowski i Paprzycki, 2013; Gierowski i Paprzycki, 2016 oraz Eichstaedt, 2022b; Gałęcki, 2022a).	16
Tabela 1.2. Przesłanki prawne orzeczenia obserwacji w zakładzie leczniczych (na podstawie: Eichstaedt, 2022d, Gałęcki 2022g, Pyrcak-Górowska, 2017, Przybysz, 2011).	22
Tabela 1.3. Rodzaje zakładów psychiatrycznych, w których może być wykonywana detencja (na podstawie: Eichstaedt, 2022e).	27
Tabela 1.4. Różnice pomiędzy detencją psychiatryczną a karą (opracowanie własne na podstawie: Pyrcak-Górowska, 2017).	31
Tabela 2.1. Zalety i wady „nieustrukturyzowanej klinicznej oceny” w odniesieniu do oceny ryzyka przemocy (opracowanie własne na podstawie: Hart, 2001; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Douglas i Kropp, 2002; Nikolova, Strub, Douglas, 2009; Douglas i in., 2013; Douglas, 2019; Douglas, Blanchard, Hendry, 2013; Boer i in., 2017; Hart i in., 2022; Viljoen, i in., 2021).	35
Tabela 2.2. Zalety i wady podejścia nieuznaniowego w odniesieniu do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy (opracowanie własne na podstawie: Douglas i in., 2013; Boer i in., 2017; Hart i in., 2022; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Viljoen i in., 2021; Douglas i Kropp, 2002; Quinsey i in., 1998; Hart, Guy, Douglas, 2015; Douglas, 2008; Douglas, Blanchard, Hendry, 2013; Douglas i in., 2014; Douglass i Kropp, 2002; Douglas i Reeves, 2010; Douglas i Skeem, 2005; Hart, 1998, 2001, 2011, 2009; Hart, Michie i Cooke, 2007; Hart i Cooke, 2013).	37
Tabela 2.3. Wybrane narzędzia służące do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy reprezentujące nurt SPJ (opracowanie własne na podstawie: Douglas, 2019).	41
Tabela 2.4. Zalety i wady podejścia „Ustrukturyzowanej Profesjonalnej Oceny” (SPJ) w odniesieniu do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy (opracowanie własne na podstawie: Kropp i in., 2010; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Douglas, 2019; Kropp, Hart i Lyon, 2008).	42
Tabela 2.5. Kluczowe pojęcia dla nurtu SPJ, ich zakres definicyjny oraz ograniczenia i wyłączenia definicyjne (opracowanie własne na podstawie: Douglas i in., 2013; Douglas i Shaffer, 2021; de Vogel i in., 2022; Hart, 2001, 2004, 2009, 2011; Hart i in., 2022; Douglas i Ogloff, 2003; Roychowdhury i Adshead, 2014; Hart i Boer, 2010, 2021; Douglas i in., 2013; Boer i in., 2017; Hart i Douglas, 2019; Hart i in., 2016; Hart, Douglas i Webster, 2001; Kropp, Hart, Lyon i Leopard, 2002; Hart i Logan, 2011; Quinsey i in., 2006; Guy i in., 2015; Hart i in., 2016; Webster, Müller-Isberner i Fransson, 2002).	44
Tabela 2.6. Szczegółowy opis poszczególnych etapów w procedurze stosowania HCR-20 <sup>V3</sup> (Douglas i in., 2013; Douglas i in., 2014; Hart i in., 2016, Douglas i in., 2017; Shaffer i in., 2017; Douglas, 2019; Douglas i Shaffer, 2021; Kropp i in., 2008; Hart i in., 2022; Boer i in.,	

2017; Banasik, Nowopolski i Gierowski, 2018; Logan, 2014; Hart i in., 2011; McMurrin i Bruford, 2016; Hart i Logan, 2011; Hart, 2008; Brown i Feige, 2019).....	50
Tabela 2.7. Czynniki ochronne w narzędziu SAPROF (na podstawie: de Vogel i in., 2012).	70
Tabela 2.8. Zmiany w ocenie czynników ochronnych SAPROF wraz z wpływem czasu (na podstawie: Brand, 2018; Coupland, 2015; de Vries Robbé i in., 2014; Tozdan i in., 2016; de Vries Robbé i in., 2021; Burghart i in., 2023).	75
Tabela 2.9. Przykłady zastosowania oceny ryzyka przemocy z użyciem narzędzi z nurtu SPJ w polskim systemie prawa karnego (opracowanie własne; por. Gierowski, 2013; Gierowski, 2014; Szumski, Kasperek i Gierowski)	83
Tabela 3.1. Lista proponowanych kryteriów psychopatycznego zaburzenia osobowości (Hare, Hart i Harpur, 1991).....	89
Tabela 3.2. Czynniki i płaszczyzny psychopatii w narzędziu Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R, na podstawie: Hare, 2003).....	90
Tabela 3.3. Struktura czynnikowa narzędzia Psychopathic Personality Inventory (PPI-R)....	96
Tabela 4.1. Problemy badawcze, hipotezy oraz wskaźniki w podjętych badaniach.....	144
Tabela 4.2. Opis proponowanych zmiennych i narzędzi badawczych. ....	148
Tabela 4.3. Sposób kodowania poszczególnych pozycji narzędzia SAPROF.....	153
Tabela 5.1. Statystyki opisowe kwestionariusza TriPM. ....	164
Tabela 5.2. Statystyki opisowe kwestionariusza SSPP.....	164
Tabela 5.3. Statystyki opisowe kwestionariusza UPPS-P. ....	165
Tabela 5.4. Statystyki opisowe kwestionariusza PPTS. ....	165
Tabela 5.5. Statystyki opisowe narzędzia HCR-20 <sup>V3</sup> . ....	165
Tabela 5.6. Statystyki opisowe narzędzia SAPROF.....	166
Tabela 5.7. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza TriPM) a rezultatami narzędzia HCR-20 <sup>V3</sup> . .....	167
Tabela 5.8. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza PPTS) a rezultatami narzędzia HCR-20 <sup>V3</sup> . .....	168
Tabela 5.9. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem samoregulacji promocyjnej oraz prewencyjnej (badanej z użyciem kwestionariusza SSPP) a rezultatami narzędzia HCR-20 <sup>V3</sup> . ....	171



Tabela 5.10. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem impulsywności (badanej z użyciem UPPS-P) a rezultatami narzędzia HCR-20 <sup>V3</sup> .....	173
Tabela 5.11. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy całkowitym poziomem impulsywności (suma wszystkich składowych UPPS-P) a rezultatami kwestionariusza HCR-20 <sup>V3</sup> , przy pierwszym pomiarze ryzyka.....	174
Tabela 5.12. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza TriPM) a rezultatami kwestionariusza SAPROF. ....	176
Tabela 5.13. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem psychopatii (badanej z użyciem kwestionariusza PPTS) a rezultatami kwestionariusza SAPROF. ....	177
Tabela 5.14. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem samoregulacji promocyjnej oraz prewencyjnej (badanej z użyciem kwestionariusza SSPP) a czynnikami ochrony (SAPROF).....	179
Tabela 5.15. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy poziomem impulsywności (badanej z użyciem UPPS-P) a rezultatami SAPROF.....	181
Tabela 5.16. Wyniki testu korelacji r Pearsona badającego zależności pomiędzy całkowitym poziomem impulsywności (suma wszystkich składowych UPPS-P) a rezultatami narzędzia SAPROF, przy pierwszym pomiarze czynników ochronnych. ....	182
Tabela 5.17. Krokowa regresja wielokrotna ogólnego czynnika ryzyka względem rozhamowanie (TriPM), bezdusność (TriPM), psychopatia (TriPM), wynik ogólny PPTS, negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS -P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).....	196
Tabela 5.18. Krokowa regresja wielokrotna skali H (HCR-20) względem bezdusność (TriPM), psychopatia (TriPM), negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P),.....	197
Tabela 5.19. Krokowa regresja wielokrotna skali C (HCR-20) względem bezdusność (TriPM), psychopatia (TriPM), manipulacja interpersonalna (PPTS), negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P). .....	198
Tabela 5.20. Krokowa regresja wielokrotna skali R (HCR-20) względem bezdusność (TriPM), psychopatia (TriPM), negatywna popędliwość (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).....	199
Tabela 5.21. Krokowa regresja wielokrotna ogólnego wyniku SAPROF względem rozhamowanie (TriPM), bezdusność (TriPM), psychopatia (TriPM), prewencja/kontrola (SSPP), negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P). ....	200

Tabela 5.22. Krokowa regresja wielokrotna wewnętrznych czynników ochronnych (SAPROF) względem rozhamowanie (TriPM), bezdusność (TriPM), wrażliwość afektywna (PPTS), prewencja/kontrola (SSPP), negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).....	200
Tabela 5.23. Krokowa regresja wielokrotna motywacji (SAPROF) względem rozhamowanie (TriPM), bezdusność (TriPM), prewencja/kontrola (SSPP), negatywna popędliwość (UPPS-P), premedytacja-brak premedytacji (UPPS-P), wytrwałość-brak wytrwałości (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).....	201
Tabela 5.24. Krokowa regresja wielokrotna czynnika zewnętrznego ochrony (SAPROF) względem bezdusność (TriPM), premedytacja-braku premedytacji (UPPS-P) oraz pozytywna popędliwość (UPPS-P).....	202
Tabela 5.25. Krokowa regresja wielokrotna „priorytetu przypadku” względem głównych skal HCR oraz SAPROF. ....	204
Tabela 5.26. Krokowa regresja wielokrotna „poważnej krzywdy fizycznej” względem głównych skal HCR-20 <sup>V3</sup> oraz SAPROF.....	205
Tabela 5.27. Krokowa regresja wielokrotna „przemoc w najbliższym czasie” względem głównych skal HCR-20 oraz SAPROF.....	207
Tabela 5.28. Krokowa regresja wielokrotna „ochrona” względem głównych skal HCR-20 <sup>V3</sup> oraz SAPROF.....	209
Tabela 5.29. Krokowa regresja wielokrotna „zintegrowana ocena ryzyka” względem głównych skal HCR oraz SAPROF. ....	211
Tabela 5.30. Wyniki testu korelacji rho Spearmana badającego zależności pomiędzy klasyfikacją powagi czynu będącego podstawą internacji a wynikami skal HCR-20 <sup>V3</sup> z pomiaru pierwszego oraz drugiego.....	218
Tabela 5.31. Wyniki testu korelacji rho Spearmana badającego zależności pomiędzy klasyfikacją powagi czynu będącego podstawą internacji a wynikami skal SAPROF z pomiaru pierwszego oraz drugiego.....	219
Tabela 6.1. Tabela podsumowująca wyniki weryfikacji postawionych hipotez i pytań badawczych.....	220

## **SPIS RYCIN:**

Rycina 2.1. Zasady przyświecające tworzeniu HCR-20 wersja 3. (opracowanie własne na podstawie: Douglas i in., 2013; Douglas i in., 2014).....	49
Rycina 2.2. Poszczególne etapy w procedurze stosowania narzędzia HCR-20 <sup>V3</sup> . ....	50

Rycina 3.1. Model Cech Osobowości Psychopatycznej (PPTM, na podstawie: Boduszek i in., 2019). .....	95
Rycina 5.1. Średnie wartości skal narzędzia HCR-20 <sup>V3</sup> w pomiarze pierwszym oraz drugim. ....	184
Rycina 5.2. Średnie wartości skal narzędzia SAPROF w pomiarze pierwszym oraz drugim. ....	184
Rycina 5.3. Zmiany nasilenia ryzyka historycznego z uwzględnieniem poziomu negatywnej popędliwości (UPPS-P) osób badanych.....	185
Rycina 5.4. Zmiany nasilenia skali R (zarządzania ryzykiem) z uwzględnieniem poziomu zuchwałości (TriPM) osób badanych.....	186
Rycina 5.5. Zmiany nasilenia wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) z uwzględnieniem poziomu bezduszności (TriPM) osób badanych.....	187
Rycina 5.6. Zmiany nasilenia wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) z uwzględnieniem poziomu egocentryzmu (TriPM) osób badanych. ....	188
Rycina 5.7. Zmiany nasilenia skali wewnętrznej ochrony z uwzględnieniem poziomu skali prewencja standardy (SSPP) osób badanych. ....	189
Rycina 5.8. Zmiany nasilenia wewnętrznej ochrony z uwzględnieniem poziomu skali prewencja (SSPP) osób badanych.....	189
Rycina 5.9. Zmiany nasilenia wewnętrznej ochrony z uwzględnieniem poziomu pozytywnej popędliwości (UPPS-P) osób badanych.....	190
Rycina 5.10. Zmiany nasilenia czynników ochronnych związanych z motywacją (motywacja) z uwzględnieniem poziomu skali pozytywna popędliwość (UPPS-P) osób badanych .....	191
Rycina 5.11. Zmiany nasilenia zewnętrznych czynników ochronnych (ochrony zewnętrznej) z uwzględnieniem poziomu skali prewencja (SSPP) osób badanych.....	192
Rycina 5.12. Zmiany nasilenia zewnętrznych czynników ochronnych z uwzględnieniem poziomu skali promocja (SSPP) osób badanych. ....	192
Rycina 5.13. Zmiany nasilenia wyniku ogólnego ochrony z uwzględnieniem poziomu skali prewencja (SSPP) osób badanych.....	193
Rycina 5.14. Zmiany nasilenia wyniku ogólnego ochrony z uwzględnieniem poziomu pozytywnej popędliwości (UPPS-P) osób badanych.....	193
Rycina 5.15. Wartości mediany czynników ryzyka (HCR-20 <sup>V3</sup> ) z uwzględnieniem poziomu zabezpieczeń oddziału. w którym przebywali badani.....	216

## ANEKS

Ustrukturyzowany wywiad kliniczny przygotowany przez dr Marlenę Banasik, stanowiący podstawę do kodowania czynników ryzyka i czynników ochronnych.

DANE OSOBOWE	KOD BADANEGO: .....	ZK <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko:		
Wywiad zebrał:		
Data przeprowadzenia wywiadu:		
Ocena : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Źródła informacji</b>		
<b>Funkcjonowanie psychospołeczne</b>		
Rodzina/dzieciństwo:		

**Ważne: Określić obecność bezpiecznych więzi w dzieciństwie (okres przed 18 r.ż; ile? z kim? Najlepiej w oparciu o źródła obiektywne, gdy brak poprosić o opisanie relacji szerzej)**

**Ustalić obecność doświadczeń traumatycznych, doświadczeń wiktylizacji oraz niesprzyjających doświadczeń wychowawczych (UWZGLĘDNIĆ TAKŻE bycie świadkiem przemocy)**

Wykształcenie i poziom inteligencji:

**Ważne: Jeśli dostępny odnotować iloraz inteligencji badanego (IQ na podać na podstawie przeprowadzonego testu inteligencji w oparciu o akta; jeśli wynik testu starszy niż 6 lat- pominąć)**

IQ =

Zatrudnienie:

**Ważne: Odnotować źródła i stałość dochodów**

**Odnotować sposób gospodarowania pieniędzmi**

**Odnotować obecność i poziom motywacji do pracy, tendencje do porzucania pracy (kiedyś i teraz)**

Relacje:

Relacje intymne (zwrócić uwagę na: konfliktowość w relacji intymnej, zmiany partnerów, wiek inicjacji)

Inne bliskie relacje (ważne: czy relacje miały charakter prospołeczny czy np. uczestnictwa w grupie przestępczej)

**Ważne: Odnotować przejawy dbania o relacje w przeszłości i aktualnie – motywacja do podejmowania kontaktów z rodziną, dziećmi, przyjaciółmi; możliwości i chęć okazywania wsparcia bliskim osobom; trwałość relacji; utraty ważnych relacji- powody, reakcja badanego itp.**

**Ważne: Odnotować sposób reagowania wobec innych ludzi- z naciskiem na okazywanie empatii, zwłaszcza wobec ofiar, ale także wobec bliskich osób**

Problemy zdrowotne:

Problemy psychiczne/emocjonalne:

**Ważne:**

**Odnosić do diagnozy lub objawy głębokich zaburzeń psychicznych w przeszłości**

a. Zaburzenia psychotyczne

b. Głębokie zaburzenia nastroju

c. Inne głębokie zaburzenia psychiczne

**Odnosić do diagnozy zaburzeń osobowości w przeszłości**

a. Antyspołeczne, psychopatyczne i dyssocjalne



b. Inne

**Odnosić aktualnie obecne objawy zaburzeń psychicznych (do 6 miesięcy wstecz)**

a. Zaburzenia psychotyczne

b. Głębokie zaburzenia nastroju

c. Inne głębokie zaburzenia psychiczne

Używanie substancji psychoaktywnych:

**Ważne: Odnotować próby i efekty podejmowania terapii, próby i efekty utrzymania abstynencji**

Problemy z prawem (uwiarygodnić przy pomocy analizy dokumentacji)

**Ważne:**

**Odnotować odpowiedź na leczenie i nadzór w przeszłości (poprzednie hospitalizacje, osadzenia, terapie)- motywacja , zaangażowanie w terapię, przerwane i ukończone terapie, przestrzeganie warunków próby, niepowroty z przepustek, nagrody i kary regulaminowe itp.**

**Odnotować aktualną odpowiedź na leczenie i nadzór (do ok. 6 miesięcy wstecz)- motywacja , zaangażowanie w terapię, przerwane i ukończone terapie, przestrzeganie warunków próby, niepowroty z przepustek, nagrody i kary regulaminowe itp.**

a. problemy ze współpracą

b. problemy z reakcją

**Określić aktualny poziom wglądu w:**

a. Zaburzenie psychiczne

b. Ryzyko przemocy

c. Potrzebę leczenia

**Farmakoterapia- czy i w jakim celu jest stosowana, efektywność, motywacja pacjenta do przyjmowania leków**

**Określić postawę wobec instytucji (nastawienie do terapeutów, osób nadzorujących, wymiaru sprawiedliwości, w tym wobec decyzji sądu)**

**Historia stosowania przemocy (w przeszłości i w ostatnim okresie)**

**Opisz zdarzenia i wzorzec:**

- Kiedy (czas), co (rodzaj krzywdy), przeciwko komu (tożsamość ofiary, relacja między osobą ocenianą a ofiarą), dlaczego (motywacja, czynniki wyzwalające, cele), gdzie (miejsce, okoliczności), odczucia (emocje w trakcie czynu i obecnie)
- Powtarzalność (w jakim wieku, jak często), zróżnicowanie (jakie rodzaje przemocy), drastyczność (jakie konsekwencje), nasilenie (jaki przebieg rozwoju przemocy)

**KIEDYS**

**TERAZ**

**Historia wyobrażeń dotyczących przemocy (w przeszłości i w ostatnim okresie)**

**Opisz wyobrażenia i wzorzec:**

- Kiedy (czas), co (rodzaj krzywdy), przeciwko komu (tożsamość ofiary, relacja między osobą ocenianą a ofiarą), dlaczego (motywacja, czynniki wyzwalające, cele), gdzie (miejsce, okoliczności), odczucia (emocje w trakcie wyobrażeń i obecnie)
- Powtarzalność myśli (w jakim wieku, jak często), zróżnicowanie (jakie rodzaje przemocy), drastyczność (jakie konsekwencje), nasilenie (jaki przebieg rozwoju wyobrażeń)

**KIEDYŚ**

**TERAZ**

**Samokontrola i sposób reagowania w sytuacjach stresowych**

**Ważne: Sposób reagowania w sytuacjach stresowych w przeszłości i aktualnie**

**Przyczyny i źródła stresu**

Przeszłość:

Teraźniejszość

Przyszłość (potencjalne zagrożenia, które mogą zaistnieć w sytuacji opuszczenia instytucji)

--	--	--

**Radzenie sobie ze stresem- stosowane strategie, efektywność**

**Obserwowany u badanego poziom samokontroli (samodyscyplina, wytrwałość- na podstawie obserwacji, informacji z akt, relacji specjalistów, wyników badań kwestionariuszowych i opinii psychologicznych)**

**Ważne: Odnotować przejawy niestabilności pacjenta w trakcie pobytu w instytucji (ostatnie 6 miesięcy)**

- a. niestabilność afektywna
  
- b. niestabilność behawioralna
  
- c. niestabilność poznawcza

**Cele życiowe (obecność/realność/pozytywnych charakter)**

**Stopień organizacji czasu wolnego (regularność podejmowania aktywności/  
samotność/ spędzanie czasu z innymi/preferowane formy aktywności/ewentualny  
destrukcyjny charakter spędzania wolnego czasu)**

**Plany dotyczące przyszłości**

Miejsce zamieszkania (ustalić: z kim, jakie warunki, sam czy z rodziną, jaka okolica, w instytucji)

Opieka zdrowotna (możliwość i chęć podjęcia regularnych kontaktów ze specjalistami z zakresu opieki zdrowotnej)

Opieka dotycząca zdrowia psychicznego (możliwość i chęć podjęcia regularnych kontaktów ze specjalistami z zakresu zdrowia psychicznego):



Substancje psychoaktywne:

Nadzór:

**Ważne: Odnotować możliwość zastosowania lub obecność nadzoru sytuacji w miejscu zamieszkania ze strony specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego/ kuratorów**

**Odnotować możliwość zastosowania lub fakt zastosowania środków bezpieczeństwa w procesie przystosowanie się do warunków życia poza instytucją (kontrola zewnętrzna w postaci przymusowego nadzoru lokalnego czy nadzoru kuratorskiego )**

Relacje:

**Ważne: Odnotować obecność stabilnej i prospołecznej sieci społecznej**

**Odnotować obecność relacji intymnej dobrej jakości**

Wykształcenie/praca:

**Ważne: Odnotować chęć i motywację do podjęcia pracy w przyszłości, możliwość podjęcia stabilnej pracy dostosowanej do możliwości jednostki, charakter pracy (odpłatna, nieodpłatna, poza instytucją, na terenie instytucji)**

Zapobieganie problemom z przeszłości:

Inne uwagi:

Data kolejnego badania:

Arkusz rozszerzony HCR-20<sup>V3</sup> (Historical Clinical Risk Management-ment-20 Version 3; Douglas i in., 2013; polska adaptacja: Nowopolski i in., 2016) służący do kodowania czynników ryzyka przemocy.

**HCR-20<sup>V3</sup>**

**Arkusz oceny HCR-20<sup>V3</sup>**

Kevin S. Douglas, Stephen D. Hart, Christopher D. Webster & Henrik Belfrage

<b>Imię i nazwisko:</b>		<b>Numer sprawy:</b>							
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Płeć:</b>							
<b>Powód/cel oceny:</b>									
Czynniki ryzyka HCR-20 <sup>V3</sup>	Obecność:				Istotność:				
	Pomiń	N	Cz	T	Pomiń	N	U	W	
<b>Skala historyczna. Historia problemów z...</b>									
H1.	Przemoc:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Jako dziecko (12 lat i mniej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Jako adolescent (13-17 lat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Jako osoba dorosła (18 lat i więcej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2.	Inne zachowania antyspołeczne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Jako dziecko (12 lat i mniej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Jako adolescent (13-17 lat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Jako osoba dorosła (18 i więcej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3.	Relacje:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Intymne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Inne bliskie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4.	Zatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5.	Używanie substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6.	Głębokie zaburzenia psychiczne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Zaburzenia psychotyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Głębokie zaburzenia nastroju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Inne głębokie zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7.	Zaburzenia osobowości:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Antyspołeczne, psychopatyczne i dysocjalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8.	Doświadczenia traumatyczne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Wiktyimizacja/trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Niesprzyjające doświadczenia wychowawcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H9.	Postawa akceptująca przemoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H10.	Odpowiedź na leczenie i nadzór	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IU-H	Inne uwagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pozycje HCR-20V3	Obecność:				Istotność:			
	Pomiń	N	Cz	T	Pomiń	N	U	W
<b>Skala kliniczna. Aktualne problemy z...</b>					Okres oceny: _____			
C1. Wgląd w:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ryzyko przemocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Potrzeba leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2. Wyobrażenia i zamiary dotyczące przemocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3. Objawy głębokich zaburzeń psychicznych:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Zaburzenia psychotyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Głębokie zaburzenia nastroju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Inne głębokie zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4. Niestabilność:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Afektywna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Behawioralna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Poznawcza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5. Odpowiedź na leczenie i nadzór:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Współpraca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Reakcja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IU-K Inne uwagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Skala zarządzania ryzykiem. Przyszłe problemy z(e)...</b>					Okres oceny: _____			
					Kontekst: <input type="checkbox"/> W instytucji <input type="checkbox"/> Poza instytucją			
R1. Świadczenia specjalistyczne i plany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R2. Sytuacja życiowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R3. Wsparcie społeczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R4. Odpowiedź na leczenie i nadzór:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Współpraca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Reakcja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R5. Stres i radzenie sobie ze stresem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IU-ZR Inne uwagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Przemoc w przyszłości/ Priorytet przypadku</b>	<b>Poważna krzywda fizyczna</b>			<b>Przemoc w najbliższym czasie</b>	<b>Zalecany termin ponownej oceny</b>			
<input type="checkbox"/> Niski <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Wysoki	<input type="checkbox"/> Niski <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Wysoki			<input type="checkbox"/> Niski <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Wysoki	DD/MM/RR: _____			
<b>Oceniający(a):</b>	<b>Podpis:</b>			<b>Data:</b>				

© 2013 by the Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.  
 Niniejszy arkusz podlega licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0  
 Unported License. Niniejszy arkusz można kopiować i rozpowszechniać z zachowaniem praw  
 autorskich, w celach niekomercyjnych i przy zachowaniu oryginalnej formy i treści  
 (przekształcanie arkusza zabronione). Dalsze informacje dotyczące licencji:  
[hcr-20.com/materials](http://hcr-20.com/materials)  
 Arkusz oceny w wersji polskiej można pobrać ze strony: [www.ryzykoprzemocy.pl](http://www.ryzykoprzemocy.pl)



**Arkusz kodowania SAPROF (wytyczne do oceny czynników ochronnych dotyczących ryzyka przemocy; Structured Assessment of Protective Factors; de Vogel i in., 2012; polska adaptacja: Nowopolski i in., 2016) – służący do kodowania czynników ochronnych w kontekście ryzyka przemocy.**

## Arkusz kodowania SAPROF Czynniki ochronne dotyczące ryzyka przemocy

*Stosować jedynie w połączeniu z HCR-20 / HCR-20<sup>V3</sup>  
lub podobnymi ustrukturyzowanymi narzędziami oceny ryzyka*

<b>Imię i nazwisko:</b>		<b>Numer:</b>	<b>Data:</b>	
<b>Wiek:</b>		<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta		
<b>Kontekst (okoliczności) oceny ryzyka:</b>				
Czynniki wewnętrzne		Wynik	Klucz	Cel
1.	Inteligencja		<input type="checkbox"/>	
2.	Bezpiecznie więzi w dzieciństwie		<input type="checkbox"/>	
3.	Empatia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Radzenie sobie ze stresem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Samokontrola		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czynniki dotyczące motywacji		Wynik	Klucz	Cel
6.	Praca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Zajęcia w czasie wolnym		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Gospodarowanie pieniędzmi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Motywacja do leczenia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Postawa wobec instytucji		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Cele życiowe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Farmakoterapia <input type="checkbox"/> nd.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czynniki zewnętrzne		Wynik	Klucz	Cel
13.	Sieć społeczna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Związek intymny		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Opieka specjalistyczna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Sytuacja w miejscu zamieszkania		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Kontrola zewnętrzna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inne uwagi:</b>				
<b>Końcowa Ocena dotycząca Ochrony i Zintegrowana Ostateczna Ocena Ryzyka</b> <i>SAPROF + HCR-20 / HCR-20<sup>V3</sup></i>		<b>Ochrona</b> <input type="checkbox"/> Niska <input type="checkbox"/> Niska-Umiarkowana <input type="checkbox"/> Umiarkowana <input type="checkbox"/> Umiarkowana-Wysoka <input type="checkbox"/> Wysoka	<b>Ryzyko</b> <input type="checkbox"/> Niskie <input type="checkbox"/> Niskie-Umiarkowane <input type="checkbox"/> Umiarkowane <input type="checkbox"/> Umiarkowane-Wysokie <input type="checkbox"/> Wysokie	
<b>Nazwisko(a) oceniającego(ych):</b>		<b>Stanowisko:</b>		

© 2016, Van der Hoeven Kliniek  
Vivienne de Vogel, Corine de Ruiter, Yvonne Bouman & Michiel de Vries Robbé

**Triarchiczna miara psychopatii (Triarchic Psychopathy Measure, TriPM; Patrick, 2010; polska adaptacja: Pilch, Sanecka, Hyla, Atlas, 2015).**

TriPM-41

Poniżej znajduje się 41 stwierdzeń odnoszących się do różnych zachowań. Ustosunkuj się do każdego z nich, zaznaczając krzyżyk w miejscu tabeli, które odpowiada Twojemu przekonaniu o sobie.

Na przykład, jeśli uważasz, że to, co mówi przykładowe stwierdzenie to raczej nie jest prawdą o Tobie, Twoja odpowiedź powinna wyglądać tak:

	PRAWDA	RACZEJ PRAWDA	RACZEJ FAŁSZ	FAŁSZ
Jestem „urodzonym przywódcą“.			X	

W tym kwestionariuszu nie ma odpowiedzi dobrych ani złych. Zaznacz tę odpowiedź, która według Ciebie najlepiej opisuje Twoją osobę. Bardzo ważne jest, by udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania.

	PRAWDA	RACZEJ PRAWDA	RACZEJ FAŁSZ	FAŁSZ
1. Zazwyczaj jestem optymistą/optymistką.				
2. Jest dla mnie ważne jak inni ludzie się czują.				
3. Często zaniedbuję sprawy, którymi obiecałem/obiecałam się zająć.				
4. Jestem dobrze przygotowany/przygotowana do radzenia sobie ze stresem.				
5. Nie przejmuję się gdy komuś, kogo nie lubię, dzieje się krzywda.				
6. Moje impulsywne decyzje były przyczyną problemów z najbliższymi.				
7. Łatwo mnie przestraszyć.				
8. Wczuвам się w problemy innych.				
9. Zdarzyło mi się nie przyjść do pracy i nie zadać sobie trudu, aby zadzwonić.				
10. Jestem „urodzonym przywódcą“.				
11. Pakuję się w różne sytuacje bez zastanowienia.				
12. Wpadałem/wpadałam w kłopoty, ponieważ zbyt często opuszczałem/opuszczałam szkołę.				
13. Mam talent do wywierania wpływu na ludzi.				
14. Widok cierpiącej osoby nie robi na mnie wrażenia.				
15. Nawet jeśli nie jestem przygotowany/przygotowana, dobrze radzę sobie w nowych sytuacjach.				
16. Zdarzyło mi się zabrać pieniądze z czyjejs torebki lub portfela bez pytania.				
17. Nie uważam siebie za osobę utalentowaną.				
18. W porównaniu do innych ludzi znacznie mniej rzeczy mnie przeraża.				
19. Nie widzę powodu, by martwić się czy moje postępowanie rani kogoś innego.				
20. Przychodzę na umówione spotkania.				
21. Szybko się nudzę i tracę zainteresowanie.				

	PRAWDA	RACZEJ PRAWDA	RACZEJ FAŁSZ	FAŁSZ
22. Łatwo dochodzę do siebie po wydarzeniach, które mogłyby załamać innych.				
23. Jestem wrażliwy/wrażliwa na uczucia innych.				
24. Zdarzyło mi się oszukać ludzi, by wyciągnąć od nich pieniądze.				
25. Obawiam się nieznanych sytuacji, zwłaszcza gdy nie znam wszystkich szczegółów.				
26. Nie mam zbyt wiele współczucia dla ludzi.				
27. Wpadam w kłopoty, bo nie zastanawiam się nad konsekwencjami swoich działań.				
28. Potrafię przekonać ludzi, by zrobili to, czego od nich oczekuję.				
29. Nie lubię obejmować przywództwa w grupie.				
30. Zdarzyło mi się zabrać coś ze sklepu bez płacenia za to.				
31. Łatwo jest mnie zawstydić.				
32. Trudno mi czekać cierpliwie na to, czego pragnę.				
33. Nie obchodzi mnie za bardzo czy to, co robię rani innych.				
34. Straciłem/straciłam przyjaciela z powodu nieodpowiedzialnych rzeczy, które zrobiłem/zrobiłam.				
35. Nie wypadam dobrze w porównaniu z większością ludzi.				
36. Inni mówili mi, że są zaniepokojeni moim brakiem samokontroli.				
37. Łatwo jest mi wczuć się w emocje innych ludzi.				
38. Zdarzyło mi się okraść kogoś.				
39. Nie przejmuję się, gdy komuś w moim otoczeniu dzieje się krzywda.				
40. Miałem/miałam problemy w pracy, ponieważ byłem/byłam nieodpowiedzialny/nieodpowiedzialna.				
41. Nie jestem bardzo dobry/dobra w wywieraniu wpływu na ludzi.				



## The Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS, Boduszek, Debowska, Dhingra i DeLisi, 2016a).

### Psychopathic Personality Traits Scale (PPTS)

Proszę zaznaczyć do jakiego stopnia zgadzasz lub nie zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami:

		Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
1	Nie obchodzi mnie jeśli kogoś zasmucę, żeby zdobyć to co chcę.				
2	Zanim kogoś skrytykuję, staram się sobie wyobrazić i zrozumieć jak ta osoba się poczuje.				
3	Wiem jak sprawić, żeby ktoś poczuł się winny.				
4	Zazwyczaj skupiam się na własnych myślach i pomysłach, niż na tym co inni mogą myśleć.				
5	Nie martwię się tym, co czują inni ludzie.				
6	Staram się brać pod uwagę uczucia innych ludzi zanim coś zrobię.				
7	Wiem jak prawić ludziom komplementy, żeby coś od nich uzyskać.				
8	Zazwyczaj nie cenię poglądów innych ludzi jeśli się z nimi nie zgadzam.				
9	Nie smucę się na widok płaczących ludzi.				
10	Potrafię przewidzieć jak inni ludzie będą się czuć.				
11	Wiem jak udawać emocje takie jak ból czy cierpienie, żeby innym było mnie szkoda.				
12	Zazwyczaj pomagam ludziom tylko wtedy, kiedy ja też coś na tym zyskam.				
13	Angażuję się emocjonalnie w problemy ludzi, których znam.				
14	Szybko zauważam jeśli ktoś czuje się niezręcznie lub niekomfortowo.				
15	Czasami specjalnie prowokuję ludzi, żeby zobaczyć ich reakcję.				
16	Wyznaję motto: "Pomogę ci tylko wtedy, jeśli ty pomożesz mi".				
17	Odczuwam smutek, kiedy ludzie opowiadają o śmierci swoich najbliższych.				
18	Trudno jest mi zrozumieć co czują inni ludzie.				
19	Czasami mówię ludziom to co chcą usłyszeć, żeby uzyskać od nich to co chcę.				
20	To naturalne, że zachowanie człowieka motywowane jest jego własnym interesem.				

# Skala Impulsywnego Zachowania (UPPS-P, Lynam i in., 2006, polska adaptacja Poprawa, 2016).

Instytut Psychologii  
Uniwersytetu Wrocławskiego

Wyłącznie do celów badań

Kod osobowy:.....Płeć: K M Wiek: .....(wpisz ile skończyłeś lat)

Wykształcenie (poziom i profil edukacji/kierunek studiów): .....

## UPPS-P\*

Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące różnych aspektów ludzkiego działania i myślenia. Przy każdym stwierdzeniu zaznacz, w jakim stopniu zgadzasz się z nim bądź nie zgadzasz. Jeśli **całkowicie zgadzasz się** zakreśl **1**, jeśli **raczej zgadzasz się** zakreśl **2**, jeśli **raczej nie zgadzasz się** zakreśl **3**, a jeśli **całkowicie nie zgadzasz się** zakreśl **4**. Upewnij się, że zakreśliłeś wszystkie odpowiedzi. Pytania znajdują się również na dalszych stronach.

	całkowicie zgadzam się	raczej zgadzam się	raczej nie zgadzam się	całkowicie nie zgadzam się
1. Do życia podchodzę ostrożnie i z rozwagą.	1	2	3	4
2. Mam problem z kontrolowaniem swoich impulsów.	1	2	3	4
3. Zwykle poszukuję nowych i ekscytujących doświadczeń i wrażeń.	1	2	3	4
4. Lubię kończyć to, co zacząłem/zaczęłam.	1	2	3	4
5. Kiedy jestem bardzo szczęśliwy/-a, często nie potrafię powstrzymać się od robienia rzeczy, które mogą nieść za sobą przykre konsekwencje.	1	2	3	4
6. Jestem ostrożny/-a w działaniu.	1	2	3	4
7. Ciężko mi oprzeć się moim słabostkom i zachciankom (takim jak jedzenie, papierosy, alkohol itd.).	1	2	3	4
8. Wszystkiego chcę spróbować.	1	2	3	4
9. Raczej łatwo się poddaję.	1	2	3	4
10. Kiedy jestem w świetnym nastroju, zdarza mi się wpłatać w sytuacje, które mogą sprawić mi kłopoty.	1	2	3	4
11. Często mówię różne rzeczy bez zastanowienia.	1	2	3	4
12. Często wpłataję się w rzeczy, których później żałuję.	1	2	3	4
13. Przepadam za gramami i sportami w których trzeba szybko planować i podejmować decyzje.	1	2	3	4

*Proszę przejść do następnych stron*

\* Autorzy: Stephen P. Whiteside i Donald R. Lynam (2001) z rozszerzeniem Melissa A. Cyders i Gregory T. Smitha (2007). Polska adaptacja Ryszarda Poprawy (2013) z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego przygotowana na podstawie opracowania Lynam, Smith, Whiteside, Cyders (2006).

	całkowicie zgadzam się	raczej zgadzam się	raczej nie zgadzam się	całkowicie nie zgadzam się
14. Męczy mnie gdy pozostawiam niedokończone sprawy.	1	2	3	4
15. Kiedy jestem bardzo szczęśliwy/-a, zdarza mi się robić rzeczy, które mogą przysporzyć mi problemów.	1	2	3	4
16. Lubię wszystko sobie dobrze przemyśleć zanim podejmę działanie.	1	2	3	4
17. Kiedy jest mi źle, często robię pewne rzeczy tylko po to, by poczuć się lepiej w danym momencie, których później będę żałować.	1	2	3	4
18. Narciarstwo wodne przypadłoby mi do gustu.	1	2	3	4
19. Kiedy już raz coś zacznę, nie lubię tego przerywać.	1	2	3	4
20. Kiedy jestem w świetnym nastroju, zdarza mi się tracić samokontrolę.	1	2	3	4
21. Często podejmuję różne zadania bez przemyślenia jak osiągnąć cel.	1	2	3	4
22. Czasami, gdy jest mi źle, nie mogę zaprzestać wykonywanej czynności, nawet jeśli pogarsza ona moje samopoczucie.	1	2	3	4
23. Podoba mi się podejmowanie ryzyka	1	2	3	4
24. Łatwo się koncentruję.	1	2	3	4
25. Kiedy jestem wyjątkowo rozentuzjasmowany/-a (rozradowany/-a), zdarza mi się tracić samokontrolę.	1	2	3	4
26. Spodobałyby mi się skoki spadochronowe.	1	2	3	4
27. Kończę to, co zaczynam.	1	2	3	4
28. Moje podejście do różnych spraw nazwałbym/nazwałabym racjonalnym i rozważnym.	1	2	3	4
29. Kiedy jestem zdenerwowany/-a, często działam bez namysłu.	1	2	3	4
30. Ktoś mógłby powiedzieć, że gdy jestem z jakiegoś powodu naprawdę szczęśliwy/-a dokonuję złe wybory.	1	2	3	4
31. Jestem otwarty/-a na nowe, ekscytujące doświadczenia i doznania – nawet te nietypowe i wywołujące dreszczyk emocji.	1	2	3	4

	całkowicie zgadzam się	raczej zgadzam się	raczej nie zgadzam się	całkowicie nie zgadzam się
32. Potrafię zmusić się do tego, by „wyrobić się” z moimi sprawami na czas.	1	2	3	4
33. Decyzje podejmuję zwykle rozważnie.	1	2	3	4
34. Kiedy czuję się odrzucony/-a, często mówię rzeczy, których później żałuję.	1	2	3	4
35. To, co robię gdy jestem bardzo podekscytowany/-a, martwi bądź szokuje innych.	1	2	3	4
36. Chciałbym/chciałabym nauczyć się latać samolotem.	1	2	3	4
37. Jestem osobą, która zawsze kończy swoją pracę.	1	2	3	4
38. Jestem roztropny/-a.	1	2	3	4
39. Ciężko jest mi oprzeć się wpływowi emocji na moje działania.	1	2	3	4
40. Kiedy bardzo się z czegoś cieszę, zdarza mi się robić rzeczy, które mogą mieć dla mnie nieprzyjemne konsekwencje.	1	2	3	4
41. Lubię czasem robić rzeczy, które przyprawiają o dreszczyk emocji.	1	2	3	4
42. Prawie zawsze kończę to, co zaczynam.	1	2	3	4
43. Zanim znajdę się w nowej sytuacji, lubię wiedzieć, czego mogę się po niej spodziewać.	1	2	3	4
44. Kiedy jestem zły/-a działam bezmyślnie, czym często tylko pogarszam sprawy.	1	2	3	4
45. Kiedy strasznie się cieszę, nie mogę nic poradzić na to, że przeginam.	1	2	3	4
46. Szybki zjazd na nartach w dół stromego stoku to byłaby dla mnie dobra zabawa.	1	2	3	4
47. Czasem, gdy spoczywa na mnie ogrom drobnych spraw, po prostu wszystkie je ignoruję.	1	2	3	4
48. Staram się wszystko sobie dobrze przemyśleć zanim zacznę działać.	1	2	3	4
49. Biorę pod uwagę wszystkie za i przeciw zanim podejmę decyzję.	1	2	3	4

	całkowicie zgadzam się	raczej zgadzam się	raczej nie zgadzam się	całkowicie nie zgadzam się
50. Kiedy jestem bardzo podekscytowany/-a, zdarza mi się nie brać pod uwagę możliwych skutków moich działań.	1	2	3	4
51. W toku ożywionej dyskusji, często mówię rzeczy, których później żałuję.	1	2	3	4
52. Chciałbym/chciałabym spróbować nurkowania ze sprzętem (z aparatem tlenowym).	1	2	3	4
53. Zdarza mi się działać bez namysłu kiedy jestem bardzo podekscytowany/-a.	1	2	3	4
54. Zawsze kontroluję swoje emocje.	1	2	3	4
55. Kiedy bardzo się cieszę, doprowadzam do sytuacji, w których normalnie nie czułbym się komfortowo.	1	2	3	4
56. Lubię szybką jazdę samochodem.	1	2	3	4
57. Kiedy bardzo się cieszę, nie mam nic przeciwko temu by poddać się pokusom, bądź sobie trochę poswawolić.	1	2	3	4
58. Czasem działam pod wpływem impulsu, czego później żałuję.	1	2	3	4
59. Czasami sam jestem zdziwiony/-a tym, co robię będąc w dobrym nastroju.	1	2	3	4

## Skala samoregulacji promocyjnej i prewencyjnej (SSPP, Kolańczyk, Bąk, Roczniwska 2013).

### Kwestionariusz SSPP

Poniższy kwestionariusz jest anonimowy i został stworzony w celach naukowych. Zawiera 27 twierdzeń, które opisują funkcjonowanie człowieka. Wskaż, na ile trafnie każde z tych twierdzeń opisuje Ciebie. Jeśli w pełni zgadzasz się ze stwierdzeniem zaznacz **5**, jeśli całkowicie się z nim nie zgadzasz wybierz **1**. Pamiętaj, nie ma złych ani dobrych odpowiedzi.

**1** zdecydowanie nie; **2** raczej nie; **3** trudno powiedzieć; **4** raczej tak; **5** zdecydowanie tak

1	Lubię podejmować nowe wyzwania.	1	2	3	4	5
2	Wykonując zadanie koncentruję się na tym, aby popełnić jak najmniej błędów.	1	2	3	4	5
3	Jak czegoś chcę, pomysły „jak to zrobić” łatwo przychodzą mi do głowy.	1	2	3	4	5
4	Często kieruję się tym, aby to co robię, nie było odebrane źle przez innych.	1	2	3	4	5
5	Spełnianie własnych aspiracji i ciągły rozwój są najistotniejsze w moim życiu.	1	2	3	4	5
6	W życiu na ogół robię to, co chcę.	1	2	3	4	5
7	Kiedy mam jakieś zadanie, cały czas sprawdzam, czy je dobrze rozumiem i rozwiązuję.	1	2	3	4	5
8	Łatwo się poddaję.	1	2	3	4	5
9	Często myślę nad tym, co powinnam/ powinienem, a czego nie powinnam/ nie powinienem robić.	1	2	3	4	5
10	Kieruję się zasadą – „chcieć to móc”.	1	2	3	4	5
11	Moje działania najczęściej są zgodne z tym, czego oczekują ode mnie inni.	1	2	3	4	5
12	Robię zwykle to, co muszę.	1	2	3	4	5
13	Trudno mnie zniechęcić, gdy już coś postanowię.	1	2	3	4	5
14	Lubię działać spontanicznie.	1	2	3	4	5
15	Nie zniechęcają mnie drobne porażki, gdy robię coś ważnego.	1	2	3	4	5
16	Często zastanawiam się nad problemami, które mogą zaistnieć w czasie mojego działania.	1	2	3	4	5
17	Zazwyczaj opracowuję alternatywne sposoby działania, tzw. plan „B”.	1	2	3	4	5
18	Marzę i spełniam swoje marzenia.	1	2	3	4	5
19	W zadaniu zwykle szukam czegoś, co sprawia mi przyjemność.	1	2	3	4	5
20	Bardzo staram się w życiu trzymać obrany kierunek działania i nie poddawać się.	1	2	3	4	5
21	Kiedy zaczynam wykonywać zadanie upewniam się, czy dobrze rozumiem jego instrukcję.	1	2	3	4	5
22	W porównaniu z innymi ludźmi jestem wytrwały/a.	1	2	3	4	5
23	Działając, marzenia zmieniam w rzeczywistość.	1	2	3	4	5
24	Zanim się za coś wezmę, uważnie oceniam swoje możliwości.	1	2	3	4	5
25	Wiem, że mogę się mylić, dlatego działam ostrożnie.	1	2	3	4	5
26	Często zdarza mi się rezygnować z raz obranego celu.	1	2	3	4	5
27	Ważniejsza jest dla mnie realizacja moich marzeń niż wykonywanie tego, czego oczekują ode mnie inni.	1	2	3	4	5

**Tabela 1A.** Podsumowanie badań dotyczących zgodności pomiędzy oceniającymi (interrater reliability) w populacji sądowo-psychiatrycznej (opracowanie własne na podstawie: Douglas i Belfrage, 2014; Kötter i in., 2014; Green i in., 2016, Cabeldue i in., 2018; Penney, Simpson, Marshall, 2016; Hogan i Olver, 2016; Haag, Hogan, Cheng 2017, Doyle i in., 2014; Coid i in., 2015; de Vogel, van den Broek, de Vries Robbé, 2014; Douglas i Shaffer, 2021).

Autorzy badań	Opis badania	Wyniki Badania
1. Douglas, Belfrage, 2014	32 przypadki pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Osoby kodujące: 3 doświadczonych klinicystów a) dokonało przeglądu dokumentacji b) wspólnie przeprowadzili wywiad, c) niezależnie zakodowali przypadki.	<p><b>Wartości ICC1 dla pojedynczego oceniającego:</b> od dobrych<sup>2</sup>/znaczących<sup>3</sup> do doskonałych<sup>2</sup>/ prawie doskonałych<sup>3</sup> - od 0.69 do 0.94.</p> <p><b>Wartość ICC2 dla wszystkich oceniających:</b> - doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.98</p> <p><b>Wartości ICC1 dla większości indywidualnych czynników ryzyka:</b> - doskonałe<sup>2</sup> /co najmniej znaczące<sup>3</sup> - co najmniej 0.75 lub powyżej.</p> <p><b>Wartości ICC1 dla ocen istotności:</b> - dobre<sup>2</sup>/ znaczące<sup>3</sup> – od 0.60 do 0.80.</p> <p><b>Wartości ICC2 dla ocen istotności:</b> doskonałe<sup>2</sup>/prawie doskonałe<sup>3</sup> - od 0.82 do 0.93.</p>
2. Kötter i in., 2014	30 pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Osoby kodujące: 5 niedoświadczonych osób po 2-dniowym szkoleniu z HCR-20 <sup>V3</sup> oceniało przypadki na podstawie 10-20 stron podsumowania nt. pacjenta. Kodowanie trwało 1 tydzień (6 przypadków dziennie).	<p><b>Średnie wartości ICC1 na poziomie pozycji:</b> Skala H (dobra<sup>2</sup>) /znacząca<sup>3</sup>) - 0.65 Skala C (dobra<sup>2</sup>) /znacząca<sup>3</sup>) - 0.66 Skala R – w kontekście pobytu poza instytucją (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.73.</p> <p><b>Wartość ICC1 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR):</b> - prawie doskonała<sup>2</sup>/doskonała<sup>3</sup> - 0.86</p>
3. Green i in., 2016	50 mężczyzn i 17 kobiet uznanych za nieczytelnych. Osoby kodujące: 8 absolwentów psychologii (asystentów naukowych) kodowało na podstawie 3 ostatnich opinii okresowych (w przypadku krótszych pobytów – na podstawie 1 lub 2 opinii okresowych).	<p><b>Wartości ICC2 dla mężczyzn:</b> Skala H (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.91 Skala C (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.88 Skala R – w instytucji (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.87 Skala R – ogółem (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.94</p> <p><b>Wartości ICC2 dla kobiet:</b> Skala H – (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.80 Skala C – (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.89 Skala R – w instytucji (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) -0.92. Skala R – ogółem (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.90.</p> <p><b>Średnie wartości ICC2 na poziomie pozycji dla mężczyzn:</b> Skala H (dobre<sup>2</sup>/znaczące<sup>3</sup>) - 0.74 Skala C (doskonałe<sup>2</sup>/znaczące<sup>3</sup>) - 0.79 Skala R – w instytucji (dobre<sup>2</sup>/znaczące<sup>3</sup>) - 0.72 (skala R-w instytucji).</p>

<p>4. Cabeldue i in., 2018</p>	<p>74 przypadki (mężczyzn i kobiet) Osoby kodujące: 2 osoby, które przeszły szkolenie z HCR-20<sup>V3</sup>.</p>	<p><b>Średnie wartości ICC2 na poziomie pozycji dla kobiet:</b> Skala H (umiarkowana<sup>2,3</sup>) - 0.41 Skala C (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.80 Skala R- w instytucji (umiarkowane<sup>2,3</sup>) - 0.59.</p> <p>Nie odnotowano wartości dla skali R- w kontekście pobytu poza instytucją i sumarycznych ocen ryzyka (SRR).</p> <p><b>Wartości ICC1:</b> Skala H (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.87 Skala C (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.88 Skala R (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.87.</p> <p><b>Zgodność ocen na poziomie poszczególnych pozycji:</b> Skala H (zakres wartości między umiarkowanymi<sup>2,3</sup> a doskonałymi<sup>2</sup>/prawie doskonałymi<sup>3</sup>) - 0.50-1,0. Skala C (zakres wartości między dobrymi<sup>2</sup>/znaczącymi<sup>3</sup> a doskonałymi<sup>2</sup>/a prawie doskonałymi<sup>3</sup>) - 0.62-0.92. Skala R (zakres wartości między dobrymi<sup>2</sup>/umiarkowanymi a doskonałymi<sup>2</sup>/znaczącymi<sup>3</sup>) - 0.60-0.79. Nie kodowano sumarycznych ocen ryzyka (SRR)</p>
<p>5. Mastromanno i in., 2017</p>	<p>30 pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Brak informacji dotyczących podziału na płeć. Brak informacji dotyczących osób kodujących. Cała próba obejmowała – 32 mężczyzn i 8 kobiet.</p>	<p><b>Wartości ICC1 dla ocen obecności:</b> Skala C (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.85 Skala R – wewnątrz instytucji (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.89</p> <p><b>Wartości ICC2:</b> Skala C (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.92 Skala R – wewnątrz instytucji (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.94</p> <p><b>Wartości ICC1 dla ocen istotności:</b> Skala C (doskonała<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.76 Skala R – wewnątrz instytucji (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.74</p> <p><b>Wartości ICC2:</b> Skala C (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.86 Skala R – wewnątrz instytucji (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.85</p>
<p>6. Penney, Simpson, Marshall, 2016</p>	<p>12 pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Brak informacji dotyczących podziału na płeć. Osoby kodujące: absolwenci studiów wyższych. W całej próbie 87 pacjentów - 84% stanowili mężczyźni.</p>	<p><b>Zakres wartości ICC1 dla ocen obecności w skalach:</b> Pierwsze badanie (w instytucji): - między doskonałymi<sup>2</sup>/prawie doskonałymi<sup>3</sup> - 0.85-0.94 Badanie kontrolne (6 miesięcy po pierwszym badaniu, po zwolnieniu z instytucji): - między dobrymi<sup>2</sup>/znaczącymi<sup>3</sup> a doskonałymi<sup>2</sup>/prawie doskonałymi<sup>3</sup> – od 0.72 do 0.93. <b>Wartość ICC1 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR):</b> Pierwsze badanie: doskonała<sup>2</sup>/doskonała<sup>3</sup> – 1,0. Badanie kontrolne, poza instytucją: dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup> - 0.72.</p>



7. Hogan i Olver, 2016	10 pacjentów płci męskiej, internowanych w instytucji. Brak informacji dotyczących podziału na płęć. Osoby kodujące: 2 absolwentów studiów wyższych. W większej próbie 99 pacjentów 86% stanowili mężczyźni.	<p><b>Wartości wskaźników ICC (rodzaju nie podano) dla wszystkich czynników HCR-20<sup>V3</sup>, zarówno dla ocen przed leczeniem, jak i po leczeniu:</b></p> <p>- między dobrymi<sup>2</sup>/znaczącymi<sup>3</sup> a doskonałymi<sup>2</sup>/prawie doskonałymi - 0.73 -0.86.</p>
8. Cook i in., 2018	Podgrupa 11 internowanych w szpitalu pacjentów. Osoby kodujące. 5 absolwentów przeszkolonych z HCR-20 <sup>V3</sup> .	<p><b>Wartość ICC1 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR) z dwóch pomiarów w odstępie 2 miesięcy:</b></p> <p>- doskonała<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup> - 0.80.</p>
9. Haag, Hogan, Cheng 2017	32 pacjentów psychiatryczno-sądowych (26 mężczyzn i 6 kobiet). 4 przeszkolone osoby kodujące – na podstawie analizy dokumentacji.	<p><b>Wartość ICC1 dla ogólnego wyniku:</b></p> <p>- doskonała<sup>2</sup>/ prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.97</p> <p><b>Wartość ICC1 dla przyszłej przemocy/priorytetu przypadku, poważnej krzywdy fizycznej:</b></p> <p>- doskonała<sup>2</sup>/ prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.90</p> <p><b>Wartość ICC1 dla bezpośredniej przemocy:</b></p> <p>- doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup> -0.83.</p>
10. Doyle i in., 2014, Coid i in., 2015	409 pacjentów sądowo-psychiatrycznych ze wzmocnionego stopnia zabezpieczenia, którzy zostali zwolnieni ze środka zabezpieczającego. 4 osoby kodujące - na podstawie informacji z akt oraz wywiadów z członkiem personelu klinicznego, który dobrze znał pacjenta. Nie podano żadnych informacji na temat osób kodujących ani podziału na płęć w podpróbie, na której badano zgodność ocen. Całość próby stanowiło ok. 90% mężczyzn.	<p><b>Wartości ICC (nie określono rodzaju):</b></p> <p><b>Skala H</b> - .91 (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.91</p> <p><b>Skala C</b> - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.90</p> <p><b>Skala R</b> – (poza instytucją (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.93,</p> <p><b>Wynik całkowity</b> – (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.92.</p>
11. de Vogel, van den Broek, de Vries Robbé, 2014	25 pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Osoby kodujące: 3 osoby wybrane z większej grupy osób oceniających (siedmiu badaczy/diagnostów i trzech superwizorów leczenia) Procedura badania: przegląd akt	<p><b>Wartości ICC (rodzaj nieokreślony):</b></p> <p>- dla całkowitej oceny obecności: doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.84</p> <p>- dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR): -dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>.</p>

**Tabela 2A.** Podsumowanie badań dotyczących zgodności pomiędzy oceniającymi (interrater reliability) w populacji więziennej (opracowanie własne na podstawie: Smith i in., 2014; Sea, Hart i Douglas, 2020; Douglas i Shaffer, 2021).

<p>1. Smith i in., 2014.</p>	<p>15 przestępców płci męskiej przebywających w więzieniu w USA, wybranych losowo z większej próby. Osoby kodujące: absolwenci studiów wyższych, przeszkoleni z HCR-20<sup>V3</sup> i jedna osoba z doktoratem Procedura badania: wywiady + przegląd akt sprawy.</p>	<p><b>Wartości ICC1 dla ocen obecności:</b> Skala H (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.92 Skala C (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.67 Skala R - w instytucji (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.68 Skala R-poza instytucją (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.88. <b>Wartości ICC1 dla ocen istotności:</b> Skala H (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.85 Skala C (doskonała<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.77 Skala R-w instytucji (umiarkowana<sup>2,3</sup>) - 0.48 Skala R-poza instytucją (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.67. <b>Dla sześciu ocen SRR (wewnątrz instytucji, poza instytucją, dla każdej oceny przemocy ogólnej, ryzyka bezpośredniej przemocy, ryzyka poważnej krzywdy fizycznej) wartość ważonego współczynnika Kappa:</b> - dobra<sup>2</sup>/umiarkowana<sup>3</sup> - 0.66 (zakres wartości od umiarkowanych<sup>2,3</sup> do doskonałych<sup>2</sup>/prawie doskonałych) - 0.43 do 0.85.</p>
<p>2. Sea, Hart, Douglas, 2020</p>	<p>80 sprawców czynów zabronionych płci męskiej Osoby kodujące: 32 psychologów więziennych zatrudnionych w 18 więzieniach. Jedna z osób kodujących prowadziła wywiad, a trzy pozostałe osoby ten wywiad obserwowały. Każda z osób oceniających niezależnie dokonała przeglądu akt sprawy.</p>	<p><b>Wartości ICC1 dla ocen obecności:</b> Skala C (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.89 Skala R (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.86 Wynik całkowity (doskonała<sup>2</sup>, znaczący<sup>3</sup>) - 0.79 <b>Wartości ICC2 dla ocen obecności:</b> Skala H (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.91 Skala C (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.97 Skala R (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.96 Wynik całkowity (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.93. <b>Wartość ICC1 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR):</b> - doskonała<sup>2</sup>/ prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.83 <b>Wartość ICC2 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR):</b> - doskonała<sup>2</sup>/ prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.97</p>

**Tabela 3A.** Podsumowanie badań dotyczących zgodności pomiędzy oceniającymi (interrater reliability) w populacji mieszanej: ogólnopsychiatrycznej i więziennej (opracowanie własne na podstawie: Persson i in., 2017; Chen i in., 2022; Douglas i Shaffer, 2021).

1. Persson i in., 2017	<p>Grupa badanych: 10 osób wybranych z większej grupy 200 osób ocenianych psychiatrycznie na potrzeby sądu, na etapie przedprocesowym.</p> <p>Osoby kodujące: Psychiatra sądowy i sądowy pracownik socjalny</p> <p>Procedura badania: wywiady i przegląd akt sprawy.</p>	<p><b>Wartość ICC1 dla oceny obecności całkowitej skali:</b> - doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.81.</p> <p><b>Wartość ICC2 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR):</b> - doskonała<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup> - 0.80.</p> <p>Nie odnotowano zgodności ocen na poziomie podskal i poszczególnych czynników ryzyka.</p>
2. Chen i in., 2022	<p>Losowo wybrana podgrupa 33 osób, wyselekcjonowana z większej grupy 152 osób (94 mężczyzn i 58 kobiet) – pacjentów ogólnopsychiatrycznych lub przestępców wykazujących zaburzenia psychiczne.</p> <p>3 osoby kodujące.</p>	<p><b>Wartości ICC1 dla ocen obecności:</b> Skala H - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.90 Skala C – (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.63 Skala R – poza instytucją (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.69 Wynik całkowity – (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.82</p> <p><b>Wartości ICC1 dla ocen istotności:</b> Skala H - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.93 Skala C - (dobra<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.72 Skala R – poza instytucją – (umiarkowana<sup>2,3</sup>) - 0.58 Wynik całkowity - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.88.</p> <p><b>Wartości ICC2 dla ocen obecności:</b> Skala H - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.96 Skala C – (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.83 Skala R – poza instytucją (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.87 Wynik całkowity - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.93</p> <p><b>Wartości ICC2 dla ocen istotności:</b> Skala H - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.98 Skala C - (doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup>) - 0.89 Skala R – poza instytucją - (doskonała<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) Wynik całkowity - (doskonała<sup>2</sup>/znacząca<sup>3</sup>) - 0.96.</p> <p><b>Wartość ICC1 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR):</b> - doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup> - 0.90</p> <p><b>Wartość ICC2 dla sumarycznych ocen ryzyka (SRR):</b> - doskonała<sup>2</sup>/prawie doskonała<sup>3</sup> – 0.96</p>

**Tabela 4A.** Podsumowanie badań dotyczących trafności prognostycznej (predictive validity) w kontekście przemocy po zwolnieniu z oddziału sądowo-psychiatrycznego do środowiska (opracowanie własne: na podstawie: Penney i in., 2016; Hogan i Olver, 2019, Doyle i in., 2014, Coid i in., 2015; de Vogel i in. 2014; de Vogel i in., 2019; Persson i in., 2017; Mastromanno i in., 2018; Douglas i Shaffer, 2021)<sup>8</sup>

Autor(zy) badania	Opis badania	Wyniki badania
1. Penney i in., 2016	87 pacjentów oddziałów sądowo-psychiatrycznych (83% mężczyzn). Badanie prospektywne z powtarzalnymi pomiarami. Pacjentów oceniano przed wypisem ze szpitala, a w przypadku pomiarów dynamicznych po 1 i 6 miesiącach od wypisu.	Ani dynamiczne czynniki ryzyka oparte na objawach, ani na afekcie nie przyczyniały się przyrostu wariancji wyjaśniającej dodatkowej wariancji w tych modelach powyżej i poza wynikami podskali H ( $p > 0,05$ ). Ponadto ani wyniki podskali C, ani R nie przyczyniały się do przyrostu wariancji wyjaśniającej w tych modelach powyżej i poza wynikami podskali H ( $p > 0,05$ ). Iloraz szans regresji logistycznej dla skali H, w odniesieniu do przemocy, wahał się od 1,50 do 1,58 (wzrost szansy na wystąpienie przemocy od 50% do 58% przy każdym punkcie wzrostu w skali H). PCL-R nie był związany z przemocą we wszystkich modelach.
2. Hogan i Olver, 2019	82 pacjentów sądowo-psychiatrycznych zwolnionych do środowiska i obserwowanych przez średnio osiem lat. Ocena ryzyka dokonywana przed leczeniem, jak i po zakończeniu leczenia.	Wartości AUC (pole pod krzywą) dla HCR-20 <sup>V3</sup> były na ogół silne i znaczące. Wyniki w skali całkowitej, H, C i R dawały znaczące wartości AUC przed leczeniem: odpowiednio 0.85, 0.80, 0.75 i 0.68, a po leczeniu 0.81, 0.79, 0.72 i 0.73. Trafność prognostyczna ocen istotności: Wyniki w skali Total, H, C i R dały istotne wartości AUC - przed leczeniem odpowiednio 0.80, 0.80, 0.73 i 0.69, a po leczeniu 0.83, 0.78, 0.76 i 0.78.
3. Doyle i in., 2014	387 pacjentów sądowo-psychiatrycznych zwolnionych do środowiska z oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Narzędzie HCR-20 wypełniono na początku badania (w trakcie wypisu z oddziału psychiatrii sądowej), a następnie zebrano informacje dotyczące przemocy po 6 i 12 miesiącach od wypisu	Z całej próby badanych - 14% ( $n = 54$ ) popełniło akt przemocy w trakcie 6 miesięcy, a 23% ( $n = 89$ ) popełniło akt przemocy w trakcie 12 miesięcy. Po 6 miesiącach po wypisaniu ze szpitala wartości AUC wynosiły odpowiednio 0.73, 0.63, 0.75 i 0.67 dla skal: całkowitej, H, C i R. Po 12 miesiącach po wypisie ze szpitala wartości AUC wynosiły odpowiednio 0.70, 0.63, 0.71 i 0.63 dla skal: całkowitej, H, C i R. Pacjenci, u których liczba czynników ryzyka przekroczyła medianę, byli od dwóch do pięciu razy bardziej narażeni na przemoc w porównaniu z pacjentami poniżej mediany.
Coid i in., 2015	409 pacjentów sądowo-psychiatrycznych zwolnionych do środowiska z oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Narzędzie HCR-20 wypełniono na początku badania (w trakcie	Znaczna liczba czynników ryzyka HCR-20 <sup>V3</sup> – oraz czynników ochronnych SAPROF – była związana z wystąpieniem przyszłej przemocy. Ponad połowa indywidualnych czynników ryzyka HCR-20 <sup>V3</sup> (oraz indywidualnych czynników ochronnych SAPROF) prognozowała przemoc. W analizach wieloczynnikowych obejmujących tylko pozornie dynamiczne czynniki ryzyka i ochronne (czynniki ze

<sup>8</sup> AUC – .50 odpowiada całkowicie przypadkowej prognozie, a AUC – 1,0 odzwierciedla doskonałą prognozę. Zazwyczaj wartości AUC równe 0.70 i powyżej uważa się za średnie i duże, a powyżej 0.75 za duże wartości (Douglas i in., 2007).

<p>de Vogel i in., 2014</p>	<p>wypisu z oddziału psychiatrii sądowej), a następnie zebrano informacje dotyczące przemocy po 6 i 12 miesiącach od wypisu</p> <p>86 pacjentów sądowo-psychiatrycznych, którzy zostali zwolnieni do społeczności i obserwowano ich przez trzy lata. Trafność prognostyczną HCR-20<sup>V2</sup> i HCR-20<sup>V3</sup> oceniono w kontekście recydywy z użyciem przemocy, po wypisaniu ze szpitala po rocznej, dwuletniej i trzyletniej obserwacji za pomocą analiz ROC (Receiver Operating Characteristic)</p>	<p>skali C, R i dynamiczne czynniki ochronne zawarte w narzędziu SAPROF) - mniejszy zestaw poszczególnych czynników był prognostyczny. W szczególności, dla HCR-20<sup>V3</sup>, czynniki C2 (wyobrażenia i zamiary dotyczące przemocy) C4 (niestabilność) oraz R5 (stres i radzenie sobie ze stresem) okazały się jednoznacznie predyktorami przemocy, a pozostałe czynniki ryzyka okazały się nieistotne.</p> <p>Wartości pola pod krzywą (AUC) dla całkowitego wyniku HCR-20<sup>V3</sup> (wszystkie <math>p &lt; .05</math>) były następujące: 0.77 (rok po zwolnieniu) 0.75 (dwa lata po zwolnieniu); i 0.67 (trzy lata po zwolnieniu).</p>
<p>de Vogel i in., 2019</p>	<p>78 pacjentek sądowo-psychiatrycznych. Analiza ROC po trzyletniej i dwunastoletniej obserwacji.</p>	<p>Całkowity wynik AUC był znaczący i wynosił odpowiednio 0.71 i 0.67. Wyniki poszczególnych skal wahały się od 0.64 do 0.68.</p>
<p>Persson i in., 2017</p>	<p>Próba 200 mężczyzn i kobiet badanych na etapie przedprocesowym obserwowanych przez 1 rok</p>	<p>Wartość AUC po 1 roku dla HCR-20<sup>V3</sup> wynosiła - 0.79. Wartość AUC przy łącznym zastosowaniu HCR-20<sup>V3</sup> i SAPROF wynosiła - 0.81</p>
<p>Mastromanno i in., 2018</p>	<p>Próba 40 pacjentów (32 mężczyzn). Trafność prognostyczna połączonych skal C i R, zakodowanych na podstawie akt wkrótce po przyjęciu do oddziału psychiatrii sądowej w Australii, w zakresie recydywy z użyciem przemocy i bez użycia przemocy po zwolnieniu (uzyskane z policyjnej bazy danych). Oceny dokonywano średnio na dwa lata przed wypisem, a próbę obserwowano w społeczności średnio przez 12 lat i 10 miesięcy.</p>	<p>Oceny były istotnymi predyktorami recydywy z użyciem przemocy, pomimo tak długiego okresu obserwacji. Każdy wzrost tego wskaźnika o jeden punkt oznaczał 26-procentowy wzrost prawdopodobieństwa zaobserwowania przemocy.</p>

**Tabela 5A.** Trafność prognostyczna narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> w kontekście wystąpienia przemocy, po zwolnieniu do środowiska z oddziałów psychiatrycznych i zakładów karnych (opracowanie własne na podstawie: Strub i in., 2014; Chen i in., 2020; Brookstein i in., 2020).

<p>Strub i in., 2014</p>	<p>Prospektywne badanie 106 uczestników (56 przestępców i 50 pacjentów; 59% mężczyzn). Oceniono zarówno krótkoterminową przemoc (4-6 tygodni po wypisie), jak i przemoc długoterminową (6-8 miesięcy po wypisie). Zastosowano korelacje biseryjne i analizy ROC</p>	<p>W połączonych analizach prób wszystkie sumy oceny obecności (tj. H, C, R i HCR-20) były istotnie związane z przemocą (wszystkie PS &lt;0,05). Korelacje wahały się od 0.26 do 0.46 (średnia wartość 0.36). Wartości AUC wahały się od 0.71 do 0.78, z uśrednioną wartością- 0.74. Podobnie – przy połączonych analizach prób wszystkie oceny istotności były znacząco związane z przemocą (wszystkie PS &lt;0,05). Wartości korelacji wahały się od 0.21 do 0.32 i z uśrednioną wartością korelacji - 0.27. Wartości AUC wahały się od 0.63 do 0.72 i z uśrednioną wartością - 0.68.</p>
<p>Chen i in., 2020</p>	<p>Badanie prospektywne, przegląd dokumentacji i wywiady 152 pacjentów i skazanych Badanie obejmowało zarówno krótkoterminowe (6 tygodni), jak i długoterminowe (6 miesięcy) okresy obserwacji.</p>	<p>Wartości AUC były silniejsze dla całkowitej skali HCR-20<sup>V3</sup> w próbie psychiatrycznej (AUC = 0.88) niż w próbie więziennej (AUC = 0.70) w przypadku przemocy krótkoterminowej. W przypadku przemocy długoterminowej sytuacja była odwrotna (w próbie psychiatrycznej AUC = 0.70; więzienne AUC = 0.79). Po sześciotygodniowej obserwacji, dla ocen obecności, wartości AUC były duże dla próby pacjentów: wynik całkowity (0.84), skala H (0.77), skala C (0.72) i skala R (0.73). Większa zmienność była w grupie przestępców i wartości AUC były generalnie niższe: wynik całkowity (0.75), skala H (0.74), skala C (0.58, ns) i skala R (0.70). W przypadku ocen istotności po sześciotygodniowej obserwacji wartości AUC dla grupy pacjentów były głównie duże: wynik całkowity (0.80), skala H (0.80), skala C (0.68) i skala R (0.73). Większe zmienności i generalnie niższe wyniki były dla grupy przestępców: wynik całkowity (0.76), skala H (0.69), skala C (0.71) i skala R (0.74).  Po sześciomiesięcznej obserwacji, dla ocen obecności, wartości AUC były duże dla grupy pacjentów: wynik całkowity (0.83), skala H (0.78) i umiarkowane dla skali C (0.67) i skali R (0.68). Były one na ogół mniejsze dla grupy przestępców: wynik całkowity (0.67), skala H (0.65, ns), skala C (0.59, ns) i skala R (0.69). W przypadku ocen istotności w sześciomiesięcznym okresie obserwacji wartości AUC dla próby pacjentów były głównie duże: wynik całkowity 0.81, skala H (0.79), skala C (0.73) i skala R (0.76). W próbie przestępców odnotowano ogólnie większą zmienność: wynik całkowity - 0.72, skala H – (0.65, ns), skala C (0.66) i skala R (0.74).  Stwierdzono średnie wielkości efektów we wszystkich kombinacjach obserwacji. Dla próby pacjentów średnia wartość R pb dla ocen obecności wyniosła 0.35, a średnia wartość AUC wyniosła 0.74. Średnia wartość R pb dla ocen istotności wyniosła 0.37, a średnia wartość AUC wyniosła 0.77. W przypadku przestępców średnia R pb</p>

<p>Brookstein i in., 2020.</p>	<p>Retrospektywny przegląd dokumentacji u 100 dorosłych pacjentów sądowo-psychiatrycznych HCR-20<sup>V3</sup> został zakodowany retrospektywnie przez jedną osobę oceniającą, w oparciu o przegląd akt w momencie zwalniania do środowiska. Osoba oceniająca była doktorantem z psychologii klinicznej i sądowej z wcześniejszym doświadczeniem w zakresie stosowania HCR-20<sup>V3</sup></p>	<p>dla ocen obecności wyniosła - 0.25, a średnia wartość AUC wyniosła 0.68. Średnia wartość R pb dla ocen istotności była zauważalnie wyższa, przy 0.34, a średnia wartość AUC wyniosła 0.71.</p> <p>Wyniki uzyskane w HCR-20<sup>V3</sup> znacząco prognozowały recydywę przemocy po wypisaniu ze szpitala.</p> <p>Uzyskane wartości:  Wynik całkowity 0.70  Sumaryczne Oceny Ryzyka - 0.77  Ocena istotności - 0.71  Ryzyko wystąpienia przestępstwa z użyciem przemocy w okresie obserwacji  Było 2,89 razy wyższe w przypadku uzyskania wyniku w HCR-20<sup>V3</sup> powyżej mediany.</p>
--------------------------------	---	---

**Tabela 6A.** Trafność prognostyczna narzędzia HCR-20<sup>V3</sup> w kontekście przemocy w trakcie pobytu w instytucji (opracowanie własne na podstawie: Hogan i Olver, 2016; Green i in., 2016; Niel i in., 2019; Smith i in., 2020; Douglas i Shaffer, 2021).

Hogan i Olver, 2016	Ocena na podstawie danych archiwalnych, wśród 99 pacjentów (86% mężczyzn) w zabezpieczonym oddziale sądowym Autorzy podali wartości AUC zarówno dla ocen obecności, jak i istotności czynników ryzyka, zsumowanych w różnych skalach.	Wielkości efektu były największe dla Skali całkowitej (AUC obecności = 0.76; AUC istotności = 0.70), dla Skali C (AUC obecności = 0.76; AUC istotności = 0.72) i Skali R (AUC obecności = 0.76; AUC istotności = 0.72). Wartości AUC były mniejsze, choć nadal istotne dla skali H (AUC obecności i istotności = 0.64).
Green i in., 2016	100 mężczyzn i 24 kobiety uznanych za niepoczytalnych	W ciągu średnio 15,5-miesięcznego okresu obserwacji korelacje punktowo-dwuseryjne dla mężczyzn wahały się od małych (skala R rpb = 0.18) do dużych (skala C rpb = 0.48). Skala H i skala całkowita dały uśrednione znaczące korelacje (odpowiednio 0.33 i 0.41). W przypadku kobiet żaden z czynników HCR-20 <sup>V3</sup> nie był istotnie skorelowany z przemocą, co wynikało z małej liczebności próby wynoszącej 24. Trzy korelacje miały średni rozmiar (skala H, C i skala całkowita, w zakresie od 0.27 do 0.31), podczas gdy w przypadku skali R korelacja była bliska zeru i ujemna (-.08).
Niel i in., 2019	Oparte na dokumentacji pseudoprospektywne badanie 75 pacjentów. Pacjenci przebywali w szpitalu co najmniej 2 lata, a okres obserwacji wynosił 12 miesięcy.	Wartości AUC były wyższe i znaczące, dla dynamicznych skal C i R (0.71 dla skali C; 0.69 dla R). Skala H nie była znacząco prognostyczna w kontekście przemocy. Wielowymiarowe analizy regresji logistycznej wykazały, że zastosowanie narzędzia SAPROF nie zwiększało trafności przyrostowej skal C i R.
Smith i in., 2020	167 pacjentów płci męskiej z trzech zabezpieczonych oddziałów szpitalnych (dwóch o średnim poziomie zabezpieczenia i jednym o wzmożonym stopniu zabezpieczenia). Badanie prospektywne dla większości próby, z niektórymi przypadkami – w sposób pseudoprospektywny. Maksymalnie 12-miesięczna obserwacja (zakres od 2-12 miesięcy).	Większe efekty dla dynamicznych skal C i R w stosunku do skali H. Dla każdej przemocy stwierdzono istotne wartości AUC dla skal C i R, które wynosiły 0.72 i 0.64. Dla skali H – wartości te były nieistotne - 0.51. Skala całkowita dała znaczące AUC wynoszące - 0.69. W przypadku przemocy fizycznej skala C w szczególności dawała największe wartości AUC - 0.77, przy czym skala R była niższa, choć nadal znacząca i miała umiarkowany rozmiar 0.67. Wyniki na skali H nie prognozowały przemocy - 0.50. Skala całkowita generowała znaczącą wartość AUC wynoszącą 0.70.



**Tabela 7A.** Podsumowanie badań dotyczących zgodności ocen dokonywanych przy pomocy SAPROF pomiędzy oceniającymi (opracowanie własne na podstawie: Abidin i in., 2013; Coid i in., 2016; Coupland, 2015; de Vries Robbé i in., 2011; de Vries Robbé i in., 2015; Kashiwagi i in., 2018; Oziel, 2016; Persson i in., 2017; Turner i in., 2016; Viljoen i in., 2016; de Vries Robbé, de Vogel, Veldhuizen, 2021).

<b>Badanie</b>	<b>Rodzaj</b>	<b>Populacja</b>	<b>ICC1 (o ile nie podano)</b>
Abidin i in., 2013  Irlandia	Prospektywne	N=21  Pacjenci umieszczeni na internacji sądowo-psychiatrycznej w szpitalu.	0.83 (Spearman's r)
Coid i in., 2016. Wlk. Brytania	Prospektywne	N=20  Pacjenci zwolnieni z oddziałów o średnim poziomie zabezpieczenia.	0.93
Coupland, 2015  Kanada	Retrospektywne	N = 20  Sprawcy przemocy w systemie penitencjarnym przed leczeniem, po leczeniu, po zwolnieniu). Wyniki zmian zachodzących w trakcie leczenia.	0.77(0.73/0.79/0.80)0.82
de Vries Robbé i in., 2011  Holandia	Retrospektywne	N = 40  Sprawcy przemocy zwolnieni z oddziałów psychiatrii sądowej.	0.88
de Vries Robbé i in., 2015  Holandia	Retrospektywne	N = 30  sprawcy przemocy seksualnej zwolnieni z oddziałów psychiatrii sądowej.	0.85
Kashiwagi i in., 2018.  Japonia	Retrospektywne	N = 30  Pacjenci na internacji w oddziale psychiatrii sądowej.	0.70
Oziel, 2016  Kanada	Prospektywne	N= 8	0.86 (r)

Pacjenci internowani lub w trakcie leczenia poza instytucją.			
Persson i in., 2017 Szwecja	Prospektywne	N = 200  Osadzeni w areszcie areszcie śledczym, badaniom sądowo-psychiatrycznym.	0.86
Turner i in., 2016 Niemcy	Retrospektywne	N = 229  osadzeni sprawcy przemocy seksualnej	0.85
Viljoen i in., 2016 Holandia	Prospektywne	N = 15 pacjentów  Pacjenci ogólnopsychiatryczni	0.75

**Tabela 8A.** Podsumowanie badań dotyczących trafności progностycznej (AUC) i trafność przyrostowej SAPROF (opracowanie własne na podstawie: Abbiati i in., 2019; Abidin i in., 2013; Coid i in., 2016; Coupland, 2015; Davoren i in., 2013; de Vries Robbé i in., 2011; de Vries Robbé i in., 2013; de Vries Robbé i in., 2015; de Vries Robbé i in., 2016; de Vries Robbé i in., 2019; Haines i in., 2018; Judges, 2016; Kashiwagi in., 2018; Oziel, 2016; Persson i in., 2017; Tozdan i in., 2016; Turner i in., 2016; Viljoen i in., 2016).

Badanie	Rodzaj	Populacja	Zjawisko	Wynik	
				Okres Obserwacji	AUC
Abbiati i in., 2019 Szwajcaria	Prospektywne	N=52 mężczyzn Sprawcy przemocy w więzieniu	Znęcanie się fizyczne	12 msc	0.80**
			Każdy rodzaj naruszenia zasad	12 msc	0.69**
Abidin i in., 2013 Irlandia	Prospektywne	N = 98 (94% mężczyzn) Internowani pacjenci w trakcie leczenia	Zdarzenia związane z przemocą	6 msc	0.85**
			Samouszkodzenia	6 msc	0.77*
Coid i in., 2016 Wlk. Brytania	Prospektywne	N = 409 (89%) Internowani w średnim poziomie zabezpieczenia. Próba ogólnokrajowa pacjentów zwalnianych do środowiska	Wszelkie zgłoszone przypadki przemocy w społeczności	6 msc	0.76**
				12 msc	0.70**
			Wyroki skazujące za przestępstwo związane z przejęciem mienia	6 msc	0.73**
				12 msc	0.83**
			Poważne wyroki skazujące za przestępstwa	6 msc	0.82**
				12 msc	0.79**
		Wszelkie wyroki	6 msc	0.78**	

Coupland, 2015 Kanada	Retrospektywne	N = 155, mężczyźni, osadzeni w ZK, sprawcy przemocy, którzy uczestniczyli w terapii. Zwalniani do środowiska (ocena w trakcie zwalniania).	Recydywa w trakcie pobytu na wolności Wyroki skazujące:		
			-każdy rodzaj przemocy	10 lat	0.71**
			-przemoc nieseksualna	10 lat	0.72**
			- każda recydywa	10 lat	0.76**
			Zarzuty: -każda przemoc	10 lat	0.75**
			-przemoc nieseksualna	10 lat	0.76**
Davoren i in., 2013 Irlandia	Prospektywne	N = 137, mężczyźni Nadzór środowiskowy	- każda recydywa	10 lat	0.75**
			Posytywne efekty nadzoru środowiskowego <sup>1</sup>	24 msc	0.81**
			N = 157, mężczyźni		
de Vries Robbé i in., 2011 Holandia	Retrospektywne	N= 105, pacjenci sądowo-psychiatryczni z historią przemocy, zwalniani do środowiska	Poważne naruszenia w instytucji	30 msc	0.58
			Zwolnienie warunkowe	21 msc	0.81**
de Vries Robbé i in., 2013 Holandia	Retrospektywne	N=188, sprawcy przemocy ogólnej i przemocy seksualnej, zwalniani do środowiska	Wyroki za przestępstwa z użyciem przemocy	12 msc	0.85**
				24 msc	0.80**
				36 msc	0.74**
de Vries Robbé i in., 2015 Holandia	Retrospektywne	N=83, pacjenci sądowo-psychiatryczni z historią przemocy seksualnej	Wyroki za przestępstwa z użyciem przemocy	12 msc	0.85**
				36 msc	0.75**
de Vries Robbé i in., 2015 Holandia	Retrospektywne	N=83, pacjenci sądowo-psychiatryczni z historią przemocy seksualnej	Wyroki za przestępstwa z użyciem przemocy	11 lat	0.73**
					.
			Wyroki za przestępstwa seksualne	12 msc	0.83**
				36 msc	0.77**
			15 lat	0.74**	
			36 msc	0.76*	

de Vries Robbé i in., 2016 Holandia	Prospektywne	N = 399 (78% mężczyzn) Pacjenci sądowo- psychiatryczni w trakcie leczenia	Akty przemocy —w instytucji —poza instytucją —kobiety —mężczyźni —sprawcy przemocy ogólnej —sprawcy seksualni	12 msc 12 msc 12 msc 12 msc 12 msc 12 msc 12 msc	0.75** 0.66** 0.78** 0.71** 0.76** 0.72** 0.84**
de Vries Robbé i in., 2019 Holandia	Retrospektywne	N = 105(91 mężczyzn) Pacjenci sądowo- psychiatryczni (11 szpitali) w trakcie leczenia	Akty przemocy  Decyzje Komisji ds. Środków Zabezpieczających ws. zwolnienia	12 msc	0.75**/0.81**  0.80**/0.82**
Haines i in., 2018 Wlk. Brytania	Prospektywne	N = 148 (81% -bez przemocy, 55% mężczyzn). Pacjenci ogólnopsychiatryczni (71% leczonych ambulatoryjnie)	Agresja fizyczna	6 msc	0.60
Judges, 2016. Wlk.Brytania	Prospektywne	N = 108 (86% mężczyzn) Pacjenci sądowo- psychiatryczni objęci niskim i średnim poziomem zabezpieczenia w trakcie leczenia	Akty przemocy (wobec siebie lub innych)  Przemoc wobec innych  Przemoc wobec siebie	1 msc 3 msc 6 msc  1 msc 3 msc 6 msc  1 msc 3 msc 6 msc	-0.74** 0.70** 0.75**  0.74** 0.69** 0.72**  0.83** 0.67. 0.71*
Kashiwagi i in., 2018 Japonia	Retrospektywne	N = 95, mężczyźni. Pacjenci psychiatryczno-sądowi, objęci zabezpieczeniem szpitalnym, w trakcie leczenia.	Akty przemocy	6 msc  12 msc	0.87**  0.85**
Neil i in., 2020 Szkocja	Retrospektywne	N = 75, mężczyźni. Pacjenci sądowi objęci zabezpieczeniem szpitalnym, w trakcie leczenia.	Akty przemocy: —wszystkie —fizyczne —werbalne —seksualne	12 msc 12 msc 12 msc 12 msc 12 msc	0.74** 0.71** 0.69** 0.70 0.72**
Oziel, 2016 Kanada	Prospektywne	N = 50 (86% mężczyzn) Pacjenci sądowi, w trakcie leczenia w instytucji lub ambulatoryjnie	Podawanie leków psychiatrycznych, Wykroczenia instytucjonalne  Naruszanie dyspozycji.	6 msc  6 msc  6 msc	0.71**  0.64**  0.79**

Persson i in., 2017 Szwecja	Prospektywne	N = 200 (87% mężczyzn) Więźniowie poddawani ocenie sądowo- psychiatrycznej w zakładzie karnym	Akty przemocy (fizycznej, słownej) wobec innych	12 msc	0.78**
Tozdan i in., 2016 Niemcy	Prospektywne	N = 40, mężczyźni Pacjenci sądowo- psychiatryczni z historią przemocy, zwalniani do środowiska	Każdy rodzaj recydywy	28 msc	0.80**
Turner i in., 2016 Niemcy	Retrospektywne	N = 229, mężczyźni. Więźniowie – sprawcy wykorzystywania seksualnego dzieci, zwalniani do środowiska.	Każdy rodzaj Recydywy	5,7 lat	0.63
			Recydywa przemocy	5,7 lat	0.60
			Recydywa przemocy seksualnej	5,7 lat	0.52
Viljoen i in., 2016 Kanada	Retrospektywne	N = 102 (61% mężczyzn) Pacjenci ogólnopsychiatryczni w trakcie leczenia	Akty przemocy (w instytucji/w środowisku)	6m	0.59
			-kobiety	12m	0.60
				6m	0.51
			-mężczyźni	12m	0.53
				6m	0.67*
			12m	0.65	

\*  $p < 0,05$ ;

\*\*  $p < 0,01$ . Wartości AUC dotyczą całkowitych wyników SAPROF.

1. Pozytywne efekty nadzoru środowiskowego dotyczą: zatrudnienia, stabilną sytuację mieszkaniową, stabilne relacje, skuteczny przebieg nadzoru, prospołeczne aktywności.

Tabela 9A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu TriPM a wynikami HCR

		TriPM zuchwałość	TriPM rozhamowanie	TriPM bezduszność	TriPM Psychopatia
H1 obecność	Kendall's Tau B	-0.016	0.085	-0.039	0.079
	p	0.815	0.205	0.569	0.239
H1 istotność	Kendall's Tau B	0.091	0.051	-0.067	0.076
	p-value	0.174	0.449	0.327	0.254
H2 obecność	Kendall's Tau B	0.010	0.295 ***	0.038	0.202 **
	p-value	0.883	< .001	0.562	0.002
<b>H2</b> istotność	Kendall's Tau B	0.002	0.325 ***	0.047	0.235 ***
	p-value	0.974	< .001	0.476	< .001
H3 obecność	Kendall's Tau B	0.031	0.197 **	-0.005	0.074
	p-value	0.653	0.004	0.937	0.271
H3 istotność	Kendall's Tau B	-0.019	0.110	0.032	0.096
	p-value	0.774	0.100	0.633	0.148
H4 obecność	Kendall's Tau B	-0.037	0.288 ***	0.083	0.134 *
	p-value	0.566	< .001	0.204	0.037
H4 istotność	Kendall's Tau B	0.035	0.008	-0.058	-0.012
	p-value	0.593	0.900	0.383	0.849
<b>H5</b> obecność	Kendall's Tau B	0.047	0.331 ***	0.012	0.170 **
	p-value	0.473	< .001	0.855	0.009
<b>H5</b> istotność	Kendall's Tau B	0.030	0.355 ***	0.039	0.190 **
	p-value	0.654	< .001	0.561	0.004
H6 obecność	Kendall's Tau B	-0.053	0.014	-0.042	0.013
	p-value	0.437	0.836	0.537	0.845
H6 istotność	Kendall's Tau B	0.045	0.020	0.003	0.064
	p-value	0.501	0.772	0.963	0.342

Ciąg dalszy tabeli 9A

		TriPM zuchwałość	TriPM rozhamowanie	TriPM bezduszność	TriPM Psychopatia
H7 obecność	Kendall's Tau B	0.049	0.181 **	0.101	0.182 **
	p-value	0.448	0.005	0.122	0.004
H7 istotność	Kendall's Tau B	0.002	0.205 **	0.098	0.178 **
	p-value	0.979	0.002	0.141	0.006
H8 obecność	Kendall's Tau B	0.078	0.113	-0.154 *	-0.003
	p-value	0.227	0.079	0.018	0.965
H8 istotność	Kendall's Tau B	-0.006	0.147 *	-0.117	-0.016
	p-value	0.932	0.023	0.075	0.803
H9 obecność	Kendall's Tau B	-0.136 *	0.143 *	0.070	0.050
	p-value	0.035	0.027	0.282	0.434
H9 istotność	Kendall's Tau B	-0.150 *	0.172 **	0.053	0.062
	p-value	0.025	0.010	0.435	0.351
H10 obecność	Kendall's Tau B	0.045	0.150 *	-0.030	0.040
	p-value	0.492	0.023	0.651	0.542
H10 istotność	Kendall's Tau B	0.061	0.204 **	-0.021	0.083
	p-value	0.364	0.002	0.751	0.213
C1 obecność	Kendall's Tau B	0.018	0.026	0.073	0.055
	p-value	0.782	0.690	0.275	0.400
C1 istotność	Kendall's Tau B	0.132 *	0.046	0.043	0.084
	p-value	0.046	0.486	0.525	0.202
C2 obecność	Kendall's Tau B	0.003	-0.072	0.029	0.029
	p-value	0.966	0.279	0.669	0.661
C2 istotność	Kendall's Tau B	-0.008	-0.063	0.030	0.032
	p-value	0.910	0.346	0.655	0.623
C3C obecność	Kendall's Tau B	-0.097	0.015	0.055	-0.070
	p-value	0.152	0.823	0.425	0.298
C3C istotność	Kendall's Tau B	-0.095	0.012	0.053	-0.073
	p-value	0.160	0.858	0.436	0.276



Ciąg dalszy tabeli 9A

		TriPM zuchwałość	TriPM rozhamowanie	TriPM bezdusznosc	TriPM Psychopatia
C4 obecność	Kendall's Tau	-	0.109	0.061	0.003
	B	0.116			
	p-value	0.073	0.092	0.349	0.966
C4 istotność	Kendall's Tau	-	0.113	0.017	-0.018
	B	0.124			
	p-value	0.056	0.082	0.797	0.774
C5 obecność	Kendall's Tau		0.103	0.058	0.178 **
	B	0.117			
	p-value	0.071	0.113	0.373	0.006
C5 istotność	Kendall's Tau		0.122	0.066	0.192 **
	B	0.036			
	p-value	0.575	0.060	0.316	0.003
R1 obecność	Kendall's Tau	-	0.106	0.161 *	0.117
	B	0.059			
	p-value	0.362	0.098	0.014	0.066
R1 istotność	Kendall's Tau	-	0.125	0.118	0.106
	B	0.014			
	p-value	0.834	0.056	0.076	0.102
R2 obecność	Kendall's Tau		0.003	0.051	0.063
	B	0.005			
	p-value	0.936	0.958	0.443	0.339
R2 istotność	Kendall's Tau		0.051	0.022	0.072
	B	0.037			
	p-value	0.577	0.437	0.744	0.266
R3 obecność	Kendall's Tau		0.016	0.026	0.105
	B	0.036			
	p-value	0.588	0.804	0.698	0.107
R3 istotność	Kendall's Tau		0.061	-0.013	0.136 *
	B	0.024			
	p-value	0.715	0.350	0.850	0.037
R4 obecność	Kendall's Tau		0.212 **	0.078	0.177 **
	B	0.039			
	p-value	0.560	0.002	0.248	0.008
R4 istotność	Kendall's Tau	-	0.116	0.049	0.076
	B	0.040			
	p-value	0.551	0.082	0.474	0.252
R5 obecność	Kendall's Tau	-	-0.081	-0.035	-0.086
	B	0.118			
	p-value	0.074	0.223	0.596	0.193
R5 istotność	Kendall's Tau	-	-0.097	-0.157 *	-0.112
	B	0.106			
	p-value	0.107	0.140	0.019	0.089

Tabela 10A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu PPTS a wynikami HCR

		PPTS Egocentryzm	PPTS Manipulacja Interpersonalna	PPTS Wrażliwość Poznawcza	PPTS Wrażliwość Afektywna	PPTS OGÓLNY
H1 obecność	Kendall's Tau B	-0.131	-0.055	-0.071	0.030	-0.110
	p-value	0.060	0.428	0.312	0.668	0.105
H1 istotność	Kendall's Tau B	0.000	-0.006	0.007	0.034	0.008
	p-value	0.997	0.934	0.920	0.624	0.904
h2 obecność	Kendall's Tau B	-0.029	0.063	0.045	0.029	0.043
	p-value	0.667	0.351	0.510	0.676	0.513
h2 istotność	Kendall's Tau B	-0.014	0.053	0.060	0.074	0.072
	p-value	0.832	0.433	0.377	0.277	0.273
H3 obecność	Kendall's Tau B	0.040	-0.019	-0.060	-0.008	0.015
	p-value	0.569	0.789	0.397	0.912	0.829
h3 istotność	Kendall's Tau B	-0.053	-0.059	0.115	0.062	0.012
	p-value	0.442	0.397	0.098	0.374	0.861
H4 obecność	Kendall's Tau B	-0.028	0.019	0.068	0.015	0.055
	p-value	0.679	0.781	0.314	0.830	0.404
H4 istotność	Kendall's Tau B	-0.092	-0.050	0.084	0.013	-0.014
	p-value	0.179	0.467	0.217	0.845	0.828
H5 obecność	Kendall's Tau B	0.012	0.033	0.033	-0.072	-0.003
	p-value	0.862	0.623	0.625	0.296	0.965
H5 istotność	Kendall's Tau B	-0.024	-0.027	-0.036	-0.097	-0.072
	p-value	0.726	0.691	0.601	0.161	0.278
H6 obecność	Kendall's Tau B	-0.136	-0.018	-0.103	-0.116	-0.152 *
	p-value	0.053	0.798	0.142	0.100	0.026
H6 istotność	Kendall's Tau B	-0.115	-0.110	-0.061	-0.038	-0.124
	p-value	0.100	0.116	0.387	0.590	0.068
H7 obecność	Kendall's Tau B	-0.007	0.099	-0.116	0.045	0.005
	p-value	0.915	0.138	0.080	0.500	0.941
H7 istotność	Kendall's Tau B	-0.000	0.124	-0.068	0.029	0.029
	p-value	0.996	0.068	0.320	0.677	0.657
H8 obecność	Kendall's Tau B	-0.125	-0.110	-0.101	-0.083	-0.175 **
	p-value	0.062	0.102	0.130	0.221	0.007
H8 istotność	Kendall's Tau B	-0.138 *	-0.094	-0.099	-0.024	-0.147 *
	p-value	0.041	0.164	0.141	0.720	0.025

Ciąg dalszy tabeli 10A

		<b>PPTS Egocentryzm</b>	<b>PPTS Manipulacja Interpersonalna</b>	<b>PPTS Wrażliwość Poznawcza</b>	<b>PPTS Wrażliwość Afektywna</b>	<b>PPTS OGÓLNY</b>
H9 obecność	Kendall's Tau B	-0.024	-0.009	-0.018	0.129	0.011
	p-value	0.717	0.893	0.789	0.056	0.862
H9 istotność	Kendall's Tau B	-0.037	-0.022	-0.027	0.106	-0.012
	p-value	0.598	0.747	0.699	0.131	0.863
H10 obecność	Kendall's Tau B	0.056	-0.008	0.080	-0.041	0.055
	p-value	0.417	0.909	0.246	0.559	0.414
H10 istotność	Kendall's Tau B	0.115	0.042	0.090	-0.009	0.100
	p-value	0.098	0.550	0.196	0.898	0.138
c1 obecność	Kendall's Tau B	-0.016	0.066	-0.080	0.025	0.008
	p-value	0.813	0.338	0.245	0.723	0.903
c1 istotność	Kendall's Tau B	-0.025	0.047	-0.096	0.027	-0.023
	p-value	0.721	0.495	0.166	0.699	0.730
C2 obecność	Kendall's Tau B	0.014	-0.013	-0.042	0.132	0.007
	p-value	0.843	0.851	0.544	0.058	0.921
C2 istotność	Kendall's Tau B	0.033	-0.019	-0.032	0.126	0.017
	p-value	0.634	0.780	0.644	0.070	0.801
c3 obecność	Kendall's Tau B	0.047	-0.018	-0.018	0.053	0.007
	p-value	0.476	0.784	0.791	0.432	0.911
c3 istotność	Kendall's Tau B	0.033	-0.011	0.055	0.064	0.035
	p-value	0.621	0.869	0.410	0.339	0.591
c4 obecność	Kendall's Tau B	-0.002	0.132 *	-0.097	0.092	0.036
	p-value	0.976	0.050	0.149	0.174	0.582
c4 istotność	Kendall's Tau B	-0.010	0.129	-0.104	0.063	0.019
	p-value	0.883	0.055	0.120	0.352	0.776
C5 obecność	Kendall's Tau B	0.070	0.052	-0.048	0.062	0.047
	p-value	0.296	0.441	0.479	0.358	0.474
C5 istotność	Kendall's Tau B	0.088	0.089	-0.020	0.113	0.105
	p-value	0.190	0.188	0.765	0.098	0.108
R1 obecność	Kendall's Tau B	0.072	0.002	-0.046	0.033	0.022
	p-value	0.282	0.972	0.492	0.623	0.734
R1 istotność	Kendall's Tau B	0.011	-0.049	-0.010	-0.005	-0.047
	p-value	0.870	0.472	0.882	0.945	0.475

Ciąg dalszy tabeli 10A

		PPTS Egocentryzm	PPTS Manipulacja Interpersonalna	PPTS Wrażliwość Poznawcza	PPTS Wrażliwość Afektywna	PPTS OGÓLNY
R2 obecność	Kendall's Tau B	-0.057	-0.071	0.016	-0.046	-0.075
	p-value	0.408	0.297	0.811	0.503	0.258
R2 istotność	Kendall's Tau B	-0.111	-0.114	-0.062	-0.083	-0.165 *
	p-value	0.102	0.093	0.364	0.226	0.012
R3 obecność	Kendall's Tau B	0.054	-0.038	-0.117	-0.073	-0.090
	p-value	0.429	0.580	0.085	0.285	0.173
R3 istotność	Kendall's Tau B	0.023	-0.071	-0.046	-0.053	-0.068
	p-value	0.734	0.296	0.497	0.440	0.301
R4 obecność	Kendall's Tau B	0.057	0.100	-0.014	0.034	0.082
	p-value	0.409	0.148	0.838	0.626	0.221
R4 istotność	Kendall's Tau B	0.062	0.050	-0.043	-0.037	0.007
	p-value	0.374	0.473	0.532	0.598	0.919
R5 obecność	Kendall's Tau B	-0.095	0.106	-0.019	0.042	-0.005
	p-value	0.166	0.122	0.779	0.543	0.945
R5 istotność	Kendall's Tau B	-0.107	0.059	-0.063	-0.008	-0.050
	p-value	0.120	0.390	0.356	0.912	0.456

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Tabela 11A. Wyniki testu Kruskala-Wallisa badającego różnice w nasileniu czynników ryzyka pomiędzy osobami charakteryzującymi się różnym (niskim, przeciętnym, wysokim) poziomem psychopatii (TriPM)

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Skala H obecność	1.801	2	0.406	0.01192
Skala C obecność	1.838	2	0.399	0.01217
Skala R obecność	4.154	2	0.125	0.02751
Wynik Total obecność	4.164	2	0.125	0.02758
Skala H istotność	3.849	2	0.146	0.02549
Skala C istotność	2.362	2	0.307	0.01564
Skala R istotność	2.908	2	0.234	0.01926
Wynik Total istotność	5.174	2	0.075	0.03427
H1 obecność	0.905	2	0.636	0.00599
H1 istotność	1.937	2	0.380	0.01283

Ciąg dalszy tabeli 11A

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
h2 obecność	5.032	2	0.081	0.03332
h2 istotność	6.076	2	0.048	0.04024
H3 obecność	1.449	2	0.485	0.00960
h3 istotność	0.502	2	0.778	0.00333
H4 obecność	0.698	2	0.705	0.00462
H4 istotność	1.946	2	0.378	0.01289
H5 obecność	0.660	2	0.719	0.00437
H5 istotność	1.635	2	0.441	0.01083
H6 obecność	0.994	2	0.608	0.00658
H6 istotność	1.712	2	0.425	0.01133
H7 obecność	4.708	2	0.095	0.03118
H7 istotność	4.558	2	0.102	0.03019
H8 obecność	3.339	2	0.188	0.02211
H8 istotność	3.959	2	0.138	0.02622
H9 obecność	0.729	2	0.695	0.00483
H9 istotność	0.762	2	0.683	0.00505
H10 obecność	0.670	2	0.715	0.00444
H10 istotność	4.439	2	0.109	0.02940
c1 obecność	1.548	2	0.461	0.01025
c1 istotność	4.279	2	0.118	0.02834
C2 obecność	0.607	2	0.738	0.00402
C2 istotność	1.046	2	0.593	0.00693
c3 obecność	1.199	2	0.549	0.00794
c3 istotność	2.250	2	0.325	0.01490
c4 obecność	0.387	2	0.824	0.00256
c4 istotność	1.298	2	0.522	0.00860
C5 obecność	1.974	2	0.373	0.01307
C5 istotność	5.951	2	0.051	0.03941
R1 obecność	2.112	2	0.348	0.01399
R1 istotność	3.144	2	0.208	0.02082
R2 obecność	1.427	2	0.490	0.00945
R2 istotność	2.046	2	0.360	0.01355
R3 obecność	5.808	2	0.055	0.03846
R3 istotność	2.629	2	0.269	0.01741
<b>R4 obecność</b>	6.737	2	0.034	0.04461
R4 istotność	1.292	2	0.524	0.00855
R5 obecność	0.108	2	0.948	7.13e-4
R5 istotność	1.044	2	0.593	0.00692

Tabela 12A. Statystyki opisowe – czynniki ryzyka HCR w grupach o różnym poziomie psychopatii (TriPM)

Psychopatia-grupy (TriPM-41)		Mean	SE	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
Skala H	Niska psychopatia	13.1579	0.7619	3.321	11.000	13.000	14.500
obecność	Przeciętna psychopatia	13.9561	0.3411	3.642	11.250	14.000	17.000
	Wysoka psychopatia	14.7368	0.9172	3.998	12.500	14.000	18.000
Skala C	Niska psychopatia	4.5263	0.6183	2.695	2.500	5.000	6.000
obecność	Przeciętna psychopatia	4.4649	0.2205	2.354	3.000	5.000	6.000
	Wysoka psychopatia	5.2105	0.4431	1.932	4.000	6.000	6.500
Skala R	Niska psychopatia	6.2632	0.4704	2.051	5.000	6.000	8.000
obecność	Przeciętna psychopatia	6.5088	0.1903	2.032	5.000	7.000	8.000
	Wysoka psychopatia	7.3684	0.4272	1.862	6.500	8.000	9.000
Wynik Total	Niska psychopatia	23.9474	1.4131	6.160	20.000	24.000	27.000
obecność	Przeciętna psychopatia	24.9298	0.5604	5.983	21.000	25.000	30.000
	Wysoka psychopatia	27.3158	1.4287	6.228	25.500	29.000	32.000
Skala H	Niska psychopatia	11.7895	0.7238	3.155	10.000	11.000	13.500
istotność	Przeciętna psychopatia	12.9298	0.3384	3.613	10.000	13.000	15.750
	Wysoka psychopatia	14.1579	0.8959	3.905	10.500	15.000	17.000
Skala C	Niska psychopatia	4.8421	0.6082	2.651	3.000	5.000	6.500
istotność	Przeciętna psychopatia	4.8596	0.2218	2.368	4.000	5.000	6.000
	Wysoka psychopatia	5.7895	0.4431	1.932	4.000	6.000	7.000
Skala R	Niska psychopatia	7.5263	0.4417	1.926	6.000	8.000	9.000
istotność	Przeciętna psychopatia	7.3158	0.2101	2.243	6.000	8.000	9.000
	Wysoka psychopatia	8.2105	0.4431	1.932	7.500	9.000	10.000
Wynik Total	Niska psychopatia	24.1579	1.3051	5.689	20.000	25.000	28.000
istotność	Przeciętna psychopatia	25.1053	0.5854	6.250	21.000	26.000	30.000
	Wysoka psychopatia	28.1579	1.4127	6.158	25.500	28.000	32.500
H1 obecność	Niska psychopatia	1.8947	0.0723	0.315	2.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.8070	0.0429	0.458	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.8947	0.0723	0.315	2.000	2.000	2.000
H1 istotność	Niska psychopatia	1.8947	0.1053	0.459	2.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.8772	0.0397	0.424	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	2.0000	0.0000	0.000	2.000	2.000	2.000
H2 obecność	Niska psychopatia	0.4211	0.1763	0.769	0.000	0.000	0.500
	Przeciętna psychopatia	0.7982	0.0865	0.923	0.000	0.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.1053	0.2281	0.994	0.000	2.000	2.000
H2 istotność	Niska psychopatia	0.3684	0.1746	0.761	0.000	0.000	0.000
	Przeciętna psychopatia	0.6228	0.0792	0.846	0.000	0.000	1.000
	Wysoka psychopatia	1.0526	0.2226	0.970	0.000	1.000	2.000
H3 obecność	Niska psychopatia	1.8947	0.0723	0.315	2.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.8509	0.0335	0.358	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.9474	0.0526	0.229	2.000	2.000	2.000

Ciąg dalszy tabeli 12A

	Psychopatia-grupy (TriPM-41)	Mean	SE	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
h3 istotność	Niska psychopatia	1.6316	0.1137	0.496	1.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.6754	0.0506	0.540	1.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.7368	0.1038	0.452	1.500	2.000	2.000
H4 obecność	Niska psychopatia	1.2632	0.2000	0.872	0.500	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.4298	0.0715	0.764	1.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.3684	0.1746	0.761	1.000	2.000	2.000
H4 istotność	Niska psychopatia	0.3158	0.1336	0.582	0.000	0.000	0.500
	Przeciętna psychopatia	0.5175	0.0613	0.655	0.000	0.000	1.000
	Wysoka psychopatia	0.4737	0.1772	0.772	0.000	0.000	1.000
H5 obecność	Niska psychopatia	1.3158	0.2031	0.885	0.500	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.4474	0.0779	0.832	1.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.4737	0.2076	0.905	1.000	2.000	2.000
H5 istotność	Niska psychopatia	1.1053	0.2281	0.994	0.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.3158	0.0848	0.905	0.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.4737	0.2076	0.905	1.000	2.000	2.000
H6 obecność	Niska psychopatia	2.0000	0.0000	0.000	2.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.9561	0.0261	0.279	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.9474	0.0526	0.229	2.000	2.000	2.000
H6 istotność	Niska psychopatia	2.0000	0.0000	0.000	2.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.9386	0.0286	0.306	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	2.0000	0.0000	0.000	2.000	2.000	2.000
H7 obecność	Niska psychopatia	0.5263	0.1930	0.841	0.000	0.000	1.000
	Przeciętna psychopatia	0.9474	0.0806	0.861	0.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.0526	0.1946	0.848	0.000	1.000	2.000
H7 istotność	Niska psychopatia	0.6316	0.2191	0.955	0.000	0.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.0702	0.0887	0.947	0.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.2632	0.2142	0.933	0.000	2.000	2.000
H7A obecność	Niska psychopatia	0.2105	0.1447	0.631	0.000	0.000	0.000
	Przeciętna psychopatia	0.5088	0.0718	0.767	0.000	0.000	1.000
	Wysoka psychopatia	0.9474	0.1946	0.848	0.000	1.000	2.000
H8 obecność	Niska psychopatia	1.5789	0.1393	0.607	1.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.2281	0.0827	0.883	0.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.5263	0.1598	0.697	1.000	2.000	2.000
H8 istotność	Niska psychopatia	1.6842	0.1336	0.582	1.500	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.2456	0.0850	0.908	0.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.4737	0.1772	0.772	1.000	2.000	2.000
H9 obecność	Niska psychopatia	0.7895	0.1961	0.855	0.000	1.000	1.500
	Przeciętna psychopatia	0.9123	0.0859	0.917	0.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia	0.7368	0.2000	0.872	0.000	0.000	1.500

Ciąg dalszy tabeli 12A

	Psychopatia-grupy (TriPM-41)	Mean	SE	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
H9 istotność	Niska psychopatia	0.8421	0.2198	0.958	0.000	0.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.0439	0.0927	0.990	0.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	0.9474	0.2354	1.026	0.000	0.000	2.000
H10 obecność	Niska psychopatia	1.4737	0.1930	0.841	1.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.5789	0.0736	0.786	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.6842	0.1539	0.671	2.000	2.000	2.000
H10 istotność	Niska psychopatia	1.3158	0.2031	0.885	0.500	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.6228	0.0731	0.780	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.7368	0.1499	0.653	2.000	2.000	2.000
c1 obecność	Niska psychopatia	1.5789	0.1589	0.692	1.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.6491	0.0610	0.652	1.250	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.8421	0.0859	0.375	2.000	2.000	2.000
c1 istotność	Niska psychopatia	1.6842	0.1539	0.671	2.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.7105	0.0607	0.648	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	2.0000	0.0000	0.000	2.000	2.000	2.000
C2 obecność	Niska psychopatia	0.2632	0.1289	0.562	0.000	0.000	0.000
	Przeciętna psychopatia	0.2193	0.0525	0.561	0.000	0.000	0.000
	Wysoka psychopatia	0.2632	0.1289	0.562	0.000	0.000	0.000
C2 istotność	Niska psychopatia	0.3158	0.1539	0.671	0.000	0.000	0.000
	Przeciętna psychopatia	0.2281	0.0558	0.595	0.000	0.000	0.000
	Wysoka psychopatia	0.3684	0.1746	0.761	0.000	0.000	0.000
c3 obecność	Niska psychopatia	0.8947	0.1857	0.809	0.000	1.000	1.500
	Przeciętna psychopatia	0.8772	0.0770	0.822	0.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.1053	0.2008	0.875	0.000	1.000	2.000
c3 istotność	Niska psychopatia	0.8421	0.1754	0.765	0.000	1.000	1.000
	Przeciętna psychopatia	0.8246	0.0781	0.833	0.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.1579	0.2198	0.958	0.000	2.000	2.000
c4 obecność	Niska psychopatia	0.7895	0.2105	0.918	0.000	0.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	0.7193	0.0793	0.847	0.000	0.000	1.750
	Wysoka psychopatia	0.6316	0.2053	0.895	0.000	0.000	1.500
c4 istotność	Niska psychopatia	0.7895	0.2105	0.918	0.000	0.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	0.6579	0.0786	0.840	0.000	0.000	1.000
	Wysoka psychopatia	0.4737	0.1772	0.772	0.000	0.000	1.000
C5 obecność	Niska psychopatia	1.2632	0.1848	0.806	1.000	1.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.3333	0.0690	0.737	1.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.5789	0.1393	0.607	1.000	2.000	2.000
C5 istotność	Niska psychopatia	1.2105	0.1961	0.855	0.500	1.000	2.000
	Przeciętna psychopatia	1.4386	0.0716	0.765	1.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia	1.7895	0.1228	0.535	2.000	2.000	2.000



Ciąg dalszy tabeli 12A

		Psychopatia-grupy (TriPM-41)	Mean	SE	SD	Percentiles		
						25th	50th	75th
R1 obecność	Niska psychopatia		1.0526	0.1789	0.780	0.500	1.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.2018	0.0749	0.800	1.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.4211	0.1589	0.692	1.000	2.000	2.000
R1 istotność	Niska psychopatia		1.3684	0.2053	0.895	0.500	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.3860	0.0803	0.857	1.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.7368	0.1499	0.653	2.000	2.000	2.000
R2 obecność	Niska psychopatia		1.2632	0.1499	0.653	1.000	1.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.2544	0.0540	0.577	1.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.4211	0.1393	0.607	1.000	1.000	2.000
R2 istotność	Niska psychopatia		1.4737	0.1598	0.697	1.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.4123	0.0621	0.663	1.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.6316	0.1370	0.597	1.000	2.000	2.000
R3 obecność	Niska psychopatia		1.2105	0.1228	0.535	1.000	1.000	1.500
	Przeciętna psychopatia		1.1316	0.0550	0.588	1.000	1.000	1.000
	Wysoka psychopatia		1.4737	0.1404	0.612	1.000	2.000	2.000
R3 istotność	Niska psychopatia		1.3684	0.1370	0.597	1.000	1.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.3158	0.0639	0.682	1.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.5789	0.1393	0.607	1.000	2.000	2.000
R4 obecność	Niska psychopatia		1.5263	0.1404	0.612	1.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.7456	0.0463	0.494	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.8947	0.1053	0.459	2.000	2.000	2.000
R4 istotność	Niska psychopatia		1.7895	0.1228	0.535	2.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.8158	0.0424	0.452	2.000	2.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.8947	0.1053	0.459	2.000	2.000	2.000
R5 obecność	Niska psychopatia		1.2105	0.1228	0.535	1.000	1.000	1.500
	Przeciętna psychopatia		1.1754	0.0502	0.536	1.000	1.000	1.000
	Wysoka psychopatia		1.1579	0.1150	0.501	1.000	1.000	1.000
R5 istotność	Niska psychopatia		1.5263	0.1404	0.612	1.000	2.000	2.000
	Przeciętna psychopatia		1.3860	0.0578	0.617	1.000	1.000	2.000
	Wysoka psychopatia		1.3684	0.1370	0.597	1.000	1.000	2.000

Tabela 13A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii w nasileniu czynnika ryzyka R4

Pairwise comparisons – R4 obecność

		<b>W</b>	<b>p</b>
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	2.52	0.177
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	3.51	0.035
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	2.32	0.228

Tabela 14A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii w nasileniu czynnika ryzyka H2

Pairwise comparisons – H2 obecność

		<b>W</b>	<b>p</b>
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	2.35	0.220
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	3.09	0.074
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	1.81	0.406

Tabela 15A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii w nasileniu czynnika ryzyka H7 - obecność.

Pairwise comparisons – H7 obecność

		W	p
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	2.853	0.108
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	2.767	0.123
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	0.711	0.870

Tabela 16A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii w nasileniu czynnika ryzyka R3 - obecność.

Pairwise comparisons – R3 obecność

		W	p
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	-0.721	0.867
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	2.117	0.293
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	3.356	0.046

Tabela 17A. Wyniki testu korelacji Kruskala-Wallisa badającego różnice w nasileniu czynników ryzyka pomiędzy osobami charakteryzującymi się różnym (niskim, przeciętnym, wysokim) poziomem psychopatii (PPTS)

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Skala H obecność	3.3364	2	0.189	0.02210
Skala C obecność	1.1449	2	0.564	0.00758
Skala R obecność	0.1519	2	0.927	0.00101
Wynik Total obecność	0.7877	2	0.674	0.00522
H1 obecność	2.4780	2	0.290	0.01641
H1 istotność	2.1387	2	0.343	0.01416
<b>H2 obecność</b>	5.9734	2	0.050	0.03956
<b>H2 istotność</b>	6.3137	2	0.043	0.04181

Ciąg dalszy tabeli 17A

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
H3 obecność	0.7529	2	0.686	0.00499
H3 istotność	0.2024	2	0.904	0.00134
H4 obecność	2.2921	2	0.318	0.01518
H4 istotność	0.0641	2	0.968	4.25e-4
H5 obecność	0.7937	2	0.672	0.00526
H5 istotność	0.2459	2	0.884	0.00163
H6 obecność	1.1875	2	0.552	0.00786
H6 istotność	1.0840	2	0.582	0.00718
H7 obecność	0.2776	2	0.870	0.00184
H7 istotność	0.2758	2	0.871	0.00183
H8 obecność	3.6068	2	0.165	0.02389
H8 istotność	1.5069	2	0.471	0.00998
H9 obecność	0.5259	2	0.769	0.00348
H9 istotność	0.1049	2	0.949	6.95e-4
H10 obecność	3.2000	2	0.202	0.02119
H10 istotność	5.3803	2	0.068	0.03563
C1 obecność	1.9017	2	0.386	0.01259
C1 istotność	1.4478	2	0.485	0.00959
C2 obecność	1.7614	2	0.414	0.01166
C2 istotność	3.2525	2	0.197	0.02154
C3 obecność	0.6105	2	0.737	0.00404
C3 istotność	1.6764	2	0.432	0.01110
C4 obecność	0.8637	2	0.649	0.00572
C4 istotność	1.3430	2	0.511	0.00889
C5 obecność	0.9367	2	0.626	0.00620
C5 istotność	1.8418	2	0.398	0.01220
R1 obecność	1.8681	2	0.393	0.01237
R1 istotność	0.6362	2	0.728	0.00421
R2 obecność	0.1099	2	0.947	7.28e-4
R2 istotność	1.9237	2	0.382	0.01274
R3 obecność	0.7579	2	0.685	0.00502
R3 istotność	1.0820	2	0.582	0.00717
R4 obecność	4.3485	2	0.114	0.02880
R4 istotność	1.3598	2	0.507	0.00901
R5 obecność	5.1155	2	0.077	0.03388
<b>R5 istotność</b>	<b>7.4760</b>	<b>2</b>	<b>0.024</b>	<b>0.04951</b>

Tabela 18A. Statystyki opisowe – czynniki ryzyka HCR w grupach o różnym poziomie psychopatii (PPTS)

	Psychopatia-grupy (PPTS)	SE	Median	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
Skala H	Niska psychopatia	0.6399	13	3.069	11.000	13.000	14.00
	Przeciętna psychopatia	0.3513	14	3.701	12.000	14.000	17.00
	Wysoka psychopatia	0.9421	12.500	3.997	10.250	12.500	16.50
Skala C	Niska psychopatia	0.5551	4	2.662	2.000	4.000	6.00
	Przeciętna psychopatia	0.2128	5	2.242	3.000	5.000	6.00
	Wysoka psychopatia	0.6235	5.500	2.645	4.000	5.500	6.00
Skala R	Niska psychopatia	0.4905	7	2.352	5.000	7.000	8.00
	Przeciętna psychopatia	0.1886	7	1.987	5.000	7.000	8.00
	Wysoka psychopatia	0.4519	7.000	1.917	5.000	7.000	7.75
Wynik Total	Niska psychopatia	1.2620	25	6.052	21.000	25.000	27.50
	Przeciętna psychopatia	0.5669	25	5.973	21.000	25.000	30.50
	Wysoka psychopatia	1.6003	26.500	6.789	21.750	26.500	29.00
Skala H (2)	Niska psychopatia	0.7050	12	3.381	10.000	12.000	13.50
	Przeciętna psychopatia	0.3445	13	3.630	10.000	13.000	16.00
	Wysoka psychopatia	0.9421	11.000	3.997	10.000	11.000	15.75
Skala C (2)	Niska psychopatia	0.5325	5	2.554	3.000	5.000	6.50
	Przeciętna psychopatia	0.2183	5	2.300	4.000	5.000	6.00
	Wysoka psychopatia	0.6063	5.500	2.572	4.250	5.500	6.00
Skala R (2)	Niska psychopatia	0.4945	8	2.372	6.000	8.000	9.50
	Przeciętna psychopatia	0.2035	8	2.144	6.000	8.000	9.00
	Wysoka psychopatia	0.5289	7.500	2.244	6.000	7.500	9.00
Wynik Total (2)	Niska psychopatia	1.2414	25	5.953	22.000	25.000	27.00
	Przeciętna psychopatia	0.5846	27	6.159	21.000	27.000	30.50
	Wysoka psychopatia	1.7040	26.500	7.229	20.750	26.500	30.75
H1 obecność	Niska psychopatia	0.0435	2	0.209	2.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0440	2	0.464	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.0904	2.000	0.383	2.000	2.000	2.00
H1 istotność	Niska psychopatia	0.0870	2	0.417	2.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0407	2	0.429	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.0000	2.000	0.000	2.000	2.000	2.00
h2 obecność	Niska psychopatia	0.1632	0	0.783	0.000	0.000	0.00
	Przeciętna psychopatia	0.0899	0	0.947	0.000	0.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.1980	0.000	0.840	0.000	0.000	1.00

Ciąg dalszy tabeli 18A

		Percentiles					
	Psychopatia-grupy (PPTS)	SE	Median	SD	25th	50th	75th
h2 istotność	Niska psychopatia	0.1436	0	0.689	0.000	0.000	0.00
	Przeciętna psychopatia	0.0831	0	0.876	0.000	0.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2139	0.000	0.907	0.000	0.000	1.75
H3 obecność	Niska psychopatia	0.0808	2	0.388	2.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0307	2	0.323	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.0904	2.000	0.383	2.000	2.000	2.00
h3 istotność	Niska psychopatia	0.1165	2	0.559	1.500	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0501	2	0.528	1.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.1086	2.000	0.461	1.250	2.000	2.00
H4 obecność	Niska psychopatia	0.1568	1	0.752	1.000	1.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0710	2	0.748	1.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2222	2.000	0.943	0.000	2.000	2.00
H4 istotność	Niska psychopatia	0.1523	0	0.730	0.000	0.000	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.0598	0	0.630	0.000	0.000	1.00
	Wysoka psychopatia	0.1852	0.000	0.786	0.000	0.000	1.00
H5 obecność	Niska psychopatia	0.1749	2	0.839	1.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0805	2	0.848	1.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2017	2.000	0.856	2.000	2.000	2.00
H5 istotność	Niska psychopatia	0.1931	2	0.926	0.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0870	2	0.916	0.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2222	2.000	0.943	0.000	2.000	2.00
H6 obecność	Niska psychopatia	0.0000	2	0.000	2.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0268	2	0.282	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.0556	2.000	0.236	2.000	2.000	2.00
H6 istotność	Niska psychopatia	0.0000	2	0.000	2.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0282	2	0.297	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.0556	2.000	0.236	2.000	2.000	2.00
H7 obecność	Niska psychopatia	0.1849	1	0.887	0.000	1.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0827	1	0.871	0.000	1.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.1962	1.000	0.832	0.000	1.000	1.75
H7 istotność	Niska psychopatia	0.2035	1	0.976	0.000	1.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0908	1	0.957	0.000	1.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2271	1.500	0.963	0.000	1.500	2.00
H8 obecność	Niska psychopatia	0.1643	2	0.788	1.500	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0793	2	0.835	1.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2122	1.000	0.900	0.000	1.000	2.00

Ciąg dalszy tabeli 18A

	Psychopatia-grupy (PPTS)	SE	Median	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
H9 obecność	Niska psychopatia	0.1773	1	0.850	0.000	1.000	1.50
	Przeciętna psychopatia	0.0873	1	0.920	0.000	1.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2070	0.500	0.878	0.000	0.500	1.75
H9 istotność	Niska psychopatia	0.2130	2	1.022	0.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0936	1	0.986	0.000	1.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2353	0.500	0.998	0.000	0.500	2.00
H10 obecność	Niska psychopatia	0.1949	2	0.935	0.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0685	2	0.722	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2017	2.000	0.856	1.000	2.000	2.00
H10 istotność	Niska psychopatia	0.1931	2	0.926	0.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0691	2	0.728	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2021	2.000	0.857	1.250	2.000	2.00
c1 obecność	Niska psychopatia	0.1369	2	0.656	1.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0549	2	0.578	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2017	2.000	0.856	1.000	2.000	2.00
c1 istotność	Niska psychopatia	0.1324	2	0.635	2.000	2.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0534	2	0.563	2.000	2.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2017	2.000	0.856	2.000	2.000	2.00
C2 obecność	Niska psychopatia	0.0954	0	0.458	0.000	0.000	0.00
	Przeciętna psychopatia	0.0554	0	0.583	0.000	0.000	0.00
	Wysoka psychopatia	0.1213	0.000	0.514	0.000	0.000	0.00
C2 istotność	Niska psychopatia	0.0870	0	0.417	0.000	0.000	0.00
	Przeciętna psychopatia	0.0637	0	0.671	0.000	0.000	0.00
	Wysoka psychopatia	0.1213	0.000	0.514	0.000	0.000	0.00
c3 obecność	Niska psychopatia	0.1658	1	0.795	0.000	1.000	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.0796	1	0.839	0.000	1.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.1891	1.000	0.802	0.000	1.000	1.75
c3 istotność	Niska psychopatia	0.1658	1	0.795	0.000	1.000	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.0801	1	0.844	0.000	1.000	2.00
	Wysoka psychopatia	0.2122	1.000	0.900	0.000	1.000	2.00
c4 obecność	Niska psychopatia	0.1882	0	0.902	0.000	0.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0791	0	0.833	0.000	0.000	1.00
	Wysoka psychopatia	0.2271	0.500	0.963	0.000	0.500	2.00
c4 istotność	Niska psychopatia	0.1882	0	0.902	0.000	0.000	2.00
	Przeciętna psychopatia	0.0781	0	0.823	0.000	0.000	1.00
	Wysoka psychopatia	0.2070	0.500	0.878	0.000	0.500	1.75

Ciąg dalszy tabeli 18A

		Psychopatia-grupy (PPTS)	SE	Median	SD	Percentiles		
						25th	50th	75th
C5 obecność	Niska psychopatia	0.1773	1	0.850	0.500	1.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0664	1	0.700	1.000	1.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1847	2.000	0.784	1.000	2.000	2.00	
C5 istotność	Niska psychopatia	0.1802	2	0.864	0.500	2.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0699	2	0.737	1.000	2.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1847	2.000	0.784	1.250	2.000	2.00	
R1 obecność	Niska psychopatia	0.1719	1	0.825	0.000	1.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0743	1	0.783	1.000	1.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1788	1.000	0.758	1.000	1.000	2.00	
R1 istotność	Niska psychopatia	0.1931	2	0.926	0.000	2.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0787	2	0.829	1.000	2.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.2003	2.000	0.850	1.000	2.000	2.00	
R2 obecność	Niska psychopatia	0.1324	1	0.635	1.000	1.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0572	1	0.602	1.000	1.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1086	1.000	0.461	1.000	1.000	1.75	
R2 istotność	Niska psychopatia	0.1381	2	0.662	1.000	2.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0636	2	0.670	1.000	2.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1400	1.000	0.594	1.000	1.000	2.00	
R3 obecność	Niska psychopatia	0.1568	1	0.752	1.000	1.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0541	1	0.570	1.000	1.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1213	1.000	0.514	1.000	1.000	1.00	
R3 istotność	Niska psychopatia	0.1568	1	0.752	1.000	1.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0629	1	0.663	1.000	1.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1354	1.000	0.575	1.000	1.000	2.00	
R4 obecność	Niska psychopatia	0.1387	2	0.665	1.000	2.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0432	2	0.455	2.000	2.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1354	2.000	0.575	2.000	2.000	2.00	
R4 istotność	Niska psychopatia	0.1324	2	0.635	2.000	2.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0388	2	0.409	2.000	2.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1213	2.000	0.514	2.000	2.000	2.00	
R5 obecność	Niska psychopatia	0.1216	1	0.583	1.000	1.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0498	1	0.524	1.000	1.000	1.00	
	Wysoka psychopatia	0.1008	1.000	0.428	1.000	1.000	1.00	
R5 istotność	Niska psychopatia	0.1165	2	0.559	1.500	2.000	2.00	
	Przeciętna psychopatia	0.0591	1	0.623	1.000	1.000	2.00	
	Wysoka psychopatia	0.1205	1.000	0.511	1.000	1.000	2.00	



Tabela 19A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii (PPTS) w nasileniu czynnika ryzyka H2

Pairwise comparisons – H2 obecność

		<b>W</b>	<b>p</b>
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	3.34	0.047
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	1.86	0.388
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	-1.25	0.652

Tabela 20A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii (PPTS) w nasileniu czynnika ryzyka R5

Pairwise comparisons – R5 obecność

		<b>W</b>	<b>p</b>
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	-3.106	0.072
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	-1.636	0.479
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	0.955	0.778

Tabela 21A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu SSPP a wynikami HCR-20<sup>V3</sup>

		SSPP PROMOCJA	SSPP promocja standardy	SSPP promocja kontrola	SSPP PREWENCJA	SSPP prewencja standardy	SSPP prewencja kontrola	SSPP SIŁA MOTYWACJI
H1 obecność	$\tau_b$	-0.010	-0.026	-0.025	-0.013	-0.015	0.010	-0.038
	p	0.879	0.701	0.719	0.849	0.828	0.887	0.575
H1 istotność	$\tau_b$	0.015	0.000	-0.007	-0.061	-0.087	-0.037	-0.042
	p	0.820	0.994	0.915	0.368	0.212	0.590	0.538
H2 obecność	$\tau_b$	-0.011	-0.026	0.015	0.032	0.118	0.010	0.013
	p	0.862	0.698	0.826	0.627	0.082	0.881	0.842
H2 istotność	$\tau_b$	0.009	0.023	-0.014	0.006	0.071	-0.012	-0.017
	p	0.894	0.727	0.839	0.924	0.294	0.858	0.793
H3 obecność	$\tau_b$	-0.171 *	-0.138 *	-0.104	-0.044	-0.065	-0.014	-0.040
	p	0.012	0.046	0.137	0.521	0.355	0.840	0.560
H3 istotność	$\tau_b$	-0.191 **	-0.179 **	-0.159 *	-0.140 *	-0.006	-0.162 *	-0.187 **
	p	0.005	0.009	0.021	0.038	0.927	0.018	0.006
H4 obecność	$\tau_b$	-0.196 **	-0.146 *	-0.106	-0.139 *	-0.031	-0.138 *	-0.095
	p	0.003	0.027	0.113	0.033	0.650	0.036	0.145
H4 istotność	$\tau_b$	-0.030	-0.045	-0.001	0.013	-0.012	0.000	0.037
	p	0.648	0.498	0.994	0.839	0.860	0.999	0.576
H5 obecność	$\tau_b$	-0.168 *	-0.173 **	-0.115	-0.006	0.087	-0.039	-0.090
	p	0.011	0.010	0.090	0.922	0.202	0.560	0.175
H5 istotność	$\tau_b$	-0.144 *	-0.149 *	-0.112	-0.045	0.027	-0.051	-0.098
	p	0.030	0.027	0.098	0.493	0.690	0.451	0.140
H6 obecność	$\tau_b$	-0.002	-0.045	0.039	-0.040	0.027	-0.054	-0.030
	p	0.977	0.517	0.578	0.556	0.697	0.436	0.657

Ciąg dalszy tabeli 21A

		SSPP PROMOCJA	SSPP promocja standardy	SSPP promocja kontrola	SSPP PREWENCJA	SSPP prewencja standardy	SSPP prewencja kontrola	SSPP SIŁA MOTYWACJI
H6 istotność	$\tau_b$	0.075	0.030	0.083	-0.072	-0.020	-0.095	0.017
	p	0.273	0.667	0.232	0.289	0.774	0.165	0.808
H7 obecność	$\tau_b$	0.030	0.021	0.059	-0.098	-0.097	-0.076	0.022
	p	0.637	0.746	0.369	0.129	0.143	0.244	0.735
H7 istotność	$\tau_b$	-0.015	-0.000	0.045	-0.097	-0.070	-0.078	0.014
	p	0.815	0.997	0.509	0.140	0.304	0.243	0.833
H8 obecność	$\tau_b$	-0.122	-0.129	-0.103	-0.089	-0.047	-0.106	-0.049
	p	0.060	0.050	0.121	0.171	0.480	0.108	0.458
H8 istotność	$\tau_b$	-0.137 *	-0.150 *	-0.118	-0.117	-0.072	-0.114	-0.061
	p	0.036	0.024	0.079	0.073	0.287	0.084	0.353
H9 obecność	$\tau_b$	-0.054	0.007	-0.060	-0.129 *	-0.074	-0.097	-0.056
	p	0.403	0.911	0.368	0.047	0.269	0.138	0.393
H9 istotność	$\tau_b$	-0.063	0.008	-0.071	-0.109	-0.050	-0.079	-0.064
	p	0.348	0.901	0.304	0.105	0.469	0.242	0.347
H10 obecność	$\tau_b$	-0.055	-0.112	-0.030	-0.065	-0.062	-0.039	-0.021
	p	0.412	0.098	0.665	0.332	0.371	0.567	0.749
H10 istotność	$\tau_b$	-0.051	-0.077	-0.085	-0.075	-0.069	-0.049	-0.069
	p	0.450	0.258	0.216	0.268	0.323	0.471	0.309
C1 obecność	$\tau_b$	0.116	0.093	0.035	0.009	0.046	-0.020	0.011
	p	0.081	0.167	0.603	0.898	0.504	0.767	0.871
C1 istotność	$\tau_b$	0.107	0.104	0.072	-0.038	0.004	-0.038	0.038
	p	0.110	0.125	0.292	0.572	0.956	0.576	0.570
C2 obecność	$\tau_b$	0.017	0.072	-0.108	-0.098	-0.067	-0.068	-0.080
	p	0.800	0.286	0.116	0.144	0.332	0.312	0.232
C2 istotność	$\tau_b$	0.010	0.070	-0.111	-0.070	-0.034	-0.044	-0.101
	p	0.878	0.300	0.105	0.298	0.622	0.519	0.133
C3 obecność	$\tau_b$	-0.004	-0.031	0.043	-0.018	0.194 **	-0.142 *	-0.039
	p	0.957	0.638	0.511	0.782	0.003	0.029	0.547
C3 istotność	$\tau_b$	0.024	-0.020	0.052	-0.019	0.178 **	-0.121	-0.026
	p	0.715	0.762	0.430	0.773	0.007	0.062	0.693
C4 obecność	$\tau_b$	0.053	0.033	0.078	-0.052	-0.058	0.011	0.026
	p	0.418	0.612	0.244	0.426	0.387	0.873	0.687

Ciąg dalszy tabeli 21A

		SSPP PROMOCJA	SSPP promocja standardy	SSPP promocja kontrola	SSPP PREWENCJA	SSPP prewencja standardy	SSPP prewencja kontrola	SSPP SIŁA MOTYWACJI
C4 istotność	$\tau_b$	0.061	0.055	0.073	-0.055	-0.068	0.005	0.023
	p	0.351	0.403	0.273	0.403	0.311	0.934	0.721
C5 obecność	$\tau_b$	0.012	0.006	0.031	0.017	0.062	-0.009	0.024
	p	0.854	0.928	0.643	0.789	0.356	0.888	0.709
C5 istotność	$\tau_b$	-0.002	0.002	-0.008	-0.086	0.022	-0.119	-0.010
	p	0.973	0.973	0.908	0.189	0.745	0.071	0.878
R1 obecność	$\tau_b$	-0.058	-0.059	-0.059	-0.015	0.083	-0.055	-0.060
	p	0.370	0.368	0.377	0.821	0.216	0.398	0.359
R1 istotność	$\tau_b$	-0.054	-0.071	-0.013	0.041	0.072	0.002	0.000
	p	0.410	0.284	0.842	0.534	0.292	0.979	0.997
R2 obecność	$\tau_b$	-0.139 *	-0.136 *	-0.153 *	-0.129	-0.091	-0.106	-0.103
	p	0.037	0.043	0.025	0.052	0.183	0.113	0.123
R2 istotność	$\tau_b$	-0.099	-0.153 *	-0.070	-0.132 *	-0.059	-0.133 *	-0.062
	p	0.134	0.022	0.301	0.045	0.386	0.047	0.348
R3 obecność	$\tau_b$	-0.055	-0.017	-0.050	-0.003	0.009	0.021	-0.102
	p	0.401	0.804	0.457	0.959	0.899	0.757	0.124
R3 istotność	$\tau_b$	-0.126	-0.147 *	-0.084	-0.095	-0.013	-0.099	-0.173 **
	p	0.055	0.028	0.213	0.150	0.853	0.134	0.009
R4 obecność	$\tau_b$	-0.031	-0.033	0.015	-0.099	0.034	-0.112	-0.041
	p	0.647	0.627	0.826	0.141	0.622	0.100	0.546
R4 istotność	$\tau_b$	-0.051	-0.072	-0.005	0.030	0.099	0.003	-0.037
	p	0.452	0.294	0.939	0.656	0.155	0.967	0.584
R5 obecność	$\tau_b$	-0.126	-0.123	-0.123	-0.132 *	-0.146 *	-0.089	-0.041
	p	0.058	0.069	0.070	0.047	0.033	0.184	0.536
R5 istotność	$\tau_b$	-0.117	-0.083	-0.119	-0.088	-0.106	-0.038	-0.016
	p	0.079	0.219	0.080	0.185	0.124	0.572	0.810

Tabela 22A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu UPPS-P a wynikami HCR

		UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	UPPS-P Poszukiwanie doznań (PD)	UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)
H1 obecność	$\tau_b$	0.083	0.110	0.052	0.003	0.047
	p	0.219	0.110	0.442	0.961	0.485
H1 istotność	$\tau_b$	0.057	0.115	0.073	-0.009	0.017
	p	0.397	0.096	0.279	0.898	0.798
h2 obecność	$\tau_b$	0.122	0.075	0.017	0.109	0.102
	p	0.064	0.262	0.801	0.096	0.119
h2 istotność	$\tau_b$	0.138 *	0.102	0.068	0.123	0.093
	p	0.035	0.127	0.301	0.060	0.155
H3 obecność	$\tau_b$	0.108	0.034	- 0.009	0.032	0.028
	p	0.112	0.628	0.898	0.641	0.674
h3 istotność	$\tau_b$	0.094	0.122	0.186 **	-0.074	0.042
	p	0.162	0.074	0.006	0.268	0.533
H4 obecność	$\tau_b$	0.189 **	0.143 *	0.148 *	-0.040	0.145 *
	p	0.004	0.031	0.024	0.535	0.025
H4 istotność	$\tau_b$	-0.105	0.005	- 0.029	0.017	-0.043
	p	0.110	0.937	0.656	0.802	0.509
H5 obecność	$\tau_b$	0.121	0.118	0.104	0.055	0.100
	p	0.065	0.079	0.117	0.401	0.128
H5 istotność	$\tau_b$	0.159 *	0.120	0.138 *	0.094	0.143 *
	p	0.016	0.076	0.039	0.157	0.030
H6 obecność	$\tau_b$	0.114	0.096	0.025	0.067	0.003
	p	0.092	0.163	0.712	0.324	0.968
H6 istotność	$\tau_b$	0.077	0.061	- 0.008	0.085	0.076
	p	0.257	0.380	0.901	0.211	0.262
H7 obecność	$\tau_b$	0.234 ***	0.176 **	0.108	0.067	0.159 *
	p	< .001	0.007	0.096	0.297	0.013
H7 istotność	$\tau_b$	0.253 ***	0.182 **	0.102	0.071	0.165 *
	p	< .001	0.007	0.125	0.278	0.012

Ciąg dalszy tabeli 22A

		UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	UPPS-P Poszukiwanie doznań (PD)	UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)
H8 obecność	$\tau_b$	0.090	0.088	0.068	-0.180 **	-0.035
	p	0.163	0.186	0.301	0.006	0.583
H8 istotność	$\tau_b$	0.106	0.060	0.047	-0.159 *	-0.048
	p	0.104	0.365	0.473	0.015	0.463
H9 obecność	$\tau_b$	0.169 **	0.199 **	0.138 *	-0.054	0.083
	p	0.009	0.003	0.034	0.407	0.198
H9 istotność	$\tau_b$	0.186 **	0.204 **	0.124	-0.042	0.072
	p	0.006	0.003	0.067	0.530	0.279
H10 obecność	$\tau_b$	0.079	0.100	0.059	-0.037	0.059
	p	0.231	0.141	0.378	0.582	0.376
H10 istotność	$\tau_b$	0.140 *	0.164 *	0.068	-0.058	0.111
	p	0.036	0.016	0.314	0.386	0.096
c1 obecność	$\tau_b$	0.164 *	0.136 *	0.069	0.188 **	0.212 **
	p	0.013	0.044	0.300	0.005	0.001
c1 istotność	$\tau_b$	0.097	0.047	0.083	0.152 *	0.139 *
	p	0.144	0.489	0.218	0.022	0.036
C2 obecność	$\tau_b$	-0.015	0.149 *	0.095	0.020	0.024
	p	0.825	0.029	0.158	0.770	0.719
C2 istotność	$\tau_b$	-0.007	0.142 *	0.071	0.033	0.034
	p	0.918	0.037	0.293	0.618	0.605
C3 obecność	$\tau_b$	0.165 *	0.132 *	0.004	0.073	0.161 *
	p	0.010	0.043	0.957	0.255	0.012
C3 istotność	$\tau_b$	0.157 *	0.140 *	0.014	0.041	0.131 *
	p	0.015	0.033	0.827	0.523	0.040
C4 obecność	$\tau_b$	0.189 **	0.186 **	0.156 *	0.052	0.127 *
	p	0.003	0.005	0.017	0.419	0.048
C4 istotność	$\tau_b$	0.195 **	0.186 **	0.162 *	0.045	0.139 *
	p	0.003	0.005	0.013	0.486	0.031

Ciąg dalszy tabeli 22A

		UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	UPPS-P Poszukiwanie doznań (PD)	UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)
C5 obecność	$\tau_b$	0.216 ***	0.151 *	0.023	0.107	0.249 ***
	p	< .001	0.023	0.721	0.100	< .001
C5 istotność	$\tau_b$	0.294 ***	0.232 ***	0.098	0.101	0.301 ***
	p	< .001	< .001	0.135	0.120	< .001
R1 obecność	$\tau_b$	0.208 **	0.245 ***	0.131 *	0.105	0.235 ***
	p	0.001	< .001	0.044	0.103	< .001
R1 istotność	$\tau_b$	0.122	0.135 *	0.059	0.110	0.135 *
	p	0.064	0.043	0.375	0.094	0.039
R2 obecność	$\tau_b$	0.092	0.191 **	0.125	-0.053	0.054
	p	0.162	0.005	0.060	0.422	0.416
R2 istotność	$\tau_b$	0.042	0.212 **	0.105	0.049	0.071
	p	0.519	0.002	0.113	0.456	0.281
R3 obecność	$\tau_b$	0.108	0.132 *	0.021	0.021	0.091
	p	0.099	0.050	0.751	0.745	0.162
R3 istotność	$\tau_b$	0.062	0.129	0.041	-0.036	0.077
	p	0.343	0.055	0.535	0.582	0.241
R4 obecność	$\tau_b$	0.284 ***	0.190 **	0.076	0.146 *	0.238 ***
	p	< .001	0.006	0.258	0.030	< .001
R4 istotność	$\tau_b$	0.230 ***	0.141 *	0.073	0.063	0.170 *
	p	< .001	0.040	0.283	0.345	0.011
R5 obecność	$\tau_b$	0.091	0.150 *	0.129	-0.083	0.078
	p	0.172	0.027	0.053	0.209	0.235
R5 istotność	$\tau_b$	0.040	0.072	0.084	-0.114	-0.023
	p	0.547	0.286	0.209	0.086	0.722

Tabela 23A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu TriPM a wynikami SAPROF

		TriPM zuchwałość	TriPM rozhamowanie	TriPM bezdusznosc	TriPM Psychopatia
1.wynik	$\tau_b$	0.150 *	-0.223 ***	-0.158 *	-0.126
	p	0.023	< .001	0.018	0.054
2.wynik	$\tau_b$	-0.005	-0.032	0.007	-0.021
	p	0.942	0.619	0.911	0.744
3.wynik	$\tau_b$	-0.051	-0.042	-0.097	-0.084
	p	0.433	0.525	0.145	0.195
4.wynik	$\tau_b$	0.143 *	0.005	-0.083	0.038
	p	0.032	0.936	0.217	0.568
5.wynik	$\tau_b$	0.070	-0.236 ***	-0.067	-0.032
	p	0.278	< .001	0.301	0.614
6.wynik	$\tau_b$	-0.005	-0.023	-0.052	-0.012
	p	0.937	0.735	0.447	0.860
7.wynik	$\tau_b$	0.008	-0.039	-0.052	0.020
	p	0.897	0.546	0.434	0.755
8.wynik	$\tau_b$	0.066	-0.162 *	-0.022	-0.021
	p	0.307	0.012	0.741	0.740
9.wynik	$\tau_b$	0.057	-0.082	-0.155 *	-0.114
	p	0.388	0.213	0.020	0.081
10.wynik	$\tau_b$	0.089	-0.241 ***	-0.176 **	-0.103
	p	0.172	< .001	0.008	0.110
11.wynik	$\tau_b$	0.002	-0.118	-0.109	-0.078
	p	0.973	0.074	0.105	0.234
12.wynik	$\tau_b$	-0.041	-0.106	-0.071	-0.144 *
	p	0.529	0.101	0.280	0.024
13.wynik	$\tau_b$	0.015	0.055	-0.089	-0.086
	p	0.821	0.407	0.188	0.192
14.wynik	$\tau_b$	0.088	0.138 *	0.047	0.099
	p	0.193	0.041	0.489	0.137
15.wynik	$\tau_b$	-0.003	-0.114	-0.052	-0.089
	p	0.962	0.087	0.443	0.179
16.wynik	$\tau_b$	-0.000	-0.038	-0.100	-0.070
	p	0.999	0.562	0.136	0.288
17.wynik	$\tau_b$	0.110	-0.143 *	-0.144 *	-0.072
	p	0.102	0.034	0.035	0.279

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



Tabela 24A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu PPTS a wynikami SAPROF

		PPTS Egocentryzm	PPTS Manipulacja Interpersonalna	PPTS Wrażliwość Poznawcza	PPTS Wrażliwość Afektywna	PPTS OGÓLNY
1.wynik	$\tau_b$	-0.069	-0.068	-0.017	-0.167 *	-0.136 *
	p	0.310	0.318	0.798	0.016	0.040
2.wynik	$\tau_b$	-0.027	0.058	0.151 *	-0.025	0.058
	p	0.689	0.389	0.023	0.712	0.371
3.wynik	$\tau_b$	0.017	0.082	0.040	-0.050	0.040
	p	0.804	0.231	0.561	0.463	0.542
4.wynik	$\tau_b$	0.045	0.155 *	-0.015	-0.022	0.089
	p	0.515	0.025	0.832	0.757	0.183
5.wynik	$\tau_b$	-0.092	0.051	-0.040	-0.063	-0.064
	p	0.166	0.441	0.552	0.353	0.322
6.wynik	$\tau_b$	0.057	0.180 *	-0.039	0.053	0.099
	p	0.418	0.010	0.579	0.454	0.148
7.wynik	$\tau_b$	-0.033	0.028	0.045	-0.013	0.006
	p	0.627	0.685	0.503	0.855	0.927
8.wynik	$\tau_b$	0.186 **	0.008	-0.024	0.030	0.058
	p	0.006	0.909	0.716	0.660	0.372
9.wynik	$\tau_b$	-0.117	-0.057	0.020	-0.118	-0.119
	p	0.087	0.402	0.769	0.086	0.072
10.wynik	$\tau_b$	-0.122	0.034	-0.058	-0.144 *	-0.122
	p	0.070	0.609	0.389	0.034	0.063
11.wynik	$\tau_b$	0.014	0.022	0.079	-0.054	0.013
	p	0.838	0.749	0.251	0.433	0.844
12.wynik	$\tau_b$	-0.001	-0.006	0.039	-0.078	-0.016
	p	0.990	0.927	0.560	0.248	0.809
13.wynik	$\tau_b$	-0.047	0.026	-0.007	0.015	0.029
	p	0.493	0.710	0.917	0.831	0.664
14.wynik	$\tau_b$	0.039	0.101	-0.077	-0.050	-0.006
	p	0.582	0.150	0.270	0.482	0.926
15.wynik	$\tau_b$	-0.061	-0.037	0.027	0.010	-0.026
	p	0.378	0.597	0.691	0.891	0.698
16.wynik	$\tau_b$	-0.035	0.055	0.044	-0.011	0.052
	p	0.615	0.421	0.521	0.876	0.434
17.wynik	$\tau_b$	-0.018	-0.028	-0.090	-0.152 *	-0.086
	p	0.802	0.686	0.201	0.032	0.205

Tabela 25A. Wyniki testu Kruskala-Wallisa badającego różnice w nasileniu czynników ochrony pomiędzy osobami charakteryzującymi się różnym (niskim, przeciętnym, wysokim) poziomem psychopatii (TriPM)

Kruskal-Wallis				
	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
SAPROF - Wewnętrzne	1.1255	2	0.570	0.00745
SAPROF - Motywacja	1.6749	2	0.433	0.01109
SAPROF - Zewnętrzne	4.7107	2	0.095	0.03120
SAPROF - Wynik całkowity	2.9082	2	0.234	0.01926
1.wynik	3.1387	2	0.208	0.02079
2.wynik	0.5706	2	0.752	0.00378
3.wynik	1.2599	2	0.533	0.00834
4.wynik	0.8913	2	0.640	0.00590
5.wynik	0.2470	2	0.884	0.00164
6.wynik	0.0529	2	0.974	3.53e-4
7.wynik	2.2415	2	0.326	0.01484
8.wynik	0.5120	2	0.774	0.00339
9.wynik	0.3867	2	0.824	0.00258
10.wynik	0.6003	2	0.741	0.00398
11.wynik	2.3751	2	0.305	0.01583
12.wynik	3.8145	2	0.148	0.02526
13.wynik	4.8333	2	0.089	0.03222
14.wynik	1.8396	2	0.399	0.01218
15.wynik	2.9429	2	0.230	0.01949
16.wynik	1.7554	2	0.416	0.01163

Tabela 26A. Statystyki opisowe – czynniki ochrony w grupach o różnym poziomie psychopatii (TriPM)

	Psychopatia- grupy (TriPM-41)	Mean	Median	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
SAPROF - Wewnętrzne	Niska psychopatia	3.7368	4	1.695	2.500	4.00	5.00
	Przeciętna psychopatia	4.0614	4.00	1.892	3.000	4.00	5.00
	Wysoka psychopatia	3.6316	3	2.060	2.000	3.00	5.00
SAPROF - Motywacja	Niska psychopatia	4.8421	5	3.321	2.000	5.00	7.00
	Przeciętna psychopatia	5.0263	5.00	2.898	3.000	5.00	7.00
	Wysoka psychopatia	4.1053	4	2.580	2.500	4.00	5.00
SAPROF - Zewnętrzne	Niska psychopatia	3.3684	4	1.165	3.000	4.00	4.00
	Przeciętna psychopatia	3.1316	3.00	1.514	2.000	3.00	4.00
	Wysoka psychopatia	2.5263	2	1.307	2.000	2.00	3.00
SAPROF - Wynik całk.	Niska psychopatia	11.9474	11	4.961	9.000	11.00	15.50
	Przeciętna psychopatia	12.2193	12.00	4.954	9.000	12.00	15.00
	Wysoka psychopatia	10.2632	10	5.086	6.000	10.00	12.50
1.wynik	Niska psychopatia	0.7368	1	0.562	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.8596	1.00	0.563	1.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.6316	1	0.597	0.000	1.00	1.00
2.wynik	Niska psychopatia	0.8947	1	0.459	1.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.9737	1.00	0.770	0.000	1.00	2.00
	Wysoka psychopatia	0.8421	1	0.688	0.000	1.00	1.00
3.wynik	Niska psychopatia	0.4737	0	0.697	0.000	0.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.4561	0.00	0.667	0.000	0.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.3158	0	0.671	0.000	0.00	0.00
4.wynik	Niska psychopatia	0.6316	1	0.597	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.7456	1.00	0.512	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.7368	1	0.653	0.000	1.00	1.00

Ciąg dalszy tabeli 26A

	Psychopatia- grupy (TriPM-41)	Mean	Median	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
5.wynik	Niska psychopatia	1.0000	1	0.745	0.500	1.00	1.50
	Przeciętna psychopatia	1.0263	1.00	0.710	1.000	1.00	2.00
	Wysoka psychopatia	1.1053	1	0.737	1.000	1.00	2.00
6.wynik	Niska psychopatia	0.0526	0	0.229	0.000	0.00	0.00
	Przeciętna psychopatia	0.0796	0	0.331	0.000	0.00	0.00
	Wysoka psychopatia	0.0526	0	0.229	0.000	0.00	0.00
7.wynik	Niska psychopatia	0.5263	0	0.697	0.000	0.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.7193	1.00	0.645	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.5789	1	0.607	0.000	1.00	1.00
8.wynik	Niska psychopatia	0.6842	1	0.671	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.6930	1.00	0.754	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.5789	0	0.769	0.000	0.00	1.00
9.wynik	Niska psychopatia	0.6842	1	0.749	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.6195	1	0.659	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.5263	0	0.612	0.000	0.00	1.00
10.wynik	Niska psychopatia	1.0526	1	0.780	0.500	1.00	2.00
	Przeciętna psychopatia	1.1930	1.00	0.664	1.000	1.00	2.00
	Wysoka psychopatia	1.1579	1	0.602	1.000	1.00	1.50
11.wynik	Niska psychopatia	0.7368	1	0.733	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.6018	1	0.606	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.4211	0	0.607	0.000	0.00	1.00
12.wynik	Niska psychopatia	1.1053	1	0.737	1.000	1.00	2.00
	Przeciętna psychopatia	1.1316	1.00	0.685	1.000	1.00	2.00
	Wysoka psychopatia	0.7895	1	0.713	0.000	1.00	1.00

Ciąg dalszy tabeli 26A

	Psychopatia- grupy (TriPM-41)	Mean	Median	SD	Percentiles		
					25th	50th	75th
13.wynik	Niska psychopatia	0.7895	1	0.419	1.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.7807	1.00	0.545	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.5000	0.00	0.618	0.000	0.00	1.00
14.wynik	Niska psychopatia	0.0526	0	0.229	0.000	0.00	0.00
	Przeciętna psychopatia	0.0526	0.00	0.293	0.000	0.00	0.00
	Wysoka psychopatia	0.1579	0	0.501	0.000	0.00	0.00
15.wynik	Niska psychopatia	1.0526	1	0.229	1.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.8772	1.00	0.482	1.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.8421	1	0.375	1.000	1.00	1.00
16.wynik	Niska psychopatia	0.6842	1	0.582	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.6491	1.00	0.609	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.4737	0	0.612	0.000	0.00	1.00
17.wynik	Niska psychopatia	0.7895	1	0.419	1.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia	0.7719	1.00	0.462	1.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia	0.5789	1	0.507	0.000	1.00	1.00

Tabela 27A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii w nasileniu ogólnego wyniku SAPROF – zewnętrzne czynniki ochrony

		W	p
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	-1.01	0.757
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	-3.29	0.052
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	-2.58	0.161

Tabela 28A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii w nasileniu 13 czynnika kwestionariusza SAPROF – sieć społeczna

		<b>W</b>	<b>p</b>
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	-0.261	0.981
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	-2.579	0.162
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	-2.957	0.092

Tabela 29A. Wyniki testu Kruskala-Wallisa badającego różnice w nasileniu czynników ochrony pomiędzy osobami charakteryzującymi się różnym (niskim, przeciętnym, wysokim) poziomem psychopatii (PPTS)

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
SAPROF - Wewnętrzne	1.1620	2	0.559	0.00770
SAPROF - Motywacja	1.1937	2	0.551	0.00791
SAPROF - Zewnętrzne	1.3101	2	0.519	0.00868
SAPROF - Wynik całk.	1.4305	2	0.489	0.00947
1.wynik	1.8503	2	0.396	0.01225
2.wynik	0.5142	2	0.773	0.00341
3.wynik	0.0681	2	0.967	4.51e-4
4.wynik	2.0125	2	0.366	0.01333
5.wynik	5.3796	2	0.068	0.03563
6.wynik	0.1565	2	0.925	0.00104
7.wynik	0.3304	2	0.848	0.00219
8.wynik	3.3568	2	0.187	0.02223
9.wynik	2.6684	2	0.263	0.01779
10.wynik	2.6928	2	0.260	0.01783
11.wynik	0.3217	2	0.851	0.00214
12.wynik	0.8721	2	0.647	0.00578
13.wynik	0.0112	2	0.994	7.49e-5
14.wynik	1.1564	2	0.561	0.00766
15.wynik	3.3344	2	0.189	0.02208
16.wynik	0.0847	2	0.959	5.61e-4
17.wynik	3.9770	2	0.137	0.02634

Tabela 30A. Statystyki opisowe – czynniki ochrony w grupach o różnym poziomie psychopatii (PPTS)

		Psychopatia-grupy (PPTS)	Mean	Median	SD	Percentiles		
						25th	50th	75th
SAPROF - Wewnętrzne	Niska psychopatia		4.2609	4	2.072	3.000	4.00	6.00
	Przeciętna psychopatia		3.8649	4	1.817	3.000	4.00	5.00
	Wysoka psychopatia		4.2222	4.00	2.102	2.250	4.00	5.75
SAPROF - Motywacja	Niska psychopatia		5.4783	5	3.028	4.000	5.00	7.00
	Przeciętna psychopatia		4.7477	4	2.840	2.000	4.00	7.00
	Wysoka psychopatia		5.0000	3.50	3.272	3.000	3.50	6.75
SAPROF - Zewnętrzne	Niska psychopatia		3.3913	3	1.469	2.000	3.00	5.00
	Przeciętna psychopatia		3.0450	3	1.528	2.000	3.00	4.00
	Wysoka psychopatia		2.9444	3.00	0.938	2.250	3.00	3.00
SAPROF - Wynik całk.	Niska psychopatia		13.1304	12	4.902	10.500	12.00	18.00
	Przeciętna psychopatia		11.6577	11	4.902	8.000	11.00	14.50
	Wysoka psychopatia		12.1667	11.00	5.586	8.250	11.00	15.25
1.wynik	Niska psychopatia		0.9565	1	0.562	1.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.8018	1	0.585	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.7222	1.00	0.461	0.250	1.00	1.00
2.wynik	Niska psychopatia		0.9565	1	0.825	0.000	1.00	2.00
	Przeciętna psychopatia		0.9279	1	0.723	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		1.0556	1.00	0.639	1.000	1.00	1.00
3.wynik	Niska psychopatia		0.4348	0	0.662	0.000	0.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.4414	0	0.683	0.000	0.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.4444	0.00	0.616	0.000	0.00	1.00
4.wynik	Niska psychopatia		0.6087	1	0.583	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.7387	1	0.534	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.8333	1.00	0.514	1.000	1.00	1.00
5.wynik	Niska psychopatia		1.3043	1	0.765	1.000	1.00	2.00
	Przeciętna psychopatia		0.9550	1	0.693	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		1.1667	1.00	0.707	1.000	1.00	2.00
6.wynik	Niska psychopatia		0.0435	0	0.209	0.000	0.00	0.00
	Przeciętna psychopatia		0.0818	0.00	0.335	0.000	0.00	0.00
	Wysoka psychopatia		0.0556	0.00	0.236	0.000	0.00	0.00

Ciąg dalszy tabeli 30A

		Psychopatia-grupy (PPTS)	Mean	Median	SD	Percentiles		
						25th	50th	75th
7.wynik	Niska psychopatia		0.7826	1	0.795	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.6577	1	0.625	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.6667	1.00	0.594	0.000	1.00	1.00
8.wynik	Niska psychopatia		0.6522	0	0.775	0.000	0.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.6306	0	0.713	0.000	0.00	1.00
	Wysoka psychopatia		1.0000	1.00	0.840	0.000	1.00	2.00
9.wynik	Niska psychopatia		0.8182	1.00	0.733	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.5946	1	0.638	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.5000	0.00	0.707	0.000	0.00	1.00
10.wynik	Niska psychopatia		1.3478	2	0.775	1.000	2.00	2.00
	Przeciętna psychopatia		1.1532	1	0.649	1.000	1.00	2.00
	Wysoka psychopatia		1.0556	1.00	0.639	1.000	1.00	1.00
11.wynik	Niska psychopatia		0.6522	1	0.714	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.5727	1.00	0.598	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.6667	1.00	0.686	0.000	1.00	1.00
12.wynik	Niska psychopatia		1.2174	1	0.600	1.000	1.00	2.00
	Przeciętna psychopatia		1.0631	1	0.717	1.000	1.00	2.00
	Wysoka psychopatia		1.0556	1.00	0.725	1.000	1.00	1.75
13.wynik	Niska psychopatia		0.7826	1	0.736	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.7455	1.00	0.515	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.7222	1.00	0.461	0.250	1.00	1.00
14.wynik	Niska psychopatia		0.1304	0	0.458	0.000	0.00	0.00
	Przeciętna psychopatia		0.0541	0	0.297	0.000	0.00	0.00
	Wysoka psychopatia		0.0556	0.00	0.236	0.000	0.00	0.00
15.wynik	Niska psychopatia		1.0000	1	0.426	1.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.8559	1	0.483	1.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		1.0000	1.00	0.000	1.000	1.00	1.00
16.wynik	Niska psychopatia		0.6522	1	0.573	0.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.6306	1	0.631	0.000	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.6111	1.00	0.502	0.000	1.00	1.00
17.wynik	Niska psychopatia		0.8261	1	0.388	1.000	1.00	1.00
	Przeciętna psychopatia		0.7658	1	0.466	0.500	1.00	1.00
	Wysoka psychopatia		0.5556	1.00	0.511	0.000	1.00	1.00



Tabela 31A. Wyniki testu DSCF (Dwass-Stell-Critchlow-Fligner) porównującego osoby o różnym nasileniu psychopatii w nasileniu 5 czynnika kwestionariusza SAPROF – samokontrola

		<b>W</b>	<b>p</b>
Niska psychopatia	Przeciętna psychopatia	-3.032	0.081
Niska psychopatia	Wysoka psychopatia	-0.965	0.774
Przeciętna psychopatia	Wysoka psychopatia	1.691	0.456

Tabela 32A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu SSPP a wynikami SAPROF

		<b>SSPP PROMOCJA</b>	<b>SSPP promocja standardy</b>	<b>SSPP promocja kontrola</b>	<b>SSPP PREWENCJA</b>	<b>SSPP prewencja standardy</b>	<b>SSPP prewencja kontrola</b>	<b>SSPP SIŁA MOTYWACJI</b>
1.wynik	$\tau_b$	0.058	0.045	0.071	-0.004	-0.129	0.023	0.064
	p	0.382	0.499	0.292	0.947	0.058	0.730	0.338
2.wynik	$\tau_b$	0.053	0.059	-0.010	0.028	0.043	0.007	-0.059
	p	0.413	0.367	0.879	0.662	0.516	0.919	0.368
3.wynik	$\tau_b$	0.113	0.081	0.091	0.113	-0.014	0.162 *	0.095
	p	0.087	0.225	0.180	0.088	0.841	0.015	0.151
4.wynik	$\tau_b$	0.136 *	0.125	0.090	0.105	0.086	0.069	0.059
	p	0.042	0.065	0.191	0.116	0.215	0.307	0.380
5.wynik	$\tau_b$	0.062	0.051	-0.002	0.031	-0.034	-0.005	-0.000
	p	0.339	0.434	0.974	0.629	0.615	0.942	0.994
6.wynik	$\tau_b$	0.030	0.091	-0.075	-0.012	-0.088	0.017	0.044
	p	0.659	0.185	0.284	0.866	0.210	0.807	0.523
7.wynik	$\tau_b$	0.058	0.041	0.048	0.021	-0.027	0.006	-0.006
	p	0.380	0.544	0.474	0.750	0.688	0.924	0.932
8.wynik	$\tau_b$	-0.059	-0.006	-0.096	0.039	-0.050	0.074	-0.014
	p	0.367	0.923	0.152	0.546	0.455	0.261	0.834
9.wynik	$\tau_b$	-0.087	-0.101	-0.017	-0.040	-0.126	-0.005	-0.081
	p	0.187	0.130	0.801	0.546	0.065	0.944	0.222
10.wynik	$\tau_b$	0.113	0.074	0.072	0.064	-0.044	0.083	0.078
	p	0.083	0.260	0.282	0.330	0.513	0.207	0.234

Ciąg dalszy tabeli 32A

		SSPP PROMOCJA	SSPP promocja standardy	SSPP promocja kontrola	SSPP PREWENCJA	SSPP prewencja standardy	SSPP prewencja kontrola	SSPP SIŁA MOTYWACJI
11.wynik	$\tau_b$	0.134 *	0.102	0.104	0.121	0.033	0.127	0.078
	p	0.045	0.130	0.129	0.068	0.627	0.060	0.246
12.wynik	$\tau_b$	0.027	0.043	-0.024	0.009	-0.102	0.053	0.016
	p	0.683	0.517	0.715	0.885	0.128	0.420	0.812
13.wynik	$\tau_b$	0.056	0.001	0.095	-0.017	-0.015	-0.033	0.065
	p	0.406	0.986	0.167	0.804	0.833	0.621	0.333
14.wynik	$\tau_b$	0.065	0.099	0.110	-0.099	-0.068	-0.111	0.085
	p	0.337	0.150	0.115	0.146	0.334	0.106	0.211
15.wynik	$\tau_b$	0.047	0.005	0.022	0.034	-0.035	0.039	0.003
	p	0.484	0.942	0.751	0.608	0.613	0.564	0.962
16.wynik	$\tau_b$	0.050	0.066	0.041	0.057	-0.027	0.052	0.030
	p	0.450	0.325	0.550	0.393	0.695	0.435	0.655
17.wynik	$\tau_b$	0.001	0.029	0.077	0.139 *	0.055	0.141 *	0.052
	p	0.984	0.675	0.271	0.040	0.429	0.040	0.449

Tabela 33A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy wynikami testu UPPS-P a wynikami SAPROF

		UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	UPPS-P Poszukiwanie doznań (PD)	UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)
1.wynik	$\tau_b$	-0.178 **	-0.103	-0.093	0.047	-0.145 *
	p	0.007	0.126	0.161	0.472	0.027
2.wynik	$\tau_b$	-0.094	-0.107	-0.046	0.086	-0.023
	p	0.144	0.103	0.483	0.180	0.716
3.wynik	$\tau_b$	-0.139 *	-0.149 *	-0.066	-0.050	-0.109
	p	0.035	0.026	0.317	0.451	0.097
4.wynik	$\tau_b$	-0.076	-0.164 *	-0.074	0.096	-0.038
	p	0.257	0.016	0.273	0.151	0.571
5.wynik	$\tau_b$	-0.232 ***	-0.182 **	-0.061	-0.039	-0.152 *
	p	< .001	0.006	0.344	0.546	0.018

Ciąg dalszy tabeli 33A

		UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	UPPS-P Poszukiwanie doznań (PD)	UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)
6.wynik	$\tau_b$	0.006	0.071	0.046	-0.063	0.014
	p	0.928	0.308	0.501	0.351	0.841
7.wynik	$\tau_b$	-0.083	-0.054	-0.026	-0.095	-0.109
	p	0.208	0.416	0.690	0.148	0.095
8.wynik	$\tau_b$	-0.148 *	-0.139 *	-0.111	-0.144 *	-0.121
	p	0.022	0.036	0.090	0.026	0.060
9.wynik	$\tau_b$	-0.144 *	-0.100	-0.049	-0.218 ***	-0.222 ***
	p	0.028	0.137	0.460	< .001	< .001
10.wynik	$\tau_b$	-0.247 ***	-0.167 *	-0.099	-0.101	-0.204 **
	p	< .001	0.012	0.129	0.121	0.002
11.wynik	$\tau_b$	-0.196 **	-0.246 ***	-0.153 *	-0.035	-0.169 *
	p	0.003	< .001	0.022	0.602	0.011
12.wynik	$\tau_b$	-0.193 **	-0.136 *	-0.057	-0.081	-0.207 **
	p	0.003	0.039	0.378	0.210	0.001
13.wynik	$\tau_b$	-0.043	-0.066	-0.003	0.038	-0.098
	p	0.516	0.330	0.966	0.570	0.142
14.wynik	$\tau_b$	0.147 *	0.084	0.109	0.169 *	0.145 *
	p	0.030	0.221	0.108	0.013	0.032
15.wynik	$\tau_b$	-0.148 *	-0.099	-0.016	-0.097	-0.143 *
	p	0.027	0.146	0.816	0.145	0.031
16.wynik	$\tau_b$	0.005	-0.183 **	-0.050	-0.011	-0.064
	p	0.934	0.007	0.450	0.872	0.335
17.wynik	$\tau_b$	-0.128	-0.104	-0.074	-0.086	-0.142 *
	p	0.057	0.134	0.277	0.205	0.034

Tabela 34A. Wyniki testu GLM badającego zmianę ogólnego wyniku ryzyka (HCR-20) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	2.224	1	2.224	.651	.421	.004
	Greenhouse-Geisser	2.224	1.000	2.224	.651	.421	.004
	Huynh-Feldt	2.224	1.000	2.224	.651	.421	.004
	Dolna granica	2.224	1.000	2.224	.651	.421	.004
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	515.776	151	3.416			
	Greenhouse-Geisser	515.776	151.000	3.416			
	Huynh-Feldt	515.776	151.000	3.416			
	Dolna granica	515.776	151.000	3.416			

Tabela 35A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali H (HCR-20) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	1.592	1	1.592	3.275	.072	.021
	Greenhouse-Geisser	1.592	1.000	1.592	3.275	.072	.021
	Huynh-Feldt	1.592	1.000	1.592	3.275	.072	.021
	Dolna granica	1.592	1.000	1.592	3.275	.072	.021
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	73.408	151	.486			
	Greenhouse-Geisser	73.408	151.000	.486			
	Huynh-Feldt	73.408	151.000	.486			
	Dolna granica	73.408	151.000	.486			

Tabela 36A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali C (HCR-20) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat		F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	.740	1	.740	.518		.473	.003
	Greenhouse-Geisser	.740	1.000	.740	.518		.473	.003
	Huynh-Feldt	.740	1.000	.740	.518		.473	.003
	Dolna granica	.740	1.000	.740	.518		.473	.003
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	215.760	151	1.429				
	Greenhouse-Geisser	215.760	151.000	1.429				
	Huynh-Feldt	215.760	151.000	1.429				
	Dolna granica	215.760	151.000	1.429				

Tabela 37A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali R (HCR-20) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat		F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	3.161	1	3.161	4.249		.041	.027
	Greenhouse-Geisser	3.161	1.000	3.161	4.249		.041	.027
	Huynh-Feldt	3.161	1.000	3.161	4.249		.041	.027
	Dolna granica	3.161	1.000	3.161	4.249		.041	.027
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	112.339	151	.744				
	Greenhouse-Geisser	112.339	151.000	.744				
	Huynh-Feldt	112.339	151.000	.744				
	Dolna granica	112.339	151.000	.744				

Tabela 38A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali wynik ogólny (SAPROF) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat		F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	91.245	1	91.245	36.328		.000	.195
	Greenhouse-Geisser	91.245	1.000	91.245	36.328		.000	.195
	Huynh-Feldt	91.245	1.000	91.245	36.328		.000	.195
	Dolna granica	91.245	1.000	91.245	36.328		.000	.195
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	376.755	150	2.512				
	Greenhouse-Geisser	376.755	150.000	2.512				
	Huynh-Feldt	376.755	150.000	2.512				
	Dolna granica	376.755	150.000	2.512				

Tabela 39A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali wewnętrzne (SAPROF) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat		F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	3.203	1	3.203	16.868		.000	.102
	Greenhouse-Geisser	3.203	1.000	3.203	16.868		.000	.102
	Huynh-Feldt	3.203	1.000	3.203	16.868		.000	.102
	Dolna granica	3.203	1.000	3.203	16.868		.000	.102
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	28.297	149	.190				
	Greenhouse-Geisser	28.297	149.000	.190				
	Huynh-Feldt	28.297	149.000	.190				
	Dolna granica	28.297	149.000	.190				

Tabela 40A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali motywacja (SAPROF) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	30.517	1	30.517	33.786	.000	.184
	Greenhouse-Geisser	30.517	1.000	30.517	33.786	.000	.184
	Huynh-Feldt	30.517	1.000	30.517	33.786	.000	.184
	Dolna granica	30.517	1.000	30.517	33.786	.000	.184
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	135.483	150	.903			
	Greenhouse-Geisser	135.483	150.000	.903			
	Huynh-Feldt	135.483	150.000	.903			
	Dolna granica	135.483	150.000	.903			

Tabela 41A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali zewnętrzne (SAPROF) pod wpływem terapii

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia	Sferyczność założona	2.070	1	2.070	7.678	.006	.049
	Greenhouse-Geisser	2.070	1.000	2.070	7.678	.006	.049
	Huynh-Feldt	2.070	1.000	2.070	7.678	.006	.049
	Dolna granica	2.070	1.000	2.070	7.678	.006	.049
Błąd(terapia)	Sferyczność założona	40.430	150	.270			
	Greenhouse-Geisser	40.430	150.000	.270			
	Huynh-Feldt	40.430	150.000	.270			
	Dolna granica	40.430	150.000	.270			

Tabela 42A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali H (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	0.001	2.000	0.001	0.040	0.960	0.001
	Greenhouse-Geisser	0.001	2.000	0.001	0.040	0.960	0.001
	Huynh-Feldt	0.001	2.000	0.001	0.040	0.960	0.001
	Dolna granica	0.001	2.000	0.001	0.040	0.960	0.001
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	0.000	2.000	0.000	0.010	0.990	0.000
	Greenhouse-Geisser	0.000	2.000	0.000	0.010	0.990	0.000
	Huynh-Feldt	0.000	2.000	0.000	0.010	0.990	0.000
	Dolna granica	0.000	2.000	0.000	0.010	0.990	0.000
terapia * TriPM Bezdusznosc	Sferyczność założona	0.000	2.000	0.000	0.005	0.995	0.000
	Greenhouse-Geisser	0.000	2.000	0.000	0.005	0.995	0.000
	Huynh-Feldt	0.000	2.000	0.000	0.005	0.995	0.000
	Dolna granica	0.000	2.000	0.000	0.005	0.995	0.000
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	0.005	2.000	0.003	0.187	0.830	0.003
	Greenhouse-Geisser	0.005	2.000	0.003	0.187	0.830	0.003
	Huynh-Feldt	0.005	2.000	0.003	0.187	0.830	0.003
	Dolna granica	0.005	2.000	0.003	0.187	0.830	0.003



Tabela 43A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali H (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	0.015	2.000	0.008	0.487	0.616	0.009
	Greenhouse- Geisser	0.015	2.000	0.008	0.487	0.616	0.009
	Huynh-Feldt	0.015	2.000	0.008	0.487	0.616	0.009
	Dolna granica	0.015	2.000	0.008	0.487	0.616	0.009
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	0.000
	Greenhouse- Geisser	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	0.000
	Huynh-Feldt	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	0.000
	Dolna granica	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	0.000
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	0.003	2.000	0.001	0.094	0.910	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.003	2.000	0.001	0.094	0.910	0.002
	Huynh-Feldt	0.003	2.000	0.001	0.094	0.910	0.002
	Dolna granica	0.003	2.000	0.001	0.094	0.910	0.002
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	0.005	2.000	0.002	0.150	0.861	0.003
	Greenhouse- Geisser	0.005	2.000	0.002	0.150	0.861	0.003
	Huynh-Feldt	0.005	2.000	0.002	0.150	0.861	0.003
	Dolna granica	0.005	2.000	0.002	0.150	0.861	0.003
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	0.000	2	0.000	0.000	1.000	0.000
	Greenhouse- Geisser	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	0.000
	Huynh-Feldt	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	0.000
	Dolna granica	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	0.000

Tabela 44A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali H (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	0.372	2.000	0.186	0.367	0.693	0.005
	Greenhouse- Geisser	0.372	2.000	0.186	0.367	0.693	0.005
	Huynh-Feldt	0.372	2.000	0.186	0.367	0.693	0.005
	Dolna granica	0.372	2.000	0.186	0.367	0.693	0.005
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	0.051	2.000	0.026	0.050	0.951	0.001
	Greenhouse- Geisser	0.051	2.000	0.026	0.050	0.951	0.001
	Huynh-Feldt	0.051	2.000	0.026	0.050	0.951	0.001
	Dolna granica	0.051	2.000	0.026	0.050	0.951	0.001
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	0.572	2.000	0.286	0.565	0.570	0.008
	Greenhouse- Geisser	0.572	2.000	0.286	0.565	0.570	0.008
	Huynh-Feldt	0.572	2.000	0.286	0.565	0.570	0.008
	Dolna granica	0.572	2.000	0.286	0.565	0.570	0.008
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	0.551	2.000	0.276	0.519	0.597	0.009
	Greenhouse- Geisser	0.551	2.000	0.276	0.519	0.597	0.009
	Huynh-Feldt	0.551	2.000	0.276	0.519	0.597	0.009
	Dolna granica	0.551	2.000	0.276	0.519	0.597	0.009
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	0.360	2.000	0.180	0.338	0.714	0.006
	Greenhouse- Geisser	0.360	2.000	0.180	0.338	0.714	0.006
	Huynh-Feldt	0.360	2.000	0.180	0.338	0.714	0.006
	Dolna granica	0.360	2.000	0.180	0.338	0.714	0.006
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	1.220	2.000	0.610	1.148	0.321	0.019
	Greenhouse- Geisser	1.220	2.000	0.610	1.148	0.321	0.019
	Huynh-Feldt	1.220	2.000	0.610	1.148	0.321	0.019
	Dolna granica	1.220	2.000	0.610	1.148	0.321	0.019
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	0.015	2.000	0.008	0.014	0.986	0.000
	Greenhouse- Geisser	0.015	2.000	0.008	0.014	0.986	0.000
	Huynh-Feldt	0.015	2.000	0.008	0.014	0.986	0.000
	Dolna granica	0.015	2.000	0.008	0.014	0.986	0.000

Tabela 45A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali H (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	4.360	2.000	2.180	4.332	0.016	0.080
	Greenhouse- Geisser	4.360	2.000	2.180	4.332	0.016	0.080
	Huynh-Feldt	4.360	2.000	2.180	4.332	0.016	0.080
	Dolna granica	4.360	2.000	2.180	4.332	0.016	0.080
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	1.195	2.000	0.597	1.187	0.309	0.023
	Greenhouse- Geisser	1.195	2.000	0.597	1.187	0.309	0.023
	Huynh-Feldt	1.195	2.000	0.597	1.187	0.309	0.023
	Dolna granica	1.195	2.000	0.597	1.187	0.309	0.023
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	0.374	2.000	0.187	0.371	0.691	0.007
	Greenhouse- Geisser	0.374	2.000	0.187	0.371	0.691	0.007
	Huynh-Feldt	0.374	2.000	0.187	0.371	0.691	0.007
	Dolna granica	0.374	2.000	0.187	0.371	0.691	0.007
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	0.003	2.000	0.001	0.003	0.997	0.000
	Greenhouse- Geisser	0.003	2.000	0.001	0.003	0.997	0.000
	Huynh-Feldt	0.003	2.000	0.001	0.003	0.997	0.000
	Dolna granica	0.003	2.000	0.001	0.003	0.997	0.000
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	0.626	2.000	0.313	0.622	0.539	0.012
	Greenhouse- Geisser	0.626	2.000	0.313	0.622	0.539	0.012
	Huynh-Feldt	0.626	2.000	0.313	0.622	0.539	0.012
	Dolna granica	0.626	2.000	0.313	0.622	0.539	0.012

Tabela 46A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali C (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	2.192	2.000	1.096	0.691	0.503	0.011
	Greenhouse-Geisser	2.192	2.000	1.096	0.691	0.503	0.011
	Huynh-Feldt	2.192	2.000	1.096	0.691	0.503	0.011
	Dolna granica	2.192	2.000	1.096	0.691	0.503	0.011
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	1.608	2.000	0.804	0.507	0.604	0.008
	Greenhouse-Geisser	1.608	2.000	0.804	0.507	0.604	0.008
	Huynh-Feldt	1.608	2.000	0.804	0.507	0.604	0.008
	Dolna granica	1.608	2.000	0.804	0.507	0.604	0.008
terapia * TriPM Bezdusznosc	Sferyczność założona	0.298	2.000	0.149	0.094	0.910	0.002
	Greenhouse-Geisser	0.298	2.000	0.149	0.094	0.910	0.002
	Huynh-Feldt	0.298	2.000	0.149	0.094	0.910	0.002
	Dolna granica	0.298	2.000	0.149	0.094	0.910	0.002
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	0.461	2.000	0.230	0.145	0.865	0.002
	Greenhouse-Geisser	0.461	2.000	0.230	0.145	0.865	0.002
	Huynh-Feldt	0.461	2.000	0.230	0.145	0.865	0.002
	Dolna granica	0.461	2.000	0.230	0.145	0.865	0.002

Tabela 47A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali C (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	2.201	2.000	1.100	0.752	0.474	0.014
	Greenhouse- Geisser	2.201	2.000	1.100	0.752	0.474	0.014
	Huynh-Feldt	2.201	2.000	1.100	0.752	0.474	0.014
	Dolna granica	2.201	2.000	1.100	0.752	0.474	0.014
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	2.679	2.000	1.339	0.916	0.403	0.017
	Greenhouse- Geisser	2.679	2.000	1.339	0.916	0.403	0.017
	Huynh-Feldt	2.679	2.000	1.339	0.916	0.403	0.017
	Dolna granica	2.679	2.000	1.339	0.916	0.403	0.017
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	0.286	2.000	0.143	0.098	0.907	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.286	2.000	0.143	0.098	0.907	0.002
	Huynh-Feldt	0.286	2.000	0.143	0.098	0.907	0.002
	Dolna granica	0.286	2.000	0.143	0.098	0.907	0.002
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	2.711	2.000	1.355	0.927	0.399	0.018
	Greenhouse- Geisser	2.711	2.000	1.355	0.927	0.399	0.018
	Huynh-Feldt	2.711	2.000	1.355	0.927	0.399	0.018
	Dolna granica	2.711	2.000	1.355	0.927	0.399	0.018
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	5.598	2.000	2.799	1.914	0.153	0.036
	Greenhouse- Geisser	5.598	2.000	2.799	1.914	0.153	0.036
	Huynh-Feldt	5.598	2.000	2.799	1.914	0.153	0.036
	Dolna granica	5.598	2.000	2.799	1.914	0.153	0.036

Tabela 48A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali C (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	1.147	2.000	0.573	0.427	0.654	0.006
	Greenhouse- Geisser	1.147	2.000	0.573	0.427	0.654	0.006
	Huynh-Feldt	1.147	2.000	0.573	0.427	0.654	0.006
	Dolna granica	1.147	2.000	0.573	0.427	0.654	0.006
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	0.620	2.000	0.310	0.231	0.794	0.003
	Greenhouse- Geisser	0.620	2.000	0.310	0.231	0.794	0.003
	Huynh-Feldt	0.620	2.000	0.310	0.231	0.794	0.003
	Dolna granica	0.620	2.000	0.310	0.231	0.794	0.003
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	5.686	2.000	2.843	2.115	0.125	0.031
	Greenhouse- Geisser	5.686	2.000	2.843	2.115	0.125	0.031
	Huynh-Feldt	5.686	2.000	2.843	2.115	0.125	0.031
	Dolna granica	5.686	2.000	2.843	2.115	0.125	0.031
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	1.343	2.000	0.672	0.461	0.632	0.008
	Greenhouse- Geisser	1.343	2.000	0.672	0.461	0.632	0.008
	Huynh-Feldt	1.343	2.000	0.672	0.461	0.632	0.008
	Dolna granica	1.343	2.000	0.672	0.461	0.632	0.008
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	2.244	2.000	1.122	0.769	0.466	0.013
	Greenhouse- Geisser	2.244	2.000	1.122	0.769	0.466	0.013
	Huynh-Feldt	2.244	2.000	1.122	0.769	0.466	0.013
	Dolna granica	2.244	2.000	1.122	0.769	0.466	0.013
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	0.302	2.000	0.151	0.104	0.902	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.302	2.000	0.151	0.104	0.902	0.002
	Huynh-Feldt	0.302	2.000	0.151	0.104	0.902	0.002
	Dolna granica	0.302	2.000	0.151	0.104	0.902	0.002
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	1.519	2.000	0.760	0.521	0.595	0.009
	Greenhouse- Geisser	1.519	2.000	0.760	0.521	0.595	0.009
	Huynh-Feldt	1.519	2.000	0.760	0.521	0.595	0.009
	Dolna granica	1.519	2.000	0.760	0.521	0.595	0.009

Tabela 49A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali C (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	1.807	2.000	0.903	0.624	0.538	0.012
	Greenhouse- Geisser	1.807	2.000	0.903	0.624	0.538	0.012
	Huynh-Feldt	1.807	2.000	0.903	0.624	0.538	0.012
	Dolna granica	1.807	2.000	0.903	0.624	0.538	0.012
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	0.658	2.000	0.329	0.227	0.797	0.005
	Greenhouse- Geisser	0.658	2.000	0.329	0.227	0.797	0.005
	Huynh-Feldt	0.658	2.000	0.329	0.227	0.797	0.005
	Dolna granica	0.658	2.000	0.329	0.227	0.797	0.005
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	2.545	2.000	1.273	0.879	0.419	0.017
	Greenhouse- Geisser	2.545	2.000	1.273	0.879	0.419	0.017
	Huynh-Feldt	2.545	2.000	1.273	0.879	0.419	0.017
	Dolna granica	2.545	2.000	1.273	0.879	0.419	0.017
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	2.296	2.000	1.148	0.793	0.456	0.016
	Greenhouse- Geisser	2.296	2.000	1.148	0.793	0.456	0.016
	Huynh-Feldt	2.296	2.000	1.148	0.793	0.456	0.016
	Dolna granica	2.296	2.000	1.148	0.793	0.456	0.016
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	5.175	2.000	2.587	1.786	0.173	0.035
	Greenhouse- Geisser	5.175	2.000	2.587	1.786	0.173	0.035
	Huynh-Feldt	5.175	2.000	2.587	1.786	0.173	0.035
	Dolna granica	5.175	2.000	2.587	1.786	0.173	0.035

Tabela 50A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali R (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	0.059	3.866 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.024	0.059
	Greenhouse-Geisser	0.941	3.866 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.024	0.059
	Huynh-Feldt	0.063	3.866 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.024	0.059
	Dolna granica	0.063	3.866 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.024	0.059
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	0.006	.385 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.681	0.006
	Greenhouse-Geisser	0.994	.385 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.681	0.006
	Huynh-Feldt	0.006	.385 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.681	0.006
	Dolna granica	0.006	.385 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.681	0.006
terapia * TriPM Bezdusznosc	Sferyczność założona	0.002	.136 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.873	0.002
	Greenhouse-Geisser	0.998	.136 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.873	0.002
	Huynh-Feldt	0.002	.136 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.873	0.002
	Dolna granica	0.002	.136 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.873	0.002
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	0.004	.228 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.797	0.004
	Greenhouse-Geisser	0.996	.228 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.797	0.004
	Huynh-Feldt	0.004	.228 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.797	0.004
	Dolna granica	0.004	.228 <sup>b</sup>	2.000	123.000	0.797	0.004



Tabela 51A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali R (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	0.919	2.000	0.460	0.527	0.592	0.010
	Greenhouse- Geisser	0.919	2.000	0.460	0.527	0.592	0.010
	Huynh-Feldt	0.919	2.000	0.460	0.527	0.592	0.010
	Dolna granica	0.919	2.000	0.460	0.527	0.592	0.010
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	0.419	2.000	0.210	0.240	0.787	0.005
	Greenhouse- Geisser	0.419	2.000	0.210	0.240	0.787	0.005
	Huynh-Feldt	0.419	2.000	0.210	0.240	0.787	0.005
	Dolna granica	0.419	2.000	0.210	0.240	0.787	0.005
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	0.430	2.000	0.215	0.246	0.782	0.005
	Greenhouse- Geisser	0.430	2.000	0.215	0.246	0.782	0.005
	Huynh-Feldt	0.430	2.000	0.215	0.246	0.782	0.005
	Dolna granica	0.430	2.000	0.215	0.246	0.782	0.005
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	2.898	2.000	1.449	1.659	0.195	0.031
	Greenhouse- Geisser	2.898	2.000	1.449	1.659	0.195	0.031
	Huynh-Feldt	2.898	2.000	1.449	1.659	0.195	0.031
	Dolna granica	2.898	2.000	1.449	1.659	0.195	0.031
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	0.371	2.000	0.186	0.213	0.809	0.004
	Greenhouse- Geisser	0.371	2.000	0.186	0.213	0.809	0.004
	Huynh-Feldt	0.371	2.000	0.186	0.213	0.809	0.004
	Dolna granica	0.371	2.000	0.186	0.213	0.809	0.004

Tabela 52A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali R (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	0.009	.600 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.550	0.009
	Greenhouse- Geisser	0.991	.600 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.550	0.009
	Huynh-Feldt	0.009	.600 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.550	0.009
	Dolna granica	0.009	.600 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.550	0.009
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	0.006	.373 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.689	0.006
	Greenhouse- Geisser	0.994	.373 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.689	0.006
	Huynh-Feldt	0.006	.373 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.689	0.006
	Dolna granica	0.006	.373 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.689	0.006
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	0.002	.153 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.858	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.998	.153 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.858	0.002
	Huynh-Feldt	0.002	.153 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.858	0.002
	Dolna granica	0.002	.153 <sup>b</sup>	2.000	133.000	0.858	0.002
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	0.003	.201 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.818	0.003
	Greenhouse- Geisser	0.997	.201 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.818	0.003
	Huynh-Feldt	0.003	.201 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.818	0.003
	Dolna granica	0.003	.201 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.818	0.003
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	0.006	.350 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.705	0.006
	Greenhouse- Geisser	0.994	.350 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.705	0.006
	Huynh-Feldt	0.006	.350 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.705	0.006
	Dolna granica	0.006	.350 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.705	0.006
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	0.030	1.857 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.161	0.030
	Greenhouse- Geisser	0.970	1.857 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.161	0.030
	Huynh-Feldt	0.031	1.857 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.161	0.030
	Dolna granica	0.031	1.857 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.161	0.030
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	0.017	1.018 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.364	0.017
	Greenhouse- Geisser	0.983	1.018 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.364	0.017
	Huynh-Feldt	0.017	1.018 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.364	0.017
	Dolna granica	0.017	1.018 <sup>b</sup>	2.000	121.000	0.364	0.017

Tabela 53A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali R (HCR-20) pod wpływem terapii z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	3.263	2.000	1.632	1.188	0.309	0.023
	Greenhouse- Geisser	3.263	2.000	1.632	1.188	0.309	0.023
	Huynh-Feldt	3.263	2.000	1.632	1.188	0.309	0.023
	Dolna granica	3.263	2.000	1.632	1.188	0.309	0.023
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	0.564	2.000	0.282	0.206	0.815	0.004
	Greenhouse- Geisser	0.564	2.000	0.282	0.206	0.815	0.004
	Huynh-Feldt	0.564	2.000	0.282	0.206	0.815	0.004
	Dolna granica	0.564	2.000	0.282	0.206	0.815	0.004
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	2.958	2.000	1.479	1.077	0.345	0.021
	Greenhouse- Geisser	2.958	2.000	1.479	1.077	0.345	0.021
	Huynh-Feldt	2.958	2.000	1.479	1.077	0.345	0.021
	Dolna granica	2.958	2.000	1.479	1.077	0.345	0.021
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	3.327	2.000	1.664	1.212	0.302	0.024
	Greenhouse- Geisser	3.327	2.000	1.664	1.212	0.302	0.024
	Huynh-Feldt	3.327	2.000	1.664	1.212	0.302	0.024
	Dolna granica	3.327	2.000	1.664	1.212	0.302	0.024
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	1.461	2.000	0.730	0.532	0.589	0.011
	Greenhouse- Geisser	1.461	2.000	0.730	0.532	0.589	0.011
	Huynh-Feldt	1.461	2.000	0.730	0.532	0.589	0.011
	Dolna granica	1.461	2.000	0.730	0.532	0.589	0.011

Tabela 54A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali wyniku ogólnego HCR-20 pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	13.397	2.000	6.699	1.781	0.173	0.028
	Greenhouse-Geisser	13.397	2.000	6.699	1.781	0.173	0.028
	Huynh-Feldt	13.397	2.000	6.699	1.781	0.173	0.028
	Dolna granica	13.397	2.000	6.699	1.781	0.173	0.028
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	0.026	2.000	0.013	0.004	0.997	0.000
	Greenhouse-Geisser	0.026	2.000	0.013	0.004	0.997	0.000
	Huynh-Feldt	0.026	2.000	0.013	0.004	0.997	0.000
	Dolna granica	0.026	2.000	0.013	0.004	0.997	0.000
terapia * TriPM Bezdużność	Sferyczność założona	1.088	2.000	0.544	0.145	0.865	0.002
	Greenhouse-Geisser	1.088	2.000	0.544	0.145	0.865	0.002
	Huynh-Feldt	1.088	2.000	0.544	0.145	0.865	0.002
	Dolna granica	1.088	2.000	0.544	0.145	0.865	0.002
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	1.613	2.000	0.806	0.214	0.807	0.003
	Greenhouse-Geisser	1.613	2.000	0.806	0.214	0.807	0.003
	Huynh-Feldt	1.613	2.000	0.806	0.214	0.807	0.003
	Dolna granica	1.613	2.000	0.806	0.214	0.807	0.003

Tabela 55A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali wyniku ogólnego HCR-20 pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	4.284	2.000	2.142	0.606	0.547	0.012
	Greenhouse- Geisser	4.284	2.000	2.142	0.606	0.547	0.012
	Huynh-Feldt	4.284	2.000	2.142	0.606	0.547	0.012
	Dolna granica	4.284	2.000	2.142	0.606	0.547	0.012
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	7.503	2.000	3.751	1.062	0.350	0.020
	Greenhouse- Geisser	7.503	2.000	3.751	1.062	0.350	0.020
	Huynh-Feldt	7.503	2.000	3.751	1.062	0.350	0.020
	Dolna granica	7.503	2.000	3.751	1.062	0.350	0.020
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	1.643	2.000	0.822	0.233	0.793	0.004
	Greenhouse- Geisser	1.643	2.000	0.822	0.233	0.793	0.004
	Huynh-Feldt	1.643	2.000	0.822	0.233	0.793	0.004
	Dolna granica	1.643	2.000	0.822	0.233	0.793	0.004
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	16.599	2.000	8.300	2.349	0.101	0.044
	Greenhouse- Geisser	16.599	2.000	8.300	2.349	0.101	0.044
	Huynh-Feldt	16.599	2.000	8.300	2.349	0.101	0.044
	Dolna granica	16.599	2.000	8.300	2.349	0.101	0.044
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	8.304	2.000	4.152	1.175	0.313	0.022
	Greenhouse- Geisser	8.304	2.000	4.152	1.175	0.313	0.022
	Huynh-Feldt	8.304	2.000	4.152	1.175	0.313	0.022
	Dolna granica	8.304	2.000	4.152	1.175	0.313	0.022

Tabela 56A. Wyniki testu GLM badającego zmianę wyniku ogólnego HCR-20 pod wpływem terapii z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	2.384	2.000	1.192	0.359	0.699	0.005
	Greenhouse- Geisser	2.384	2.000	1.192	0.359	0.699	0.005
	Huynh-Feldt	2.384	2.000	1.192	0.359	0.699	0.005
	Dolna granica	2.384	2.000	1.192	0.359	0.699	0.005
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	2.413	2.000	1.206	0.364	0.696	0.005
	Greenhouse- Geisser	2.413	2.000	1.206	0.364	0.696	0.005
	Huynh-Feldt	2.413	2.000	1.206	0.364	0.696	0.005
	Dolna granica	2.413	2.000	1.206	0.364	0.696	0.005
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	9.693	2.000	4.847	1.462	0.235	0.022
	Greenhouse- Geisser	9.693	2.000	4.847	1.462	0.235	0.022
	Huynh-Feldt	9.693	2.000	4.847	1.462	0.235	0.022
	Dolna granica	9.693	2.000	4.847	1.462	0.235	0.022
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	2.301	2.000	1.151	0.335	0.716	0.006
	Greenhouse- Geisser	2.301	2.000	1.151	0.335	0.716	0.006
	Huynh-Feldt	2.301	2.000	1.151	0.335	0.716	0.006
	Dolna granica	2.301	2.000	1.151	0.335	0.716	0.006
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	3.749	2.000	1.874	0.547	0.580	0.009
	Greenhouse- Geisser	3.749	2.000	1.874	0.547	0.580	0.009
	Huynh-Feldt	3.749	2.000	1.874	0.547	0.580	0.009
	Dolna granica	3.749	2.000	1.874	0.547	0.580	0.009
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	4.698	2.000	2.349	0.685	0.506	0.011
	Greenhouse- Geisser	4.698	2.000	2.349	0.685	0.506	0.011
	Huynh-Feldt	4.698	2.000	2.349	0.685	0.506	0.011
	Dolna granica	4.698	2.000	2.349	0.685	0.506	0.011
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	3.816	2.000	1.908	0.556	0.575	0.009
	Greenhouse- Geisser	3.816	2.000	1.908	0.556	0.575	0.009
	Huynh-Feldt	3.816	2.000	1.908	0.556	0.575	0.009
	Dolna granica	3.816	2.000	1.908	0.556	0.575	0.009

Tabela 57A. Wyniki testu GLM badającego zmianę wyniku ogólnego HCR-20 pod wpływem terapii z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	6.761	2.000	3.381	1.020	0.364	0.020
	Greenhouse- Geisser	6.761	2.000	3.381	1.020	0.364	0.020
	Huynh-Feldt	6.761	2.000	3.381	1.020	0.364	0.020
	Dolna granica	6.761	2.000	3.381	1.020	0.364	0.020
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	2.120	2.000	1.060	0.320	0.727	0.006
	Greenhouse- Geisser	2.120	2.000	1.060	0.320	0.727	0.006
	Huynh-Feldt	2.120	2.000	1.060	0.320	0.727	0.006
	Dolna granica	2.120	2.000	1.060	0.320	0.727	0.006
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	3.758	2.000	1.879	0.567	0.569	0.011
	Greenhouse- Geisser	3.758	2.000	1.879	0.567	0.569	0.011
	Huynh-Feldt	3.758	2.000	1.879	0.567	0.569	0.011
	Dolna granica	3.758	2.000	1.879	0.567	0.569	0.011
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	7.493	2.000	3.746	1.130	0.327	0.022
	Greenhouse- Geisser	7.493	2.000	3.746	1.130	0.327	0.022
	Huynh-Feldt	7.493	2.000	3.746	1.130	0.327	0.022
	Dolna granica	7.493	2.000	3.746	1.130	0.327	0.022
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	14.008	2.000	7.004	2.113	0.126	0.041
	Greenhouse- Geisser	14.008	2.000	7.004	2.113	0.126	0.041
	Huynh-Feldt	14.008	2.000	7.004	2.113	0.126	0.041
	Dolna granica	14.008	2.000	7.004	2.113	0.126	0.041

Tabela 58A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali czynników „wewnętrznych” SAPROF pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	1.020	2.000	0.510	1.413	0.247	0.023
	Greenhouse-Geisser	1.020	2.000	0.510	1.413	0.247	0.023
	Huynh-Feldt	1.020	2.000	0.510	1.413	0.247	0.023
	Dolna granica	1.020	2.000	0.510	1.413	0.247	0.023
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	0.053	2.000	0.026	0.073	0.929	0.001
	Greenhouse-Geisser	0.053	2.000	0.026	0.073	0.929	0.001
	Huynh-Feldt	0.053	2.000	0.026	0.073	0.929	0.001
	Dolna granica	0.053	2.000	0.026	0.073	0.929	0.001
terapia * TriPM Bezdusznosc	Sferyczność założona	2.506	2.000	1.253	3.471	0.034	0.054
	Greenhouse-Geisser	2.506	2.000	1.253	3.471	0.034	0.054
	Huynh-Feldt	2.506	2.000	1.253	3.471	0.034	0.054
	Dolna granica	2.506	2.000	1.253	3.471	0.034	0.054
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	1.141	2.000	0.571	1.580	0.210	0.025
	Greenhouse-Geisser	1.141	2.000	0.571	1.580	0.210	0.025
	Huynh-Feldt	1.141	2.000	0.571	1.580	0.210	0.025
	Dolna granica	1.141	2.000	0.571	1.580	0.210	0.025



Tabela 59A. Wyniki testu GLM badającego zmianę czynników „wewnętrznych” SAPROF (ochrony wewnętrznej) pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	2.403	2.000	1.202	3.211	0.044	0.059
	Greenhouse- Geisser	2.403	2.000	1.202	3.211	0.044	0.059
	Huynh-Feldt	2.403	2.000	1.202	3.211	0.044	0.059
	Dolna granica	2.403	2.000	1.202	3.211	0.044	0.059
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	0.202	2.000	0.101	0.270	0.764	0.005
	Greenhouse- Geisser	0.202	2.000	0.101	0.270	0.764	0.005
	Huynh-Feldt	0.202	2.000	0.101	0.270	0.764	0.005
	Dolna granica	0.202	2.000	0.101	0.270	0.764	0.005
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	0.540	2.000	0.270	0.722	0.488	0.014
	Greenhouse- Geisser	0.540	2.000	0.270	0.722	0.488	0.014
	Huynh-Feldt	0.540	2.000	0.270	0.722	0.488	0.014
	Dolna granica	0.540	2.000	0.270	0.722	0.488	0.014
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	0.047	2.000	0.024	0.063	0.939	0.001
	Greenhouse- Geisser	0.047	2.000	0.024	0.063	0.939	0.001
	Huynh-Feldt	0.047	2.000	0.024	0.063	0.939	0.001
	Dolna granica	0.047	2.000	0.024	0.063	0.939	0.001
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	0.461	2.000	0.230	0.616	0.542	0.012
	Greenhouse- Geisser	0.461	2.000	0.230	0.616	0.542	0.012
	Huynh-Feldt	0.461	2.000	0.230	0.616	0.542	0.012
	Dolna granica	0.461	2.000	0.230	0.616	0.542	0.012

Tabela 60A. Wyniki testu GLM badającego zmianę wewnętrznych czynników ochronnych SAPROF (ochrony wewnętrznej) pod wpływem terapii z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	0.682	2.000	0.341	0.889	0.413	0.013
	Greenhouse- Geisser	0.682	2.000	0.341	0.889	0.413	0.013
	Huynh-Feldt	0.682	2.000	0.341	0.889	0.413	0.013
	Dolna granica	0.682	2.000	0.341	0.889	0.413	0.013
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	0.085	2.000	0.043	0.111	0.895	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.085	2.000	0.043	0.111	0.895	0.002
	Huynh-Feldt	0.085	2.000	0.043	0.111	0.895	0.002
	Dolna granica	0.085	2.000	0.043	0.111	0.895	0.002
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	0.122	2.000	0.061	0.159	0.853	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.122	2.000	0.061	0.159	0.853	0.002
	Huynh-Feldt	0.122	2.000	0.061	0.159	0.853	0.002
	Dolna granica	0.122	2.000	0.061	0.159	0.853	0.002
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	2.108	2.000	1.054	2.979	0.055	0.047
	Greenhouse- Geisser	2.108	2.000	1.054	2.979	0.055	0.047
	Huynh-Feldt	2.108	2.000	1.054	2.979	0.055	0.047
	Dolna granica	2.108	2.000	1.054	2.979	0.055	0.047
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	2.483	2.000	1.242	3.509	0.033	0.055
	Greenhouse- Geisser	2.483	2.000	1.242	3.509	0.033	0.055
	Huynh-Feldt	2.483	2.000	1.242	3.509	0.033	0.055
	Dolna granica	2.483	2.000	1.242	3.509	0.033	0.055
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	0.483	2.000	0.241	0.682	0.507	0.011
	Greenhouse- Geisser	0.483	2.000	0.241	0.682	0.507	0.011
	Huynh-Feldt	0.483	2.000	0.241	0.682	0.507	0.011
	Dolna granica	0.483	2.000	0.241	0.682	0.507	0.011
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	0.908	2.000	0.454	1.283	0.281	0.021
	Greenhouse- Geisser	0.908	2.000	0.454	1.283	0.281	0.021
	Huynh-Feldt	0.908	2.000	0.454	1.283	0.281	0.021
	Dolna granica	0.908	2.000	0.454	1.283	0.281	0.021

Tabela 61A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali czynników „wewnętrznych” SAPROF pod wpływem terapii z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	0.448	2.000	0.224	0.601	0.550	0.012
	Greenhouse- Geisser	0.448	2.000	0.224	0.601	0.550	0.012
	Huynh-Feldt	0.448	2.000	0.224	0.601	0.550	0.012
	Dolna granica	0.448	2.000	0.224	0.601	0.550	0.012
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	0.463	2.000	0.232	0.621	0.539	0.013
	Greenhouse- Geisser	0.463	2.000	0.232	0.621	0.539	0.013
	Huynh-Feldt	0.463	2.000	0.232	0.621	0.539	0.013
	Dolna granica	0.463	2.000	0.232	0.621	0.539	0.013
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	0.335	2.000	0.168	0.450	0.639	0.009
	Greenhouse- Geisser	0.335	2.000	0.168	0.450	0.639	0.009
	Huynh-Feldt	0.335	2.000	0.168	0.450	0.639	0.009
	Dolna granica	0.335	2.000	0.168	0.450	0.639	0.009
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	0.807	2.000	0.404	1.083	0.343	0.022
	Greenhouse- Geisser	0.807	2.000	0.404	1.083	0.343	0.022
	Huynh-Feldt	0.807	2.000	0.404	1.083	0.343	0.022
	Dolna granica	0.807	2.000	0.404	1.083	0.343	0.022
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	1.857	2.000	0.929	2.491	0.088	0.048
	Greenhouse- Geisser	1.857	2.000	0.929	2.491	0.088	0.048
	Huynh-Feldt	1.857	2.000	0.929	2.491	0.088	0.048
	Dolna granica	1.857	2.000	0.929	2.491	0.088	0.048

Tabela 62A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali „motywacja” SAPROF pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	0.948	2.000	0.474	0.505	0.605	0.008
	Greenhouse-Geisser	0.948	2.000	0.474	0.505	0.605	0.008
	Huynh-Feldt	0.948	2.000	0.474	0.505	0.605	0.008
	Dolna granica	0.948	2.000	0.474	0.505	0.605	0.008
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	0.102	2.000	0.051	0.054	0.947	0.001
	Greenhouse-Geisser	0.102	2.000	0.051	0.054	0.947	0.001
	Huynh-Feldt	0.102	2.000	0.051	0.054	0.947	0.001
	Dolna granica	0.102	2.000	0.051	0.054	0.947	0.001
terapia * TriPM Bezdusznosc	Sferyczność założona	2.714	2.000	1.357	1.445	0.240	0.023
	Greenhouse-Geisser	2.714	2.000	1.357	1.445	0.240	0.023
	Huynh-Feldt	2.714	2.000	1.357	1.445	0.240	0.023
	Dolna granica	2.714	2.000	1.357	1.445	0.240	0.023
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	0.940	2.000	0.470	0.500	0.608	0.008
	Greenhouse-Geisser	0.940	2.000	0.470	0.500	0.608	0.008
	Huynh-Feldt	0.940	2.000	0.470	0.500	0.608	0.008
	Dolna granica	0.940	2.000	0.470	0.500	0.608	0.008

Tabela 63A. Wyniki testu GLM badającego zmianę skali „motywacja” SAPROF pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	0.929	2.000	0.464	0.458	0.634	0.009
	Greenhouse- Geisser	0.929	2.000	0.464	0.458	0.634	0.009
	Huynh-Feldt	0.929	2.000	0.464	0.458	0.634	0.009
	Dolna granica	0.929	2.000	0.464	0.458	0.634	0.009
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	0.767	2.000	0.384	0.379	0.686	0.007
	Greenhouse- Geisser	0.767	2.000	0.384	0.379	0.686	0.007
	Huynh-Feldt	0.767	2.000	0.384	0.379	0.686	0.007
	Dolna granica	0.767	2.000	0.384	0.379	0.686	0.007
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	0.179	2.000	0.090	0.088	0.915	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.179	2.000	0.090	0.088	0.915	0.002
	Huynh-Feldt	0.179	2.000	0.090	0.088	0.915	0.002
	Dolna granica	0.179	2.000	0.090	0.088	0.915	0.002
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	0.427	2.000	0.214	0.211	0.810	0.004
	Greenhouse- Geisser	0.427	2.000	0.214	0.211	0.810	0.004
	Huynh-Feldt	0.427	2.000	0.214	0.211	0.810	0.004
	Dolna granica	0.427	2.000	0.214	0.211	0.810	0.004
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	1.446	2.000	0.723	0.714	0.492	0.014
	Greenhouse- Geisser	1.446	2.000	0.723	0.714	0.492	0.014
	Huynh-Feldt	1.446	2.000	0.723	0.714	0.492	0.014
	Dolna granica	1.446	2.000	0.723	0.714	0.492	0.014

Tabela 64A. Wyniki testu GLM badającego zmianę czynników ochronnych związanych z motywacją w SAPROF (motywacja) w procesie leczenia z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	5.500	2.000	2.750	3.009	0.053	0.047
	Greenhouse- Geisser	5.500	2.000	2.750	3.009	0.053	0.047
	Huynh-Feldt	5.500	2.000	2.750	3.009	0.053	0.047
	Dolna granica	5.500	2.000	2.750	3.009	0.053	0.047
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
	Greenhouse- Geisser	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
	Huynh-Feldt	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
	Dolna granica	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
	Greenhouse- Geisser	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
	Huynh-Feldt	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
	Dolna granica	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	0.207	2.000	0.103	0.112	0.894	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.207	2.000	0.103	0.112	0.894	0.002
	Huynh-Feldt	0.207	2.000	0.103	0.112	0.894	0.002
	Dolna granica	0.207	2.000	0.103	0.112	0.894	0.002
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
	Greenhouse- Geisser	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
	Huynh-Feldt	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
	Dolna granica	1.242	2.000	0.621	0.679	0.509	0.011
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
	Greenhouse- Geisser	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
	Huynh-Feldt	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
	Dolna granica	0.579	2.000	0.289	0.317	0.729	0.005
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	0.756	2.000	0.378	0.413	0.662	0.007
	Greenhouse- Geisser	0.756	2.000	0.378	0.413	0.662	0.007
	Huynh-Feldt	0.756	2.000	0.378	0.413	0.662	0.007
	Dolna granica	0.756	2.000	0.378	0.413	0.662	0.007

Tabela 65A. Wyniki testu GLM badającego zmianę czynników ochronnych związanych z motywacją w SAPROF (motywacja) pod wpływem leczenia z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	0.340	2.000	0.170	0.189	0.828	0.004
	Greenhouse- Geisser	0.340	2.000	0.170	0.189	0.828	0.004
	Huynh-Feldt	0.340	2.000	0.170	0.189	0.828	0.004
	Dolna granica	0.340	2.000	0.170	0.189	0.828	0.004
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	1.191	2.000	0.596	0.662	0.518	0.013
	Greenhouse- Geisser	1.191	2.000	0.596	0.662	0.518	0.013
	Huynh-Feldt	1.191	2.000	0.596	0.662	0.518	0.013
	Dolna granica	1.191	2.000	0.596	0.662	0.518	0.013
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	0.033	2.000	0.016	0.018	0.982	0.000
	Greenhouse- Geisser	0.033	2.000	0.016	0.018	0.982	0.000
	Huynh-Feldt	0.033	2.000	0.016	0.018	0.982	0.000
	Dolna granica	0.033	2.000	0.016	0.018	0.982	0.000
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	3.891	2.000	1.945	2.161	0.121	0.042
	Greenhouse- Geisser	3.891	2.000	1.945	2.161	0.121	0.042
	Huynh-Feldt	3.891	2.000	1.945	2.161	0.121	0.042
	Dolna granica	3.891	2.000	1.945	2.161	0.121	0.042
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	4.653	2.000	2.326	2.585	0.081	0.050
	Greenhouse- Geisser	4.653	2.000	2.326	2.585	0.081	0.050
	Huynh-Feldt	4.653	2.000	2.326	2.585	0.081	0.050
	Dolna granica	4.653	2.000	2.326	2.585	0.081	0.050

Tabela 66A. Wyniki testu GLM badającego zmianę zewnętrznych czynników ochronnych (ochrony zewnętrznej) w SAPROF pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	0.087	2.000	0.043	0.171	0.843	0.003
	Greenhouse-Geisser	0.087	2.000	0.043	0.171	0.843	0.003
	Huynh-Feldt	0.087	2.000	0.043	0.171	0.843	0.003
	Dolna granica	0.087	2.000	0.043	0.171	0.843	0.003
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	0.374	2.000	0.187	0.740	0.479	0.012
	Greenhouse-Geisser	0.374	2.000	0.187	0.740	0.479	0.012
	Huynh-Feldt	0.374	2.000	0.187	0.740	0.479	0.012
	Dolna granica	0.374	2.000	0.187	0.740	0.479	0.012
terapia * TriPM Bezdusznosc	Sferyczność założona	0.030	2.000	0.015	0.060	0.942	0.001
	Greenhouse-Geisser	0.030	2.000	0.015	0.060	0.942	0.001
	Huynh-Feldt	0.030	2.000	0.015	0.060	0.942	0.001
	Dolna granica	0.030	2.000	0.015	0.060	0.942	0.001
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	0.112	2.000	0.056	0.220	0.802	0.004
	Greenhouse-Geisser	0.112	2.000	0.056	0.220	0.802	0.004
	Huynh-Feldt	0.112	2.000	0.056	0.220	0.802	0.004
	Dolna granica	0.112	2.000	0.056	0.220	0.802	0.004



Tabela 67A. Wyniki testu GLM badającego zmianę zewnętrznych czynników ochronnych (ochrony zewnętrznej) SAPROF pod wpływem terapii z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	0.010	2.000	0.005	0.019	0.981	0.000
	Greenhouse- Geisser	0.010	2.000	0.005	0.019	0.981	0.000
	Huynh-Feldt	0.010	2.000	0.005	0.019	0.981	0.000
	Dolna granica	0.010	2.000	0.005	0.019	0.981	0.000
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	0.217	2.000	0.109	0.401	0.671	0.008
	Greenhouse- Geisser	0.217	2.000	0.109	0.401	0.671	0.008
	Huynh-Feldt	0.217	2.000	0.109	0.401	0.671	0.008
	Dolna granica	0.217	2.000	0.109	0.401	0.671	0.008
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	1.051	2.000	0.526	1.938	0.149	0.037
	Greenhouse- Geisser	1.051	2.000	0.526	1.938	0.149	0.037
	Huynh-Feldt	1.051	2.000	0.526	1.938	0.149	0.037
	Dolna granica	1.051	2.000	0.526	1.938	0.149	0.037
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	1.678	2.000	0.839	1.383	0.242	0.013
	Greenhouse- Geisser	1.678	2.000	0.839	1.383	0.242	0.013
	Huynh-Feldt	1.678	2.000	0.839	1.383	0.242	0.013
	Dolna granica	1.678	2.000	0.839	1.383	0.242	0.013
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	0.121	2.000	0.061	0.223	0.800	0.004
	Greenhouse- Geisser	0.121	2.000	0.061	0.223	0.800	0.004
	Huynh-Feldt	0.121	2.000	0.061	0.223	0.800	0.004
	Dolna granica	0.121	2.000	0.061	0.223	0.800	0.004

Tabela 68A. Wyniki testu GLM badającego zmianę zewnętrznych czynników ochronnych SAPROF (ochrony zewnętrznej) pod wpływem terapii z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	1.373	2.000	0.686	2.579	0.080	0.038
	Greenhouse- Geisser	1.373	2.000	0.686	2.579	0.080	0.038
	Huynh-Feldt	1.373	2.000	0.686	2.579	0.080	0.038
	Dolna granica	1.373	2.000	0.686	2.579	0.080	0.038
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	0.058	2.000	0.029	0.109	0.897	0.002
	Greenhouse- Geisser	0.058	2.000	0.029	0.109	0.897	0.002
	Huynh-Feldt	0.058	2.000	0.029	0.109	0.897	0.002
	Dolna granica	0.058	2.000	0.029	0.109	0.897	0.002
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	0.810	2.000	0.405	1.523	0.222	0.023
	Greenhouse- Geisser	0.810	2.000	0.405	1.523	0.222	0.023
	Huynh-Feldt	0.810	2.000	0.405	1.523	0.222	0.023
	Dolna granica	0.810	2.000	0.405	1.523	0.222	0.023
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	2.160	2.000	1.080	4.272	0.016	0.066
	Greenhouse- Geisser	2.160	2.000	1.080	4.272	0.016	0.066
	Huynh-Feldt	2.160	2.000	1.080	4.272	0.016	0.066
	Dolna granica	2.160	2.000	1.080	4.272	0.016	0.066
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	1.341	2.000	0.671	2.652	0.075	0.042
	Greenhouse- Geisser	1.341	2.000	0.671	2.652	0.075	0.042
	Huynh-Feldt	1.341	2.000	0.671	2.652	0.075	0.042
	Dolna granica	1.341	2.000	0.671	2.652	0.075	0.042
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	0.911	2.000	0.456	1.801	0.169	0.029
	Greenhouse- Geisser	0.911	2.000	0.456	1.801	0.169	0.029
	Huynh-Feldt	0.911	2.000	0.456	1.801	0.169	0.029
	Dolna granica	0.911	2.000	0.456	1.801	0.169	0.029
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	0.800	2.000	0.400	1.581	0.210	0.025
	Greenhouse- Geisser	0.800	2.000	0.400	1.581	0.210	0.025
	Huynh-Feldt	0.800	2.000	0.400	1.581	0.210	0.025
	Dolna granica	0.800	2.000	0.400	1.581	0.210	0.025

Tabela 69A. Wyniki testu GLM badającego zmianę zewnętrznych czynników ochronnych SAPROF (ochrony zewnętrznej) pod wpływem terapii z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P).

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	0.116	2.000	0.058	0.216	0.806	0.004
	Greenhouse- Geisser	0.116	2.000	0.058	0.216	0.806	0.004
	Huynh-Feldt	0.116	2.000	0.058	0.216	0.806	0.004
	Dolna granica	0.116	2.000	0.058	0.216	0.806	0.004
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	0.021	2.000	0.010	0.039	0.962	0.001
	Greenhouse- Geisser	0.021	2.000	0.010	0.039	0.962	0.001
	Huynh-Feldt	0.021	2.000	0.010	0.039	0.962	0.001
	Dolna granica	0.021	2.000	0.010	0.039	0.962	0.001
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	0.185	2.000	0.093	0.346	0.709	0.007
	Greenhouse- Geisser	0.185	2.000	0.093	0.346	0.709	0.007
	Huynh-Feldt	0.185	2.000	0.093	0.346	0.709	0.007
	Dolna granica	0.185	2.000	0.093	0.346	0.709	0.007
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	0.509	2.000	0.255	0.949	0.390	0.019
	Greenhouse- Geisser	0.509	2.000	0.255	0.949	0.390	0.019
	Huynh-Feldt	0.509	2.000	0.255	0.949	0.390	0.019
	Dolna granica	0.509	2.000	0.255	0.949	0.390	0.019
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	0.720	2.000	0.360	1.342	0.266	0.027
	Greenhouse- Geisser	0.720	2.000	0.360	1.342	0.266	0.027
	Huynh-Feldt	0.720	2.000	0.360	1.342	0.266	0.027
	Dolna granica	0.720	2.000	0.360	1.342	0.266	0.027

Tabela 70A. Wyniki testu GLM badającego zmianę wyniku ogólnego SAPROF pod wpływem leczenia z uwzględnieniem poziomu psychopatii (TriPM)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * TriPM Zuchwałość	Sferyczność założona	2.576	2.000	1.288	0.506	0.604	0.008
	Greenhouse-Geisser	2.576	2.000	1.288	0.506	0.604	0.008
	Huynh-Feldt	2.576	2.000	1.288	0.506	0.604	0.008
	Dolna granica	2.576	2.000	1.288	0.506	0.604	0.008
terapia * TriPM Rozchamowanie	Sferyczność założona	0.553	2.000	0.277	0.109	0.897	0.002
	Greenhouse-Geisser	0.553	2.000	0.277	0.109	0.897	0.002
	Huynh-Feldt	0.553	2.000	0.277	0.109	0.897	0.002
	Dolna granica	0.553	2.000	0.277	0.109	0.897	0.002
terapia * TriPM Bezdusznosc	Sferyczność założona	10.905	2.000	5.453	2.143	0.122	0.034
	Greenhouse-Geisser	10.905	2.000	5.453	2.143	0.122	0.034
	Huynh-Feldt	10.905	2.000	5.453	2.143	0.122	0.034
	Dolna granica	10.905	2.000	5.453	2.143	0.122	0.034
terapia * TriPM Psychopatia	Sferyczność założona	3.533	2.000	1.767	0.694	0.501	0.011
	Greenhouse-Geisser	3.533	2.000	1.767	0.694	0.501	0.011
	Huynh-Feldt	3.533	2.000	1.767	0.694	0.501	0.011
	Dolna granica	3.533	2.000	1.767	0.694	0.501	0.011

Tabela 71A. Wyniki testu GLM badającego zmianę wyniku ogólnego SAPROF pod wpływem leczenia z uwzględnieniem poziomu psychopatii (PPTS)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * PPTS Egocentryzm	Sferyczność założona	0.022	1.139 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.324	0.022
	Greenhouse- Geisser	0.978	1.139 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.324	0.022
	Huynh-Feldt	0.022	1.139 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.324	0.022
	Dolna granica	0.022	1.139 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.324	0.022
terapia * PPTS Manipulacja Interpersonalna	Sferyczność założona	0.004	.184 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.832	0.004
	Greenhouse- Geisser	0.996	.184 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.832	0.004
	Huynh-Feldt	0.004	.184 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.832	0.004
	Dolna granica	0.004	.184 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.832	0.004
terapia * PPTS Wrażliwość Poznawcza	Sferyczność założona	0.007	.348 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.707	0.007
	Greenhouse- Geisser	0.993	.348 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.707	0.007
	Huynh-Feldt	0.007	.348 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.707	0.007
	Dolna granica	0.007	.348 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.707	0.007
terapia * PPTS Wrażliwość Afektywna	Sferyczność założona	0.015	.767 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.467	0.015
	Greenhouse- Geisser	0.985	.767 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.467	0.015
	Huynh-Feldt	0.015	.767 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.467	0.015
	Dolna granica	0.015	.767 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.467	0.015
terapia * PPTS Wynik ogólny	Sferyczność założona	0.011	.560 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.573	0.011
	Greenhouse- Geisser	0.989	.560 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.573	0.011
	Huynh-Feldt	0.011	.560 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.573	0.011
	Dolna granica	0.011	.560 <sup>b</sup>	2.000	102.000	0.573	0.011

Tabela 72A. Wyniki testu GLM badającego zmianę wyniku ogólnego SAPROF pod wpływem leczenia z uwzględnieniem samoregulacji (SSPP)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * SSPP Promocja	Sferyczność założona	0.022	1.490 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.229	0.022
	Greenhouse- Geisser	0.978	1.490 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.229	0.022
	Huynh-Feldt	0.023	1.490 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.229	0.022
	Dolna granica	0.023	1.490 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.229	0.022
terapia * SSPP promocja standardy	Sferyczność założona	0.001	.042 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.958	0.001
	Greenhouse- Geisser	0.999	.042 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.958	0.001
	Huynh-Feldt	0.001	.042 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.958	0.001
	Dolna granica	0.001	.042 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.958	0.001
terapia * SSPP promocja kontrola	Sferyczność założona	0.017	1.141 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.323	0.017
	Greenhouse- Geisser	0.983	1.141 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.323	0.017
	Huynh-Feldt	0.017	1.141 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.323	0.017
	Dolna granica	0.017	1.141 <sup>b</sup>	2.000	132.000	0.323	0.017
terapia * SSPP Prewencja	Sferyczność założona	27.679	2.000	13.839	5.836	0.004	0.088
	Greenhouse- Geisser	27.679	2.000	13.839	5.836	0.004	0.088
	Huynh-Feldt	27.679	2.000	13.839	5.836	0.004	0.088
	Dolna granica	27.679	2.000	13.839	5.836	0.004	0.088
terapia * SSPP prewencja standardy	Sferyczność założona	4.723	2.000	2.361	0.996	0.372	0.016
	Greenhouse- Geisser	4.723	2.000	2.361	0.996	0.372	0.016
	Huynh-Feldt	4.723	2.000	2.361	0.996	0.372	0.016
	Dolna granica	4.723	2.000	2.361	0.996	0.372	0.016
terapia * SSPP kontrola	Sferyczność założona	1.879	2.000	0.940	0.396	0.674	0.007
	Greenhouse- Geisser	1.879	2.000	0.940	0.396	0.674	0.007
	Huynh-Feldt	1.879	2.000	0.940	0.396	0.674	0.007
	Dolna granica	1.879	2.000	0.940	0.396	0.674	0.007
terapia * siła motywacji	Sferyczność założona	5.304	2.000	2.652	1.118	0.330	0.018
	Greenhouse- Geisser	5.304	2.000	2.652	1.118	0.330	0.018
	Huynh-Feldt	5.304	2.000	2.652	1.118	0.330	0.018
	Dolna granica	5.304	2.000	2.652	1.118	0.330	0.018

Tabela 73A. Wyniki testu GLM badającego zmianę wyniku ogólnego SAPROF pod wpływem leczenia z uwzględnieniem impulsywności (UPPS-P)

Źródło		Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	istotność	Cząstkowe Eta kwadrat
terapia * UPPS-P negatywna popędliwość	Sferyczność założona	2.432	2.000	1.216	0.496	0.610	0.010
	Greenhouse- Geisser	2.432	2.000	1.216	0.496	0.610	0.010
	Huynh-Feldt	2.432	2.000	1.216	0.496	0.610	0.010
	Dolna granica	2.432	2.000	1.216	0.496	0.610	0.010
terapia * UPPS-P premedytacja	Sferyczność założona	2.648	2.000	1.324	0.541	0.584	0.011
	Greenhouse- Geisser	2.648	2.000	1.324	0.541	0.584	0.011
	Huynh-Feldt	2.648	2.000	1.324	0.541	0.584	0.011
	Dolna granica	2.648	2.000	1.324	0.541	0.584	0.011
terapia * UPPS-P wytrwałość	Sferyczność założona	0.646	2.000	0.323	0.132	0.877	0.003
	Greenhouse- Geisser	0.646	2.000	0.323	0.132	0.877	0.003
	Huynh-Feldt	0.646	2.000	0.323	0.132	0.877	0.003
	Dolna granica	0.646	2.000	0.323	0.132	0.877	0.003
terapia * UPPS-P poszukiwanie doznań	Sferyczność założona	9.081	2.000	4.541	1.854	0.162	0.036
	Greenhouse- Geisser	9.081	2.000	4.541	1.854	0.162	0.036
	Huynh-Feldt	9.081	2.000	4.541	1.854	0.162	0.036
	Dolna granica	9.081	2.000	4.541	1.854	0.162	0.036
terapia * UPPS-P pozytywna popędliwość	Sferyczność założona	18.940	2.000	9.470	3.866	0.024	0.073
	Greenhouse- Geisser	18.940	2.000	9.470	3.866	0.024	0.073
	Huynh-Feldt	18.940	2.000	9.470	3.866	0.024	0.073
	Dolna granica	18.940	2.000	9.470	3.866	0.024	0.073

Tabela 74A. Zmienne wykluczone z modelu regresji, gdzie zmienną zależną był ogólny wynik ryzyka z pomiaru  
2

Model	Beta w			Statystyki współliniowości			
	modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja
1 TriPM rozhamowanie	0.241 <sup>b</sup>	3.097	0.002	0.246	0.838	1.193	0.838
TriPM bezduszność	0.066 <sup>b</sup>	0.878	0.381	0.072	0.947	1.056	0.947
TriPM Psychopatia	0.200 <sup>b</sup>	2.731	0.007	0.218	0.959	1.043	0.959
PTPS OGÓLNY	0.083 <sup>b</sup>	1.107	0.270	0.090	0.949	1.054	0.949
UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	0.260 <sup>b</sup>	2.800	0.006	0.224	0.595	1.680	0.595
UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	0.148 <sup>b</sup>	1.575	0.117	0.128	0.607	1.649	0.607
UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	0.128 <sup>b</sup>	1.394	0.165	0.113	0.631	1.584	0.631
2 TriPM bezduszność	0.045 <sup>c</sup>	.610	0.542	0.050	0.939	1.065	0.813
TriPM Psychopatia	0.133 <sup>c</sup>	1.699	0.091	0.138	0.817	1.224	0.714
PTPS OGÓLNY	0.076 <sup>c</sup>	1.041	0.300	0.085	0.948	1.055	0.806
UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	0.167 <sup>c</sup>	1.629	0.105	0.133	0.480	2.081	0.480
UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	0.131 <sup>c</sup>	1.434	0.154	0.117	0.604	1.655	0.555
UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	0.057 <sup>c</sup>	0.610	0.543	0.050	0.585	1.710	0.585

a. Zmienna zależna: Wynik Całk.  
b. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)  
c. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P), TriPM rozhamowanie



Tabela 75A. Zmienne wykluczone z modelu regresji, gdzie zmienną zależną był czynnik ryzyka H z pomiaru 2

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Statystyki współliniowości				
				Korelacja cząstkowa	Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja	
1	TriPM Psychopatia	0.022 <sup>b</sup>	0.270	0.787	0.022	0.818	1.222	0.818
	UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	0.148 <sup>b</sup>	1.685	0.094	0.137	0.680	1.471	0.680
	UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	0.204 <sup>b</sup>	2.615	0.010	0.209	0.838	1.193	0.838
	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	0.184 <sup>b</sup>	2.456	0.015	0.197	0.913	1.095	0.913
	UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	0.055 <sup>b</sup>	0.671	0.503	0.055	0.805	1.242	0.805
2	TriPM Psychopatia	0.014 <sup>c</sup>	0.179	0.858	0.015	0.817	1.224	0.714
	UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	0.036 <sup>c</sup>	0.346	0.730	0.028	0.480	2.081	0.480
	UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	0.106 <sup>c</sup>	1.159	0.248	0.095	0.604	1.655	0.555
	UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	-0.075 <sup>c</sup>	-0.800	0.425	-0.066	0.585	1.710	0.585

a. Zmienna zależna: Skala H

b. Predyktory w modelu: (Stała), TriPM rozhamowanie

c. Predyktory w modelu: (Stała), TriPM rozhamowanie, UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)

Tabela 76A. Zmienne wykluczone z modelu regresji gdzie zmienną zależną był czynnik ryzyka C z pomiaru 2

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki współliniowości		
					Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja
1 TriPM rozhamowanie	0.034 <sup>b</sup>	0.390	0.697	0.032	0.805	1.242	0.805
TriPM Psychopatia	0.064 <sup>b</sup>	0.780	0.436	0.064	0.893	1.120	0.893
PTPS Manipulacja Interpersonalna	0.124 <sup>b</sup>	1.555	0.122	0.126	0.938	1.066	0.938
UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	0.172 <sup>b</sup>	1.477	0.142	0.120	0.440	2.274	0.440
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	0.183 <sup>b</sup>	1.895	0.060	0.153	0.631	1.584	0.631
UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	0.151 <sup>b</sup>	1.847	0.067	0.150	0.883	1.133	0.883

a. Zmienna zależna: Skala C

b. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)

Tabela 77A. Zmienne wykluczone z modelu regresji gdzie zmienną zależną był czynnik ryzyka R z pomiaru 2

Model	Beta w modelu	T	Istotność	Statystyki współliniowości			
				Korelacja cząstkowa	Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja
1 TriPM bezduszność	0.152 <sup>b</sup>	1.918	0.057	0.155	.947	1.056	0.947
TriPM Psychopatia	0.197 <sup>b</sup>	2.523	0.013	0.202	.959	1.043	0.959
PTPS OGÓLNY	0.104 <sup>b</sup>	1.312	0.191	0.107	.949	1.054	0.949
UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	0.127 <sup>b</sup>	1.269	0.207	0.103	.595	1.680	0.595
UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	0.082 <sup>b</sup>	0.822	0.412	0.067	.607	1.649	0.607
UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	0.055 <sup>b</sup>	0.563	0.574	0.046	.631	1.584	0.631
2 TriPM bezduszność	0.102 <sup>c</sup>	1.242	0.216	0.102	.863	1.158	0.863
PTPS OGÓLNY	0.069 <sup>c</sup>	0.865	0.388	0.071	.914	1.094	0.914
UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)	0.061 <sup>c</sup>	0.592	0.555	0.049	.547	1.829	0.547
UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	0.089 <sup>c</sup>	0.910	0.365	0.075	.606	1.650	0.588
UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	-0.009 <sup>c</sup>	-0.0091	0.927	-0.007	.588	1.702	0.588

a. Zmienna zależna: Skala R  
b. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)  
c. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P), TriPM Psychopatia

Tabela 78A. Zmienne wykluczone z modelu regresji gdzie zmienną zależną był wynik ogólny ochrony z pomiaru drugiego

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki współliniowości		
					Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja
1 TriPM rozhamowanie	-0.124 <sup>b</sup>	-1.281	0.202	-0.105	0.635	1.576	0.635
TriPM bezduszność	-0.248 <sup>b</sup>	-3.304	0.001	-0.262	0.990	1.010	0.990
TriPM Psychopatia	-0.077 <sup>b</sup>	-0.958	0.340	-0.078	0.917	1.090	0.917
SSPP prewencja kontrola	0.086 <sup>b</sup>	1.086	0.279	0.089	0.939	1.065	0.939
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.176 <sup>b</sup>	-1.838	0.068	-0.149	0.640	1.563	0.640
UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	-0.098 <sup>b</sup>	-1.197	0.233	-0.098	0.879	1.137	0.879
UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	-0.120 <sup>b</sup>	-1.063	0.289	-0.087	0.469	2.131	0.469
2 TriPM rozhamowanie	-0.079 <sup>c</sup>	-0.830	0.408	-0.068	0.620	1.613	0.620
TriPM Psychopatia	-0.002 <sup>c</sup>	-0.019	0.985	-0.002	0.838	1.193	0.838
SSPP prewencja kontrola	0.033 <sup>c</sup>	0.421	0.674	0.035	0.895	1.117	0.895
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.125 <sup>c</sup>	-1.323	0.188	-0.109	0.620	1.613	0.620
UPPS-P Wytrwałość – brak wytrwałości (W)	-0.042 <sup>c</sup>	-0.510	.611	-.042	0.836	1.196	0.836
UPPS-P 5) Pozytywna popędliwość (PP)	-0.065 <sup>c</sup>	-0.586	.559	-.048	0.458	2.185	0.458

a. Zmienna zależna: POMIAR 2 - SAPROF Wynik całk.

b. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Negatywna popędliwość (NP)

c. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Negatywna popędliwość (NP), TriPM bezduszność

Tabela 79A. Zmiennie wykluczone z modelu regresji gdzie zmienną zależną była ochrona wewnętrzna z pomiaru drugiego

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki współliniowości		
					Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja
1 TriPM rozhamowanie	-0.155 <sup>b</sup>	-1.597	0.112	-0.130	0.635	1.576	0.635
TriPM bezdusznosc	-0.186 <sup>b</sup>	-2.421	0.017	-0.195	0.990	1.010	0.990
PTPS Wrażliwość Afektywna	-0.177 <sup>b</sup>	-2.315	0.022	-0.187	0.998	1.002	0.998
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.195 <sup>b</sup>	-2.034	0.044	-0.165	0.640	1.563	0.640
UPPS-P Wytrwalosc – brak wytrwalosci (W)	-0.133 <sup>b</sup>	-1.610	0.109	-0.131	0.879	1.137	0.879
UPPS-P 5) Pozytywna popedliwosc (PP)	0.048 <sup>b</sup>	0.426	0.671	0.035	0.469	2.131	0.469
2 TriPM rozhamowanie	-0.123 <sup>c</sup>	-1.266	0.207	-0.104	0.620	1.613	0.620
PTPS Wrażliwość Afektywna	-0.113 <sup>c</sup>	-1.283	0.201	-0.105	0.749	1.335	0.743
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.160 <sup>c</sup>	-1.653	0.100	-0.135	0.620	1.613	0.620
UPPS-P Wytrwalosc – brak wytrwalosci (W)	-0.093 <sup>c</sup>	-1.118	0.265	-0.092	0.836	1.196	0.836
UPPS-P 5) Pozytywna popedliwosc (PP)	0.093 <sup>c</sup>	0.822	0.412	0.068	0.458	2.185	0.458

a. Zmienna zależna: POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne  
b. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Negatywna popędlivosc (NP)  
c. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Negatywna popędlivosc (NP), TriPM bezdusznosc

Tabela 80A. Zmienne wykluczone z modelu regresji gdzie zmienną zależną była motywacja (SAPROF) z pomiaru drugiego

Model	Beta w modelu	T	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki współliniowości		
					Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja
1 TriPM rozhamowanie	-0.089 <sup>b</sup>	-0.912	0.363	-0.075	.635	1.576	0.635
TriPM bezdusznosc	-0.199 <sup>b</sup>	-2.603	0.010	-0.209	.990	1.010	0.990
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.082 <sup>b</sup>	-0.850	0.397	-0.070	.640	1.563	0.640
UPPS-P Wytrwalosc – brak wytrwalosci (W)	-0.063 <sup>b</sup>	-0.758	0.450	-0.062	.879	1.137	0.879
UPPS-P 5) Pozytywna popedliwosc (PP)	-0.179 <sup>b</sup>	-1.592	0.113	-0.130	.469	2.131	0.469
2 TriPM rozhamowanie	-0.052 <sup>c</sup>	-0.542	0.589	-0.045	.620	1.613	0.620
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.040 <sup>c</sup>	-0.413	0.680	-0.034	.620	1.613	0.620
UPPS-P Wytrwalosc – brak wytrwalosci (W)	-0.017 <sup>c</sup>	-0.199	0.843	-0.016	.836	1.196	0.836
UPPS-P 5) Pozytywna popedliwosc (PP)	-0.137 <sup>c</sup>	-1.224	0.223	-0.100	.458	2.185	0.458

a. Zmienna zależna: POMIAR 2 - SAPROF Motywacja

b. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Negatywna popedliwosc (NP)

c. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Negatywna popedliwosc (NP), TriPM bezdusznosc

Tabela 81A. Zmienne wykluczone z modelu regresji, gdzie zmienną zależną była zewnętrzna ochrona z pomiaru drugiego

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki współliniowości		
					Tolerancja	VIF	Minimalna tolerancja
1 TriPM bezdusznosc	-0.178 <sup>b</sup>	-2.283	0.024	-0.184	0.967	1.034	0.967
UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.094 <sup>b</sup>	-0.984	0.327	-0.081	0.666	1.502	0.666
2 UPPS-P Premedytacja – brak premedytacji (lub brak planowania) (P)	-0.069 <sup>c</sup>	-0.726	0.469	-0.060	0.656	1.524	0.656

a. Zmienna zależna: POMIAR 2 - SAPROF Motywacja

b. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Pozytywna popędlivosc (PP)

c. Predyktory w modelu: (Stała), UPPS-P Pozytywna popędlivosc (PP), TriPM bezdusznosc

Tabela 82A. Zmienne wykluczone z modelu regresji, gdzie zmienną zależną był priorytet przypadku z pomiaru drugiego a zmiennymi niezależnymi główne skale HCR-20 oraz SAPROF

Model		Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki	
						współliniowości Tolerancja	
1	Skala H	,243 <sup>b</sup>	3,216	,002	,256	,905	
	Skala C	,155 <sup>b</sup>	1,810	,072	,147	,733	
	POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,234 <sup>b</sup>	-2,793	,006	-,224	,745	
	POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-,022 <sup>b</sup>	-,219	,827	-,018	,561	
	POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-,286 <sup>b</sup>	-3,064	,003	-,244	,594	
	2	Skala C	,122 <sup>c</sup>	1,447	,150	,119	,720
		POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,155 <sup>c</sup>	-1,741	,084	-,142	,638
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja		,017 <sup>c</sup>	,175	,861	,014	,552	
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne		-,277 <sup>c</sup>	-3,053	,003	-,244	,593	
3		Skala C	,108 <sup>d</sup>	1,316	,190	,108	,718
	POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,148 <sup>d</sup>	-1,704	,091	-,140	,638	
	POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	,014 <sup>d</sup>	,151	,881	,012	,552	

a. Zmienna zależna: Pomiar 2 -Priorytet przypadku  
b. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R  
c. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R , Skala H  
d. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R , Skala H , POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne



Tabela 83A. Zmienne wykluczone z modelu regresji gdzie zmienną zależną była „poważna krzywda fizyczna” z pomiaru drugiego a zmiennymi niezależnymi główne skale HCR-20 oraz SAPROF

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki
					współliniowości
					Tolerancja
1 Skala H	,159 <sup>b</sup>	1,937	0,055	0,157	0,905
Skala C	,058 <sup>b</sup>	0,632	0,528	0,052	0,733
POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,060 <sup>b</sup>	-0,657	0,512	-0,054	0,745
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-,035 <sup>b</sup>	-0,332	0,740	-0,027	0,561
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-,084 <sup>b</sup>	-0,818	0,415	-0,067	0,594

Tabela 84A. Zmienne wykluczone z modelu regresji gdzie zmienną zależną była „przemoc w najbliższym czasie” z pomiaru drugiego a zmiennymi niezależnymi główne skale HCR-20<sup>V3</sup> oraz SAPROF.

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki współliniowości	
					Tolerancja	
1 Skala H	0.206 <sup>b</sup>	3,281	0.001	0.260		0.929
Skala R	0.319 <sup>b</sup>	4,658	0.000	0.358		0.733
POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-0.307 <sup>b</sup>	-4,627	0.000	-0.355		0.782
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-0.310 <sup>b</sup>	-4,099	0.000	-0.319		0.618
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-0.273 <sup>b</sup>	-4,286	0.000	-0.332		0.864
2 Skala H	0.154 <sup>c</sup>	2,529	0.012	0.204		0.890
POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-0.227 <sup>c</sup>	-3,314	0.001	-0.264		0.687
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-0.180 <sup>c</sup>	-2,098	0.038	-0.170		0.458
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-0.158 <sup>c</sup>	-2,094	0.038	-0.170		0.592
3 POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-0.188 <sup>d</sup>	-2,575	0.011	-0.208		0.599
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-0.164 <sup>d</sup>	-1,943	0.054	-0.159		0.455
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-0.153 <sup>d</sup>	-2,068	0.040	-0.169		0.591
4 POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-0.095 <sup>e</sup>	-1,045	0.298	-0.086		0.387
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-0.150 <sup>e</sup>	-2,071	0.040	-0.169		0.591
5 POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-0.104 <sup>f</sup>	-1,154	0.250	-0.096		0.386

a. Zmienna zależna: Pomiar 2 -przemoc w najbliższym czasie  
b. Predyktory w modelu: (Stała), Skala C  
c. Predyktory w modelu: (Stała), Skala C , Skala R  
d. Predyktory w modelu: (Stała), Skala C , Skala R , Skala H  
e. Predyktory w modelu: (Stała), Skala C , Skala R , Skala H , POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne  
f. Predyktory w modelu: (Stała), Skala C , Skala R , Skala H , POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne , POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne

Tabela 85A. Zmienne wykluczone z modelu regresji, gdzie zmienną zależną była „zintegrowana ocena ryzyka” z pomiaru drugiego a zmiennymi niezależnymi główne skale HCR-20 oraz SAPROF.

Model	Beta w modelu	t	Istotność	Korelacja cząstkowa	Statystyki współliniowości	
					Tolerancja	
1 Skala H	,195 <sup>b</sup>	3,148	,002	,251	,905	
Skala C	,380 <sup>b</sup>	5,934	,000	,438	,733	
POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,346 <sup>b</sup>	-5,350	,000	-,403	,745	
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-,510 <sup>b</sup>	-7,301	,000	-,515	,561	
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-,286 <sup>b</sup>	-3,779	,000	-,297	,594	
2 Skala H	,153 <sup>c</sup>	2,689	,008	,217	,890	
POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,261 <sup>c</sup>	-4,167	,000	-,325	,687	
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-,396 <sup>c</sup>	-5,325	,000	-,402	,458	
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-,261 <sup>c</sup>	-3,834	,000	-,302	,592	
3 POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,228 <sup>d</sup>	-3,409	,001	-,271	,599	
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	-,382 <sup>d</sup>	-5,213	,000	-,396	,455	
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-,257 <sup>d</sup>	-3,848	,000	-,303	,591	
4 POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,117 <sup>e</sup>	-1,695	,092	-,139	,509	
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	-,269 <sup>e</sup>	-4,447	,000	-,346	,590	
5 POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	-,108 <sup>f</sup>	-1,663	,098	-,137	,508	

a. Zmienna zależna: Pomiar 2 - zintegrowana ocena ryzyka (saprof plus hcr)

b. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R

c. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R , Skala C

d. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R , Skala C , Skala H

e. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R , Skala C , Skala H , POMIAR 2 - SAPROF Motywacja

f. Predyktory w modelu: (Stała), Skala R , Skala C , Skala H , POMIAR 2 - SAPROF Motywacja, POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne

Tabela 86A. Wyniki testu U Manna-Whitneya badającego różnice pomiędzy osobami przebywającymi w oddziałach o różnym poziomie zabezpieczeń

		U	p		Wielkość efektu
Skala H	Mann-Whitney U	1916	< .001	Rank biserial correlation	0.33674
Skala C	Mann-Whitney U	2465	0.116	Rank biserial correlation	0.14647
Skala R	Mann-Whitney U	2562	0.224	Rank biserial correlation	0.11305
Wynik Total	Mann-Whitney U	2217	0.013	Rank biserial correlation	0.23251
Skala H (5)	Mann-Whitney U	1829	< .001	Rank biserial correlation	0.36686
Skala C (4)	Mann-Whitney U	2229	0.014	Rank biserial correlation	0.22836
Skala R (3)	Mann-Whitney U	2631	0.340	Rank biserial correlation	0.08899
Wynik Całk.	Mann-Whitney U	2112	0.004	Rank biserial correlation	0.26887
SAPROF - Wewnętrzne	Mann-Whitney U	2787	0.708	Rank biserial correlation	0.03497
SAPROF - Motywacja	Mann-Whitney U	2583	0.258	Rank biserial correlation	0.10578
SAPROF - Zewnętrzne	Mann-Whitney U	2662	0.395	Rank biserial correlation	0.07843
SAPROF - Wynik całk.	Mann-Whitney U	2845	0.875	Rank biserial correlation	0.01489
POMIAR 2 - SAPROF Wewnętrzne	Mann-Whitney U	2867	0.939	Rank biserial correlation	0.00727
POMIAR 2 - SAPROF Motywacja	Mann-Whitney U	2520	0.172	Rank biserial correlation	0.12760
POMIAR 2 - SAPROF Zewnętrzne	Mann-Whitney U	2833	0.838	Rank biserial correlation	0.01904
POMIAR 2 - SAPROF Wynik całk.	Mann-Whitney U	2713	0.519	Rank biserial correlation	0.06060

Tabela 87A. Wyniki testu U Manna-Whitneya badającego różnice pomiędzy osobami przebywającymi w oddziałach o różnym poziomie zabezpieczeń

	oddział	M	Mediana	SD	Percentyle		
					25th	50th	75th
HCR-20 Skala H -pomiar 1	podstawowy	12.92	13.00	3.28	11.00	13.00	15.00
	wzmocniony	14.99	15.00	3.72	13.00	15.00	18.00
HCR-20Skala C -pomiar 1	podstawowy	4.25	4.00	2.62	2.00	4.00	6.00
	wzmocniony	4.88	5.00	2.01	4.00	5.00	6.00
HCR-20Skala R -pomiar 1	podstawowy	6.68	7.00	2.36	4.75	7.00	9.00
	wzmocniony	6.49	7.00	1.64	5.00	7.00	8.00
HCR-20 Wynik ogólny -pomiar 1	podstawowy	23.86	24.00	6.25	20.00	24.00	28.25
	wzmocniony	26.36	27.00	5.63	23.75	27.00	31.00
HCR-20Skala H -pomiar 2	podstawowy	12.92	13.00	3.39	11.00	13.00	15.00
	wzmocniony	15.28	15.50	3.72	13.00	15.50	19.00
HCR-20Skala C -pomiar 2	podstawowy	4.00	4.00	2.50	2.75	4.00	6.00
	wzmocniony	4.93	5.00	2.14	3.00	5.00	7.00
HCR-20Skala R -pomiar 2	podstawowy	6.47	7.00	2.39	4.00	7.00	8.25
	wzmocniony	6.29	6.00	1.81	5.00	6.00	8.00
HCR-20 Wynik ogólny. -pomiar 2	podstawowy	23.39	25.00	6.29	19.00	25.00	28.25
	wzmocniony	26.50	26.00	5.82	24.75	26.00	31.00
SAPROF – Wewnętrzne -pomiar1	podstawowy	4.04	4.00	1.85	3.00	4.00	5.00
	wzmocniony	3.89	4.00	1.93	2.00	4.00	5.00
SAPROF - Motywacja -pomiar 1	podstawowy	4.75	4.00	3.28	2.00	4.00	7.00
	wzmocniony	5.03	5.00	2.50	3.00	5.00	7.00
SAPROF - Zewnętrzne -pomiar 1	podstawowy	3.16	3.00	1.40	2.00	3.00	4.00
	wzmocniony	3.01	3.00	1.53	2.00	3.00	4.00
SAPROF - Wynik całk. -pomiar 1	podstawowy	11.95	11.00	5.30	8.00	11.00	15.00
	wzmocniony	11.93	12.00	4.67	9.00	12.00	14.25
SAPROF Wewnętrzne -pomiar 2	podstawowy	4.28	4.00	1.83	3.00	4.00	5.00
	wzmocniony	4.28	4.00	2.12	3.00	4.00	6.00
SAPROF Motywacja -pomiar 2	podstawowy	5.26	5.00	3.27	3.00	5.00	7.00
	wzmocniony	5.76	5.50	2.79	4.00	5.50	7.00
SAPROF Zewnętrzne -pomiar 2	podstawowy	3.26	3.00	1.49	2.00	3.00	4.00
	wzmocniony	3.24	3.00	1.57	2.00	3.00	4.00
SAPROF Wynik całk. -pomiar 2	podstawowy	12.80	12.00	5.34	9.00	12.00	16.00
	wzmocniony	13.28	12.00	5.46	10.00	12.00	17.00

Tabela 88A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy klasyfikacją powagi czynu będącego podstawą interwencji a szczegółowymi wynikami HCR

		Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą interwencji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1	Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą interwencji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 2
H1	Kendall's Tau B	0.345 ***	0.234 **
	p-value	< .001	0.001
H2	Kendall's Tau B	-0.221 **	-0.186 **
	p-value	0.002	0.009
H3	Kendall's Tau B	0.007	0.016
	p-value	0.928	0.823
H4	Kendall's Tau B	-0.003	-0.007
	p-value	0.967	0.924
H5	Kendall's Tau B	-0.163 *	-0.142 *
	p-value	0.023	0.050
H6	Kendall's Tau B	0.139	0.060
	p-value	0.059	0.418
H7	Kendall's Tau B	-0.067	-0.039
	p-value	0.335	0.580
H8	Kendall's Tau B	-0.043	0.009
	p-value	0.543	0.903
H9	Kendall's Tau B	0.079	0.117
	p-value	0.258	0.095
H10	Kendall's Tau B	-0.082	-0.047
	p-value	0.256	0.514
C1	Kendall's Tau B	-0.006	-0.022
	p-value	0.935	0.757
C2	Kendall's Tau B	0.024	0.071
	p-value	0.739	0.328
C3	Kendall's Tau B	0.028	0.117
	p-value	0.687	0.096
C4	Kendall's Tau B	0.064	0.110
	p-value	0.361	0.120
C5	Kendall's Tau B	0.002	0.120
	p-value	0.974	0.089

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Ciąg dalszy tabeli 88

		Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą interwencji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1	Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą interwencji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1
R1	Kendall's Tau B	-0.029	-0.000
	p-value	0.675	0.997
R2	Kendall's Tau B	0.064	0.027
	p-value	0.371	0.703
R3	Kendall's Tau B	0.009	0.071
	p-value	0.901	0.320
R4	Kendall's Tau B	0.074	0.117
	p-value	0.306	0.106
R5	Kendall's Tau B	0.106	0.132
	p-value	0.142	0.068

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Tabela 89A. Wyniki testu korelacji Tau Kendella badającego zależności pomiędzy klasyfikacją powagi czynu będącego podstawą interwencji a szczegółowymi wynikami SAPROF

		Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą interwencji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1	Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą interwencji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1
1.wynik	Kendall's Tau B	0.100	0.087
	p-value	0.162	0.221
2.wynik	Kendall's Tau B	-0.020	-0.023
	p-value	0.776	0.746
3.wynik	Kendall's Tau B	-0.036	-0.066
	p-value	0.611	0.354
4.wynik	Kendall's Tau B	-0.099	0.028
	p-value	0.172	0.696

Ciąg dalszy tabeli 89A

		Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą internacji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1	Klasyfikacja powagi czynu będącego podstawą internacji - w odniesieniu do wyników HCR -20 z pomiaru 1
5.wynik	Kendall's Tau B	0.102	0.040
	p-value	0.145	0.568
6.wynik	Kendall's Tau B	-0.139	-0.104
	p-value	0.059	0.158
7.wynik	Kendall's Tau B	0.077	0.027
	p-value	0.279	0.705
8.wynik	Kendall's Tau B	0.115	0.101
	p-value	0.103	0.147
9.wynik	Kendall's Tau B	0.019	-0.009
	p-value	0.788	0.899
10.wynik	Kendall's Tau B	0.117	0.038
	p-value	0.096	0.596
11.wynik	Kendall's Tau B	-0.005	-0.034
	p-value	0.942	0.628
12.wynik	Kendall's Tau B	0.033	-0.060
	p-value	0.639	0.391
13.wynik	Kendall's Tau B	-0.068	-0.071
	p-value	0.348	0.324
14.wynik	Kendall's Tau B	-0.019	-0.008
	p-value	0.797	0.914
15.wynik	Kendall's Tau B	-0.013	-0.057
	p-value	0.860	0.426
16.wynik	Kendall's Tau B	-0.063	-0.060
	p-value	0.378	0.399
17.wynik	Kendall's Tau B	-0.110	-0.120
	p-value	0.132	0.101