

# Procjena rizika za počinjenje nasilja kod forenzičnih pacijenata

---

**Božinović, Elena**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2018**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:669142>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-02**



*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad  
Procjena rizika za počinjenje nasilja kod forenzičnih  
pacijenata

Elena Božinović

doc. dr. sc. Nadica Buzina

Zagreb, lipanj, 2018.

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad  
Procjena rizika za počinjenje nasilja kod forenzičnih  
pacijenata

Elena Božinović

doc. dr. sc. Nadica Buzina

Zagreb, lipanj, 2018.

## Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad Procjena rizika za počinjenje nasilja kod forenzičnih pacijenata i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Elena Božinović

Mjesto i datum: Zagreb, 21. lipnja 2018.

Zahvaljujem svojoj mentorici Nadici Buzini na razumijevanju, pomoći i strpljenju prilikom izrade ovoga rada.

Zahvaljujem svojoj komentorici Aniti Jandrić Nišević, jer je svijetla točka sustava koji zbog nje izgleda kao prihvatljivije mjesto.

## **Sažetak**

Cilj ovoga rada je objedinjavanje dosadašnjih spoznaja u području procjene rizika za počinjenje nasilja u forenzičnoj populaciji. Procjena rizika prije svega predstavlja proces u koji je uključeno mnogo čimbenika te ju nije moguće isključivo i jednoznačno odrediti. Faze u razvoju navedenog područja govore u prilog tome da čak i sa današnjim saznanjima ne može se dati apsolutno točan odgovor, nego se govori o vjerojatnosti. Zakonodavni okvir Republike Hrvatske predstavlja temelj za razumijevanje istraživane populacije. U radu su prikazani najčešće korišteni alati, liste, odnosno instrumenti procjene rizika, kao i istraživanja njihovih obilježja i mjernih karakteristika. Izuzev navedenog, pažnja je posvećena i utjecaju procjenjivača na samu procjenu te preporukama i smjernicama za daljnji razvoj područja.

Ključne riječi: procjena rizika, nasilje, forenzični pacijenti, instrumenti procjene rizika

## **Summary**

The main goal of this paper is to summarize knowledge and achievement in violence risk assessment field. Risk assessment is process which includes many factors, and therefore can not be answered simply as correct or false. In that opinion, risk assessment represents possibility, rather than absolute answer. The law makes the first step in understanding forensic psychiatric patients. In this paper are shown the most used tools, lists and instrument in this field, their characteristic, and clinicians impact. Also, there are recommendations for further development of the field.

**Key words:** risk assessment, violence, forensic patients, risk assessment tools

# SADRŽAJ

## Sažetak/ Summary

Uvod .....	1
1. Zakonski okvir .....	2
1.1 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14).....	3
1.2 Definicija nasilja .....	5
1.3 Statički i dinamički čimbenici .....	5
1.4 Rizični i zaštitni čimbenici .....	6
2. Razvoj područja procjene rizika.....	7
2.1 Opće značajke .....	7
2.2 Forenzička psihijatrija .....	10
2.3 Faze razvoja područja procjene rizika.....	12
2.4 Pozitivne i negativne strane procjene rizika.....	15
3. Najpoznatiji instrumenti.....	18
3.1 HCR-20.....	18
3.2 START.....	20
3.3 VRAG.....	21
3.4 PCL-R.....	22
3.5 DUNDRUM.....	23
3.6 SAPROF .....	25
4. Dosadašnje spoznaje .....	26
4.1 Istraživanja psihometrijskih svojstava instrumenata procjene rizika .....	26
4.2 Istraživanja uloge statičkih i dinamičkih čimbenika .....	35
4.3 Istraživanja o utjecaju subjektivnosti na primijenjeni instrument.....	42
5. Smjernice i preporuke .....	45
Zaključak.....	46

## Literatura



## Uvod

Procjena rizika, ili šire gledano predviđanje budućeg ponašanja, vuče svoje korijene daleko u prošlost, no i danas izaziva intrigu i zanimanje te suočava sa brojnim pitanjima. Postoje različita shvaćanja, definiranja i područja u kojima se koristi procjena rizika, kao i raznovrsnost i širina provedenih istraživanja koji upućuju na važnost navedenog područja.

Procjena rizika danas se smatra "specijaliziranom vještinom" (Reed, 1997, Grisso i Appelbaum, 1992; prema Kumar i Simpson 2005), a svoje začetke nalazi u forenzičkoj psihijatriji (Kumar i Simpson, 2005). Uključuje detaljnu analizu ponašanja na svim razinama, kao i stavove, emocije i kogniciju osobe (Maden, 2007; prema Young i Woodcock, 2011), pritom ne zaboravljajući na važnost konteksta (Bartlett i McGauley, 2010; prema Young i Woodcock, 2011).

Jedan od najtežih i najodgovornijih zadataka stručnjaka različitih profila i u različitim ustanovama, pa tako i u forenzičkoj psihijatriji definitivno je procjena rizika nasilnog ponašanja. Ono što doprinosi složenosti procjene rizika su različiti (statički i dinamički, rizični i zaštitni) čimbenici koji utječu na buduće nasilno ponašanje, a važnost procjene ogleđa se u zaštiti individue, ali i društva (Goreta, 2004).

Primarno, procjena rizika za forenzične pacijente odnosi se na određivanje kada mogu biti otpušteni u zajednicu, no isto tako bitno je identificirati pacijente koji će se agresivno ponašati za vrijeme hospitalizacije (McDermott, Edens, Quanbeck, Busse i Scott, 2008).

Važnost procjene rizika od počinjenja nasilja u prvom redu odnosi se na upravljanje tretmanom, potencijalnim rizicima te često ograničenim resursima. Donošenje odluka na temelju procjena moraju biti znanstveno dokazane (Monahan i sur., 2001, Gardner i sur., 1996; prema Snowden, Gray, Taylor i Fitzgerald, 2009).

Slijedom navedenog, moguće je uočiti širinu područja procjene rizika, ali i poteškoće na koje stručnjaci nailaze u praktičnom radu. U cilju poboljšanja kvalitete rada, ali i samog razumijevanja istraživanog područja, u ovom radu prikazat će se zakonski okvir Republike

Hrvatske vezan uz forenzične pacijente, opisać će se razvoj područja procjene rizika i pripadajućih instrumenata te će se objasniti problematika navedenog područja. Uz to, objedinit će se dosadašnja istraživanja i spoznaje te će se dati preporuke i smjernice za razvoj procjene rizika u Republici Hrvatskoj.

## **1. Zakonski okvir**

Radi razjašnjavanja temeljnih pojmova u području procjene rizika potrebno je prikazati zakonski okvir Republike Hrvatske koji se odnosi na populaciju forenzičnih pacijenata, budući da postoje razlike između opće i forenzične populacije, odnosno govori se o specifičnoj populaciji. Za potrebe ovoga rada upotrebljavat će se hrvatsko zakonodavstvo, no pojedine specifičnosti između zakonodavstava zemalja bit će objašnjene naknadno, ovisno u kojoj zemlji je istraživanje provedeno.

Povijesno gledano, stav javnosti bio je usmjeren na sigurnost zajednice, naspram psihički bolesnih počinitelja kaznenih djela. Tako se zakoni vezani uz zaštitu javnosti od psihičkih bolesnika koji su počinili kaznena djela javljaju već oko 1800-te godine (Moran, 1985; prema Large i Nielssen, 2017). Promjene u zakonodavstvima u zadnjih 50-ak godina ovoga stoljeća, vođene su pretpostavkom da je psihička bolest i uzrok i prediktor nasilnog ponašanja, što je dovelo do promjena vezanih uz tretman, odnosno prisilni smještaj u institucije osoba koje se smatraju opasnim (Appelbaum, 1994; prema Large i Nielssen, 2017), ali i do razvoja u području procjene rizika za počinjenje nasilja (Mossman, 2006; prema Large i Nielsen, 2017). Istraživanja o povezanosti psihičke bolesti i kriminalnog ponašanja nisu jednoznačna; jedan dio autora se slaže da su primjerice simptomi shizofrenije povezani s povećanim rizikom za buduće kriminalno ponašanje (Link i Stueve, 1994; Link i sur., 1998; McNeil, 1994; McNeil i Binder, 1994; Silva i sur., 1995; Taylor i sur., 1998; prema Buzina, 2015), dok se drugi dio autora ne slaže s tom tvrdnjom (Junginger i sur., 1998; Martel i Dietz, 1992; Rudnick, 1999.; Steadman i sur., 1998; prema Buzina, 2015).

U nastavku su prikazani dijelovi Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj koji su vezani uz područje procjene rizika.

### *1.1 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14)*

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS), glava 1., članak 3. :

*" 2. Dobrovoljni smještaj je smještaj osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu uz njezin pisani pristanak.*

*3. Duševna smetnja je poremećaj prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja.*

*11. Prisilni smještaj je smještaj osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu na temelju odluke suda.*

*12. Prisilno zadržavanje je zadržavanje osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijskoj ustanovi od trenutka donošenja odluke psihijatra o prisilnom zadržavanju te osobe do odluke suda o njezinu otpustu ili prisilnom smještaju.*

*13. Pristanak je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za primjenu određenoga medicinskog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i rizika toga medicinskog postupka i drugih mogućnosti liječenja. Osoba s duševnim smetnjama sposobna je za davanje pristanka ako može razumjeti informaciju koja je važna za davanje pristanka, upamtiti tu informaciju i koristiti ju u postupku davanja pristanka.*

*16. Smještaj bez pristanka je smještaj u psihijatrijsku ustanovu osobe s težim duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak, pa pisani pristanak umjesto nje daje osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik.*

*17. Teža duševna smetnja je duševna smetnja iz točke 3. ovoga članka koja po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili otežava psihičke funkcije osobe u mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć."*

Glava 2. (Temeljna načela), članak 8. :

*"(1) Psihijatrijska dijagnoza mora se temeljiti na važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja.*

*(2) Neprilagođenost društvenim normama ne smije sama po sebi biti razlogom za postavljanje psihijatrijske dijagnoze.*

*(3) Psihijatrijska dijagnoza ne smije se temeljiti samo na saznanjima iz prijašnjega medicinskog postupka."*

Glava 7. (Prisilni smještaj i liječenje na slobodi neubrojive osobe):

članak 51. :

*"(1) Sud u kaznenom postupku odredit će prisilni smještaj neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu u trajanju od šest mjeseci ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo i da je za otklanjanje te opasnosti potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi.*

*(2) Sud u kaznenom postupku odredit će psihijatrijsko liječenje neubrojive osobe na slobodi u trajanju od šest mjeseci, ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo i da je za otklanjanje te opasnosti dovoljno njezino liječenje na slobodi. Ova odluka sadrži upozorenje neubrojivoj osobi da će biti prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ako do dana određenog rješenjem o upućivanju u psihijatrijsku ustanovu iz članka 53. stavka 4. ovoga Zakona ne započne liječenje na slobodi."*

članak 57. :

*"(1) Privremeni izlazak neubrojive osobe iz psihijatrijske ustanove radi njezine forenzičke terapije i rehabilitacije te socijalne adaptacije ili iz drugih opravdanih razloga odobrit će se ako postoji visok stupanj vjerojatnosti da za vrijeme izlaska neće ugroziti vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost.*

*(2) O prvom izlasku neubrojive osobe i o kasnijim izlascima duljim od 15 dana na temelju obrazloženog pisanog prijedloga voditelja odjela odlučuje nadležni sud. Odluku o ostalim izlascima donosi voditelj odjela, o čemu psihijatrijska ustanova izvješćuje sud."*

Nakon zakonodavnog okvira koji predstavlja temelj za djelovanje u području forenzičke psihijatrije, potrebno je obratiti pozornost na definiranje i objašnjenje temeljnih pojmova koji će biti korišteni nadalje u radu.

## *1.2 Definicija nasilja*

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 1999; prema Jukić i Savić, 2014) nasilje je: „*namjerna uporaba fizičke sile ili moći, bilo da je ona realna ili potencijalna, protiv sebe, druge osobe, ili protiv grupe ili zajednice, koja rezultira ili s velikom vjerojatnošću može rezultirati ozljedom, smrću, psihološkom traumom, oštećenjem razvoja ili deprivacijom*“.

Webster i sur. (1997a; prema Ho i sur., 2013) definiraju nasilje kao činjenje, pokušaj činjenja ili prijetnju fizičkom povredom drugoj osobi. Navedeni autori razlikuju fizičko i nefizičko nasilje gdje fizičko nasilje predstavlja svaki oblik tjelesne agresije prema drugoj osobi, a nefizičko nasilje se odnosi na prijeteća ponašanja kojima je cilj zastrašivanje i ponižavanje druge osobe.

Izuzev navedenih definicija i podjela nasilje se može promatrati kao širok spektar ponašanja koji su usmjereni na štetu druge osobe kroz različite domene (fizičku, psihičku, seksualnu). Za potrebe ovoga rada uvažavat će se najšira definicija nasilja, dok će specifičnosti (ukoliko postoje) biti objašnjene kroz prikaz istraživanja.

## *1.3 Statički i dinamički čimbenici*

Statički čimbenici, još se nazivaju i povijesnim čimbenicima, a predstavljaju one čimbenike koju nisu podložni promjenama, ili su moguće vrlo male promjene u njihovoj prirodi. Vjeruje se kako oni imaju utjecaj na ponašanje osobe, no s druge strane da je na njih (u vidu njihove promjene) teško utjecati.

Na drugom kraju kontinuuma nalaze se dinamički čimbenici. Oni moraju biti promjenjive prirode, i ta promjenjiva priroda mora biti povezana sa promjenama u nekim aspektima rizika za počinjenje nasilja (Hanson i Harris, 2000; prema Wilson i sur., 2013). Budući da su promjenjivi kroz vrijeme, moraju biti opetovano mjereni kako bi se vidjelo koje promjene su dovele do povećanja ili smanjenja rizika za nasilno ponašanje.

#### *1.4 Rizični i zaštitni čimbenici*

U kontekstu procjene rizika za počinjenje nasilja, rizični čimbenici su oni čimbenici koji povećavaju vjerojatnost budućeg nasilnog ponašanja, dok se zaštitne čimbenike definira na različite načine, no moglo bi se reći da zaštitni čimbenici predstavljaju suprotni kraj kontinuuma od rizičnih čimbenika (Hawkins, Catalano i Miller, 1992; prema O' Shea i Dickens, 2014). Danas još uvijek nije poznato na koji točno način zaštitni čimbenici utječu na smanjenje rizika (de Vogel i sur., 2012; prema O' Shea i Dickens, 2014).

Istraživanja su pokazala da uključivanje zaštitnih čimbenika u proces procjene rizika može pogodovati tretmanskim učincima na način da ojačava terapijski odnos, povećava aktivno sudjelovanje pacijenta u tretmanu, doprinosi uspostavljanju tretmanskih ciljeva (Duckworth, Steen i Seligman, 2005, Saleebey, 1996; prema Desmarais i sur., 2012) i predstavlja potencijalno područje za intervencije vezane uz upravljanje rizikom i plan tretmana (Nonstad i sur., 2010; prema O' Shea i Dickens, 2014). Nije preporučljivo usmjeravati se isključivo na rizične ili zaštitne čimbenike, nego na njihovu kombinaciju kako bi se radilo na problematičnim područjima, i s druge strane ojačavale postojeće jake strane pojedinca.

Slijedeće poglavlje bavi se opisom temeljnih karakteristika područja procjene rizika i objašnjenjem njegovog razvoja kroz vrijeme.

## **2. Razvoj područja procjene rizika**

### *2.1 Opće značajke*

Procjena rizika mogla bi se definirati kao prikupljanje informacija u svrhu određivanja vjerojatnosti pojavljivanja nasilja u određenom trenutku u vremenu (O' Rourke i Bird, 2001; prema Ho i sur., 2013). Rizik za počinjenje nasilja uključuje nasilnika, potencijalnu žrtvu (subjekt ili objekt) i situacijske okolnosti. U skladu s navedenim, sastavnice procjene su proces, identifikacija i upravljanje rizicima.

Procjena rizika predstavlja dinamičan proces i nije ju moguće temeljiti na izoliranom događaju. Na temelju pojedinačnog nasilnog ispada ne mogu se donositi zaključne i konačne odluke, nego je potrebno ponoviti procjenu rizika te nakon toga ustvrditi daljnje opcije (Goreta, 2015). Proces može uključivati kratkoročne i dugoročne odluke vezane uz procjenu. Naglasak je na razumijevanju, objašnjavanju i planiranju vezanom uz predviđanja budućeg ponašanja (Woods i Kettles, 2009; prema Young i Woodcock, 2011). Budući da se radi o procesu, procjena traje dulji vremenski period i opetovano se ponavlja i evaluira kako bi se obuhvatili svi čimbenici vezani uz psihopatologiju osobe, ali i okolinski čimbenici (Goreta, 2015). Širina područja procjene ogleda se u prikupljanju informacija o rizičnom ponašanju, statičkim i dinamičkim čimbenicima rizika, razvijanju hipoteza o rizičnom ponašanju, identificiranju uzroka i posljedica takvog ponašanja, uz razmatranje aktuarskih i kliničkih spoznaja, identificiranju obrazaca rizičnog ponašanja, razvijanju strategija za upravljanje i redukciju rizika te praćenje, evaluiranje i modifikaciju korištenih strategija (Young i Woodcock, 2011).

Identifikacija rizika odnosi se na prepoznavanje potencijalnih problema i uočavanje karakteristika rizika, dok se upravljanje rizikom odnosi na primjenu alata, odnosno instrumenta procjene rizika kako bi se problem mogao kvantificirati (Kumar i Simpson, 2005). Generalno gledano, upravljanje rizikom predstavlja organizacijski proces kojemu je u cilju poboljšanje kvalitete u zdravstvu, s naglaskom na sigurnost sustava (Vincent, 2001; prema Ho i sur., 2013).

Rizik kao takav je promjenjiv i dinamičan tako da se o apsolutno točnoj procjeni rizika ne može govoriti, no kako bi ona bila što uspješnija potrebno je uključiti sve komponente sustava. Osoblje bi trebalo proći edukaciju, a psihijatrijske ustanove trebale bi imati definirane postupke za procjenu rizika. U standard liječenja osoba oboljelih od psihičkih bolesti uvijek bi bilo potrebno uključiti procjenu rizika. Bez obzira na dijagnozu procjenu je potrebno napraviti i prilikom samog prijema, kako bi se moglo na zadovoljavajući način upravljati rizikom, dok je ponekad plan upravljanja rizikom moguće izraditi u suradnji s pacijentom i članom obitelji. Uz to, važno je konstantno evaluirati napravljene procjene. Probabilistička priroda procjene rizika govori o tome da i pacijenti procijenjeni kao "nisko rizični" mogu počinuti kazneno djelo, samo u manjoj mjeri nego oni koji su procijenjeni kao "visoko rizični" (Strategija prevencije agresivnog ponašanja, 2016).

Paradoks procjene rizika odnosi se na vjerojatnost počinjenja kaznenog djela na razini grupe (koja može biti dobro poznata) i vjerojatnost na razini pojedinca (nije dobro poznata vjerojatnost za kojeg pojedinca iz grupe će biti karakteristično počinjenje kaznenog djela) (Eastman, Adshead, Fox, Latham i Whyte, 2012).

Vežano uz redukciju rizika, u individualni plan upravljanja rizikom potrebno je uključiti poznate okidače za agresivno ponašanje dobivene iz povijesti bolesti i razgovora s pacijentom i članom obitelji (Strategija prevencije agresivnog ponašanja, 2016). Pacijent bi trebao biti uključen u vlastitu procjenu rizika kako bi shvatio zašto su intervencije potrebne. Prilikom iskazivanja i komuniciranja o riziku potrebno je uključiti sve osobe iz institucije koje su nadležne za pacijenta i uzeti u obzir tri dimenzije rizika (Heilbrun, O'Neill, Strohman, Bowman, Philipson, 2000; prema Kumar i Simpson, 2005): model rizika (procjena nasuprot upravljanju), stupanj rizika (nizak, srednji, visoki) te čimbenike rizika (statički nasuprot dinamičkih). Kultura sigurnosti bolesnika odnosi se na obvezu, odnosno uključivanje svih članova ustanove u osiguravanje kvalitete rada i sigurnosti pacijenata (Murphy i sur., 2007; prema Price i Recupero, 2009).

Simon i Shuman (2007; prema Price i Recupero, 2009) navode kako kultura sigurnosti bolesnika treba uključivati slijedeće aktivnosti: procjenu rizika za počinjenje nasilja ili samoozljeđivanja te uočavanje rizičnih i zaštitnih čimbenika, dokumentiranje pacijentovog stanja i rizičnog statusa, dokumentiranje intervencija usmjerenih na dinamičke čimbenike rizika, dokumentiranje rasprava među članovima tretmanske skupine koja je zadužena za



pacijenta, uvid u pacijentovu povijest bolničkog liječenja uz dokumentiranje bilo kakvih promjena u kliničkom statusu pacijenta. Uz to, važno je uključivanje članova obitelji u tretman i izgradnja sustava podrške, planiranje otpusta, redukcija rizika od neželjenih događaja, cijeloživotno obrazovanje kliničkog osoblja, poboljšanje komunikacije i informiranja na svim razinama sustava i uočavanje rizičnih i zaštitnih čimbenika koji utječu na spremnost za otpust. Neželjeni događaj je neočekivana pojava smrti, teže tjelesne ozljede, duševnih boli ili pak rizik za pojavu navedenih situacija (Joint komisija, 2007b; prema Price i Recupero, 2009).

Cristoffer i sur. (2003; prema Strategija prevencije nasilnog ponašanja, 2016) navode sadržaj koji bi procjena rizika za agresivno ponašanje trebala uključivati; osobnu povijest pacijenta (povijest nasilnog ponašanja, povijest zlorabe alkohola i psihoaktivnih tvari), osjećaje ljutnje (prema podacima dobivenima od članova obitelji), prethodne izjave o namjeri ozljeđivanja druge osobe, podatke o mijenjanju boravišta, prethodnu uporabu oružja, negiranje prethodno počinjenog nasilja, poznate osobne okidače te nedavne stresne događaje i značajne gubitke. Za cjelokupnu sliku potrebno je uzeti u obzir i kliničke podatke (utjecaj korištenih lijekova, aktivne simptome psihičke bolesti, halucinacije, nasilne fantazije, deluzije kontrole s nasilnim temama, sumnjičavost, otvoreno neprijateljstvo, nesuradljivost s predloženim planom liječenja, impulzivnost, poremećaj ličnosti) kao i situacijske čimbenike (razinu socijalne podrške koju pojedinac ima, dostupnost oružja, odnos s potencijalnom žrtvom, dostupnost potencijalne žrtve, ograničenja sredine u kojoj se liječi, odnos s osobljem).

Sveobuhvatnost procjene ogleda se u pokrivanju svih sfera života i funkcioniranja pojedinca, pridodajući tome kliničko iskustvo, ali i uporabu instrumenata procjene rizika. Kako bi se smanjila subjektivnost i nestrukturiranost kliničke procjene, preporuča se uporaba instrumenata čija je primarna svrha da stručnjake vode i usmjeravaju prilikom predviđanja budućeg ponašanja. Instrumenti osiguravaju veću sigurnosti i točnost procjene, no i pri želji za što većom objektivnošću, javljaju se određeni izazovi.

Instrumenti procjene rizika za počinjenje nasilja upućuju na dva relativno važna problema: strah od procjene štetnih ishoda koji nužno povećava odgovornost za prevenciju takvih situacija i osjećaj da uporaba navedenih instrumenata stigmatizira (etiketira) osobe kao trajno i nepovratno "opasne" ili "visokorizične". Prilikom uporabe instrumenata cilj kliničara nije

procjena rizika sama po sebi, nego upravljanje rizikom; prevencija štetnih ishoda, legitimnim i opravdanim kliničkim odlukama (Heilbrun, 1997; prema Carroll, 2007), dok je cilj akademskih istraživanja potvrditi valjanost instrumenata, na način da se štetni ishodi predvide. Stoga se naglasak stavlja na kombinaciju kliničke i akademske strane koja se odražava kroz kliničko mišljenje stručnjaka, ali i znanstvenu utemeljenost prilikom procesa donošenja odluka.

Kao što je prethodno spomenuto, istraživanja u području procjene rizika datiraju iz prošlog stoljeća, i dobivena saznanja uzimana su s velikim oprezom i sumnjičavošću, no 70-ih godina prošlog stoljeća njihov razvoj kreće u pozitivnom smjeru. Za razvoj procjene rizika najviše je zaslužna nova metodologija i istraživanja rizičnih čimbenika, ali i razvoj instrumenata procjene rizika koji su uključivali širok spektar povijesnih, osobnih, kliničkih, rizičnih i situacijskih čimbenika. Optimalna procjena trebala bi se izvršavati i konstantno nadograđivati u stručnom timu. U Republici Hrvatskoj još uvijek prevladava nestrukturirani, odnosno intuitivni klinički pristup koji nema dovoljno dokaza za kriminološku prognozu, no dosadašnjim promjenama u zakonodavstvu, procjena rizika dobiva čvršće i strože kriterije, kako i različite forenzično specifične situacije kao što su prisilna hospitalizacija, prisilni smještaj, uvjetni otpust...(Goreta, 2004).

Slijedom navedenog, prikazat će se specifičnost, područje i predmet bavljenja forenzičke psihijatrije radi objašnjenja važnosti uporabe procjene rizika za počinjenje nasilja kod forenzičnih pacijenata.

## *2.2 Forenzička psihijatrija*

Forenzička psihijatrija predstavlja interdisciplinarnu granu znanosti čiji su temelji dvojaki; uključuje psihijatrijska vještačenja i tretman počinitelja kaznenih djela u službi (ne)povredivosti kaznenog prava. Ustrojstvo forenzičko psihijatrijskih ustanova i zavoda ovisi o zakonodavstvu i funkcioniranju pojedine države.

Forenzičko psihijatrijski pacijenti mogu se podijeliti na one koji su hospitalizirani u psihijatrijske bolnice, odnosno odjele forenzične psihijatrije jer predstavljaju veliku opasnost za društvo i na one koji se liječe ambulantno, odnosno na slobodi. U RH krajem 50-ih i

početkom 60-ih godina prošlog stoljeća otvaraju se forenzičko psihijatrijski odjeli u Vrapču i Popovači, a tek 90-ih i na Rabu i Ugljanu (Jukić, 2013).

Za forenzičku psihijatriju važan je balans između tretmana i sigurnosti (Sacles i sur., 1989; prema Norko i Dike, 2009). Postoji par kriterija za primanje u forenzičnu jedinicu; (ne)sposobnost za sudjelovanje u sudskom postupku, nebrojivost, premještaj iz zatvora i dobrovoljan ili prisilni smještaj civilnih pacijenata (rizik, narušeno psihičko stanje...). Dijagnostički postupak je opsežan, vremenski dugotrajan i multidisciplinarnan, a osim procjene psihičkog stanja uključuje i potrebu procjena i rizika. Procjena rizika odnosi se na procjenu pacijentovih potreba relevantnih za rizik, kako bi se pružio odgovarajući tretman (Dvoskin i Heilburn, 2001; prema Norko i Dike, 2009). Promatra se pacijentovo ponašanje kada je na samo i kada je u grupi te se prikupljaju informacije iz različitih izvora.

Tretman se temelji na multidisciplinarnom pristupu i pokriva različite sfere. Biološki dio tretmana odnosi se na psihofarmake, ponekad i elektrokonvulzivnu i hormonsku terapiju. U ovom dijelu terapije postoji opasnost od interakcije različitih skupina lijekova koje ograničavaju korištenje pojedinih lijekova za psihotičnost i agresiju, što posljedično dovodi do povećanja rizika za počinjenje nasilja. Psihološki dio tretmana odnosi se na psihoterapiju, odnosno individualni i grupni rad. Svi pacijenti pohađaju grupni rad, dok je individualan namijenjen onima za koje je procijenjeno da im je potreban i da će imati najbolji učinak. Grupni rad pokriva mnoga područja učenja i stjecanja različitih životnih vještina. Kontrola agresivnosti vrši se kroz psihofarmake (stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi), psihoterapiju i praćenje okoline. Često se koriste i bihevioralne intervencije (dobrovoljno izdvajanje, ili isključivanje) (Norko i Dike, 2009).

Kako bi okolina u kojoj borave i pacijenti i osoblje bila prihvatljiva, funkcionalna, ali i sigurna, postavljeni su određeni dokumenti koji propisuju zadovoljenje uvjeta kako bi se to ostvarilo. Spomenuta Strategija prevencije agresivnog ponašanja (2016) uključuje niz mjera i postupaka usmjerenih ka redukciji nasilnog ponašanja, a odnose se i na uređenje okoline i organizaciju rada, korištenje kliničkih smjernica pri postupanju s agresivnim pacijentom i edukaciju osoblja. Okolina i organizacija mogu se susresti s problemima kao što su nedostatak prostora, prevelik broj pacijenata, nedostatak aktivnosti, nestrukturirano slobodno vrijeme, nedostatak osoblja i tretmanskih programa, što može dovesti do povećanog rizika za nasilno

ponašanje (Nijman, Rector, 1999; prema Strategija prevencije nasilnog ponašanja, 2016). Odjeli bi trebali biti uređeni na način da zadovoljavaju određenu komfornost, ali i sigurnost pacijenata i osoblja. Administracija kao i izvještaji o reagiranju osoblja vezano uz agresivne ispade pacijenata treba se voditi temeljito i prema zadanim propisima.

Tretmanska okolina uključuje pacijente, osoblje i fizičku okolinu. Čimbenici poput prevelikog broja pacijenata, nedostatka vremena, interpersonalni sukobi osoblja i pacijenata te postupanje pod utjecajem straha vezani su uz povećanje rizika za nasilno ponašanje pacijenata (Brickell i sur., 2009; prema Strategija prevencije agresivnog ponašanja 2016). Duxbury i Whittington (2005; prema Strategija prevencije agresivnog ponašanja, 2016) istraživali su pojavu agresivnost na psihijatrijskim odjelima i utvrdili par čimbenika koji joj doprinose; to su čimbenici povezani s pacijentom (spol, dob, psihopatologija, komorbiditet s drugom bolesti, prisutnost boli i korištenje psihoaktivnih tvari ili alkohola), čimbenici vezani uz okolinu (uređenje, dizajn, privatnost, buka, temperatura, osvjetljenje) kao i tip pacijenata na odjelu te situacijski čimbenici povezani sa predikcijom agresivnosti (uključuju interakcije između pacijenata i osoblja) (Duxbury, 2002, Jones, Owen, Tarantello i Tennant, 1998; prema Strategija prevencije agresivnog ponašanja, 2016).

S obzirom na prethodno definirane relevantne pojmove i objašnjenje konteksta na koji se odnosi procjena rizika, u nastavku rada bit će prikazano kako je sam razvoj područja procjene tekao te sama problematika s kojom se stručnjaci u području susreću.

### *2.3 Faze razvoja područja procjene rizika*

Razvoj područja procjene rizika za počinjenje nasilnog ponašanja tekao je kroz nekoliko etapa. Doyle i Dolan (2002; prema Abidin i sur., 2013) govore o generacijskom razvoju odnosno fazama razvoja procjene rizika. Prva faza odnosi se na nestrukturiranu kliničku (profesionalnu) procjenu (prosudbu) rizika (Grove i Meehl, 1996; prema Abidin i sur., 2013), a druga na aktuarne instrumente procjene rizika (Doyle i Dolan, 2002; prema Abidin i sur., 2013).

Klinički pristup temelji se na dinamičkim čimbenicima koji se mogu mijenjati (Monahan, 1981; prema Kumar i Simpson, 2005). U ovom pristupu koristi se i subjektivna evaluacija te

stručnjačko iskustvo. Nasuprot aktuarnom pristupu, klinički pristup uzima u obzir timsku perspektivu (veći broj stručnjaka), integrativan je i razvija uzročne hipoteze prilikom procjene rizika kod osobe (koje se kroz određeni period provjeravaju). Previđanja nasilnog ponašanja koja se temelje na neformalnoj i intuitivnoj prosudbi, iako odražavaju iskustvo stručnjaka, nemaju kredibilitet.

Tradicionalni, klinički pristup u procjeni rizika uključuje informacije prikupljene iz različitih izvora. U osnovi bi trebao uključivati osobne karakteristike, detaljne opise prijašnjeg nasilnog ponašanja, psihičko stanje, zlouporabu psihoaktivnih tvari i socijalni kontekst vezan uz odnos i ponašanje prema žrtvi (Scott, 1977; prema Carroll, 2007). Malo je podataka u literaturi koji pokazuju na koji se točno način donose kliničke odluke i na temelju kojih podataka (Elbogen, 2002, McNeil i Binder, 1995; prema Carroll, 2007). Usprkos navedenom, nestukturirana procjena rizika temelji se na kliničkom iskustvu i subjektivnoj procjeni stručnjaka o tome koliko je vjerojatno da će pojedinac recidivirati i u današnje vrijeme još se uvijek koristi (Higgins i sur., 2005; prema Singh, Serper, Reinharth i Fazel, 2011), iako se meta-pregledom utvrdilo postojanje oko 120 strukturiranih instrumenata za predviđanje nasilja u psihijatrijskoj i penalnoj populaciji (Singh, Fazel, 2010; prema Singh i sur., 2011).

Druga faza razvoja predstavlja oprečno stajalište, pa tako razvoj aktuarnih instrumenata procjene rizika nastaje iz potrebe da se procjena rizika formalizira i objektivizira. ARAIs (orig. "Actuarial Risk Assessment Instruments") temelje se isključivo na predviđanju vjerojatnosti budućeg počinjenja nasilja, zanemarujući pri tome ostale čimbenike rizika (Hart, 2001, 2003; prema Hart, Michie i Cooke, 2007). Aktuarni instrumenti procjene rizika sastavljeni su od čimbenika (dobivenih istraživanjima) koji su povezani sa vjerojatnošću za buduće počinjenje kaznenih djela. Svakom čimbeniku je dodijeljena brojevana vrijednost, stavke se zbrajaju, a rezultat se objašnjava kroz vjerojatnost procjene za počinjenje nasilja. Budući da se u aktuarnim instrumentima koriste statistički algoritmi, smatraju se pouzdanijima naspram kliničkih prosudbi (Borum, 1996; prema Singh i sur., 2011). Navedeni pristup uzima u obzir statičke čimbenike koji su malo, ili nimalo dostupni promjenama uslijed intervencija (Monahan, 1981; prema Kumar i Simpson, 2005) te ima slabu mogućnost generalizacije rezultata. Kritike aktuarnih instrumenata odnose se na pretjerano fokusiranje na određene čimbenike, zanemarujući pri tome specifičnosti pojedinog slučaja (Doyle i Dolan, 2002, Kraemer i sur., 1998; prema Abidin i sur., 2013).

Potreba za objedinjavanjem postupka procjene dovela je do kombinacije kliničkog i aktuarskog pristupa, odnosno treće faze razvoja procjene rizika (Doyle i Dolan, 2002; prema Abidin i sur., 2013), koje bi se moglo opisati kao istraživački potvrđeno strukturirano donošenje odluka (Hart, 1998; prema Abidin i sur., 2013) ili kao strukturiranu profesionalnu procjenu (orig. "Structured Professional Judgement") odnosno SPJ (Douglas i sur., 1999; prema Abidin i sur., 2013).

Trećom fazom razvoja procjene rizika dodana je distinkcija između statičkih i dinamičkih čimbenika u vidu mogućnost promjene dinamičkih čimbenika kroz vrijeme i pruženi tretman. SPJ pristup koristi se na način da stručnjaci uzimaju u obzir istražene i teorijski utemeljene čimbenike povezane sa počinjenjem nasilja, tako da im oni služe kao smjernice prilikom kliničke prosudbe (Webster i sur., 1997; prema Singh i sur., 2011). U takvim instrumentima postoji rangiranje i bodovanje na osnovu stavaka, no konačna procjena rizika dozvoljava kliničku procjenu nauštrb samog zbroja bodova na skali. Strukturirani instrumenti procjene rizika zapravo asistiraju u donošenju prikladnih odluka (Vinstock, 1996; prema Carroll, 2007). Takvi instrumenti omogućavaju kliničarima metodično i konzistentno prikupljanje podataka, zadovoljavajući određene minimalne standarde. Okvir kojim se vode pomaže uočavanju uobičajenih pogrešaka u prosuđivanju (tzv. heruističkih predrasuda), čemu je subjektivno donošenje odluka sklono (Plous, 1993; prema Carroll, 2007).

Znanstveno dokazani okvir procjene rizika olakšava komunikaciju rizika (Kumar i Simpson, 2005; prema Carroll, 2007) koja čini sastavni dio optimalnog upravljanja rizikom. Ljudi imaju tendenciju precjenjivati utjecaj ponašanja kao stabilnog čimbenika, a podcjenjivati ponašanje koje može biti pod utjecajem fluktuirajućih situacijskih čimbenika (Plous, 1993, Bem i Allen, 1974; prema Carroll, 2007). Generalno gledano, strukturirana profesionalna prosudba omogućava kombinaciju stručnjačke ekspertize, uz vođenje i usmjeravanje instrumentima što omogućava širu obuhvaćenost procjene, ali i balans između subjektivnosti i objektivnosti.

U nastavku rada bit će objašnjena problematika istraživanog područja procjene rizika.

## *2.4 Pozitivne i negativne strane procjene rizika*

Kao što je prethodno navedeno, postoje dvije glavne struje, odnosno pristupa: klinički (moglo bi ga se opisati kao impresionistički, subjektivni) i aktuari (uporaba instrumenata za dolazak do očekivane vrijednosti ishoda) (Douglas, James, Ogloff i Hart, 2003; prema McCallum i Eagle, 2015).

Gledano s tradicionalne strane, na samom početku razvoja područja procjene rizika, primjenjivala se isključivo klinička procjena, odnosno prosudba stručnjaka. Ovaj pristup nije se pokazao pretjerano točnim, konzistentnim niti korisnim (Doyle i Dolan, 2007; prema Ho i sur., 2013). Budući da se temelji na subjektivnoj procjeni nema dobru valjanost predviđanja, niti pouzdanost između dobivenih rezultata među različitim ocjenjivačima (Hanson i Morton-Bourgon, 2009; prema Ho i sur., 2013). Moguće je da neki važni rizični čimbenici neće biti obuhvaćeni ovakvom procjenom, jer se ona temelji na profesionalnom kliničkom iskustvu i teorijskoj orijentaciji (Monahan i sur., 2005; prema Ho i sur., 2013). Usprkos manjku transparentnosti, podložnosti kognitivnim distorzijama i ovisnosti o iskustvu kliničara, nestrukturirana klinička procjena još uvijek je najčešće korišten oblik procjene (Large i Nielssen, 2017).

S druge strane, aktuari instrumenti se temelje na statističkim informacijama vezanim za fiksna i eksplicitna pravila. Najnoviji podaci spominju da je do danas opisano čak oko 200 aktuarih instrumenata (Singh, 2014; prema Large i Nielssen, 2017). Aktuari instrumenti temelje se na listi identificiranih čimbenika rizika, bodovanju i rezultatima i pokazali su se objektivnijima, pouzdanima i točnijima od nestrukturirane kliničke procjene (Large i Nielssen, 2017). Unatoč prednostima u vidu strukturiranosti i objektivnosti, postoje znanstvene i etičke dileme oko njihove uporabe u kliničkoj praksi. Znanstveni problemi tiču se statistike vezano uz razdiobu u kategorije (visoki, srednji ili niski rizik), primjenjivosti instrumenata na različite grupe ili populacije i primjenu prikupljenih podataka o riziku na individualni slučaj (Scurich, Monahan, John, 2012; prema Large i Nielssen, 2017). Uz to, navedeni instrumenti pokazuju nedovoljnu mogućnost generalizacije i primjene izvan uzorka na kojem su razvijani, tendenciju isključivanja važnih čimbenika rizika, zatim rigidnost i neosjetljivost na promjenu te neuspješnost u informiranju o prevenciji nasilja i upravljanju rizikom (Douglas i Kropp, 2002; prema Ho i sur., 2013). Etičke dileme odnose se na

stigmatizaciju i diskriminaciju psihičkih bolesnika, nepravedne restrikcije prilikom pogrešno pozitivnih predikcija te manjak brige za osobe koje su procijenjene kao nisko rizične (Ryan i sur., 2010; prema Large i Nielssen, 2017).

Strukturirana klinička prosudba predstavlja praktični pristup na način da povezuje aktuarne metode i kliničku procjenu rizika (Douglas, Cox, Webster, 1999; prema Ho i sur., 2013). SPJ koristi znanstveno dokazane rizične faktore i kliničku prosudbu na temelju koje je razvijen veliki broj instrumenata te osigurava veću valjanost predviđanja i pouzdanija je od nestrukturirane kliničke procjene (Otto, 2000; prema McCallum i Eagle, 2015). Procjenjivač pregledava relevantne kliničke informacije kako bi odredio prisutnost specifičnih čimbenika rizika (čimbenici su povezani sa nasiljem i uvriježeni u znanstvenoj literaturi). Nakon uzimanja u obzir navedenih čimbenika, radi se sveukupna procjena rizika (Douglas, Ogloff, Hart, 2003; prema Ho i sur., 2013). SRAI (orig. "Structured Risk Assessment Instruments") pomažu kliničarima u donošenju odluka vezanih za upravljanje rizikom. Navedeni instrumenti temelje se na bodovanju pacijenata na različitim varijablama povezanim sa nasiljem. Rezultati bodovanja mogu se matematički kombinirati (aktuarni pristup) ili služe kao smjernice kliničarima prilikom kategorizacije rizika (SPJ pristup) (Singh i sur., 2014). Kritike SPJ instrumenata odnose se na njihovo isključivo fokusiranje na čimbenike koji doprinose riziku, zanemarujući zaštitne čimbenike koji utječu na smanjenje rizika (Hart, 2001; prema O' Shea i Dickens, 2014).

Aktuarni i SPJ instrumenti točniji su u procjeni rizika za počinjenje nasilja, nego nestrukturirana klinička procjena (Campbell, French i Gendreau, 2009, Guy, 2008; prema Desmarais i sur., 2012) i njihova uporaba dovela je do značajnog napretka u području procjene rizika, no ukazala i na određena ograničenja (Hanson, 2005, Heilbrun, Yasuhara i Shah, 2010, Rogers, 2000; prema Desmarais i sur., 2012). Nedostaci postojećih instrumenata odnose se na oslanjanje na statičke i nepromjenjive čimbenike; doprinose procjeni rizika, no ne upućuju na tretmanske intervencije koje je potrebno poduzeti (Douglas i Skeem, 2005; prema Desmarais i sur., 2012).

Niti jedna metoda procjene rizika neće uvijek biti apsolutno točna; bez obzira koristi li se klinička procjena, aktuarne instrumente, SPJ ili kombinacija svega navedenog (Mullen, 2006; prema McCallum i Eagle, 2015). Iskrivljena interpretacija procjene rizika za počinjenje



nasilja odnosi se na predviđanje budućih događaja, umjesto da se na procjenu rizika gleda kao na korak u cijelom procesu upravljanja rizikom (Allnutt i O'Driscoll, 2008; prema McCallum i Eagle, 2015). U procjeni se ne može oslanjati samo na ishode jednog instrumenta, nego je potrebno uzeti u obzir i specifičnosti svakog pojedinog slučaja.

Prevalencija pogreški prilikom predviđanja ne bi trebala utjecati na korištenje instrumenata procjene rizika za počinjenje nasilja, budući da je prilikom donošenja odluke potrebno balansirati između sigurnosti zajednice i najboljeg interesa pojedinca. Pri tome instrumenti, čak i sa upitnom točnošću, predstavljaju jednu od ponajboljih opcija. Kritike instrumenata vezane uz valjanost predviđanja odnose se na točnost instrumenata u procjeni prilikom primjene u različitim uvjetima i na različitim populacijama (Witt i sur., 2016; prema Douglas i sur., 2017), kao i predstavljanje malog broja istraženih psihometrijskih karakteristika instrumenta koji ne mogu dati potpunu sliku valjanosti predviđanja (Singh, 2013; prema Douglas i sur., 2017).

Cilj procjene rizika za počinjenje nasilja je ocijeniti interakcije (pacijenta, njegovog mentalnog stanja, okolnosti i situacije...) kako bi se moglo upravljati rizikom u smjeru redukcije istog. Specifično predviđanje nasilnog ponašanja nije moguće; moguće je predvidjeti određeni rizik na koji ukazuje prisutnost ili odsutnost rizičnih čimbenika, a koji najčešće uključuju već spomenute čimbenike kao što su povijest prethodnog nasilnog ponašanja (prema ljudima, životinjama...), biološke čimbenike (psihijatrijski poremećaj, ovisnosti i reakciju na psihofarmakoterapiju), psihološke čimbenike (karakteristike osobnosti, vještine rješavanja problema, stavovi prema nasilju, mentalni poremećaj, motivacija za nasilnim ponašanjem...) i socijalne čimbenike (zlostavljanje u djetinjstvu, odnosi, dostupnost i mogućnost za nasilnim radnjama, nadzor od strane sustava...) (Price i Recupero, 2009).

U slijedećem poglavlju bit će predstavljeni i opisani najpoznatiji i najistraživaniji instrumenti prema dostupnoj literaturi.

### 3. Najpoznatiji instrumenti

Prethodno je spomenuto da je u svijetu razvijen velik broj instrumenata koji se koristi u ovome području. Neki od njih nisu konstruirani isključivo za procjenu rizika za počinjenje nasilja, no proučavaju konstrukte koji mogu doprinijeti razumijevanju područja pa se iz tog razloga koriste. U ovom dijelu rada prikazat će se instrumenti koji su detaljnije istraženi i korišteni na različitim populacijama. Manje poznati instrumenti bit će objašnjeni u sklopu prikaza pojedinačnog istraživanja u poglavlju dosadašnjih spoznaja.

#### 3.1 HCR-20

HCR-20 (orig., "Historical Clinical Risk Management-20") (Webster i sur., 1997; prema Hilterman i sur., 2011) je instrument procjene rizika temeljen na profesionalnoj strukturiranoj prosudbi (SPJ) i uključuje deset stavki vezanih za osobnu povijest osobe, pet kliničkih stavki i pet stavki vezanih za upravljanje rizikom. Stavke vezane uz povijest odnose se na prijašnje antisocijalno i nasilno ponašanje te povijest psihičkih bolesti. Kliničke stavke odnose se na prilagodbu kliničkim uvjetima, a stavke vezane uz upravljanje rizikom odnose se na očekivane prilagodbe budućim okolnostima.

H (orig. "Historical") sadrži spomenutih deset rizičnih čimbenika koji se odnose na prijašnje probleme, C (orig. "Clinical") sadrži pet rizičnih čimbenika koji se odnose na trenutno funkcioniranje te R (orig. "Risk Management") sadrži pet rizičnih čimbenika koji se odnose na pacijentove planove za budućnost. H čimbenici su statički, odnosno nepromjenjivi ili vrlo malo promjenjivi, dok su C i R dinamički, odnosno promjenjivi. U instrumentu se koristi skala od tri boda (od 0-2; gdje je 0- nepostojanje rizika, 1-mogućnost/djelomično postojanje rizika, 2-apsolutno postojanje rizika). Na temelju bodovne skale, ocjenjivači donose opće prosudbe o stupnju rizika (0- nizak rizik, 1- umjereni rizik, 2-visoki rizik). HCR-20 koristi se i kao aktuarini instrument gdje se zbrojem bodova na skalama dobivaju rezultati o stupnju rizika (Webster i sur., 1997; prema Wilson i sur., 2013). Preveden je na 16 jezika i prihvaćen od strane ustanova za mentalno zdravlje, forenzike i pravosuđa u SAD-u, Kanadi, Velikoj Britaniji, Europi, Aziji, Australiji i Novom Zelandu, a njegova pouzdanost i valjanost

evaluirana je u brojnim istraživanjima (Douglas, Guy, Reeves i Weir, 2008; prema Desmarais i sur., 2012).

HCR-20 kao jedan od najistraživanijih SPJ instrumenata, predstavlja smjernice dobivene razmatranjem istraživanja i kliničke ekspertize od strane brojnih forenzičnih kliničara (De Vogel i De Ruiter, 2006; prema Ho i sur., 2013). Navedeni instrument se koristi kao pomoćni alat kliničarima u prepoznavanju rizičnih čimbenika na koje je potencijalno moguće utjecati kliničkim intervencijama u individualnom slučaju i omogućava razvoj strategija za upravljanje rizikom za individualne slučajeve.

Recentna metaanaliza HCR-20 pokazala je umjereni do visoki stupanj točnosti prilikom predviđanja budućeg nasilnog ponašanja (Guy, Douglas, & Hendry, 2010; Singh, Grann, & Fazel, 2011; Yang, Wong, & Coid, 2010; prema Ho i sur., 2013). HCR-20 instrument i pripadajući priručnik najčešće se koristi kao lista znanstveno dokazanih čimbenika rizika za strukturiranu procjenu, a ne kao ukupni zbroj individualnih stavki na skalama (Ho i sur., 2013). Naglasak nije na rigidnom i striktnom primjenjivanju instrumenta, nego na uočavanju i identificiranju rizičnih čimbenika primjenom instrumenta i formuliranju procjene i plana upravljanja rizikom (Caroll, 2007; prema McCallum i Eagle, 2015).

Buzina (2015, str. 11) navodi hrvatski prijevod čestica koje čine HCR-20:

*“Povijesni elementi*

*H1. Prijašnja nasilnost*

*H2. Najranija dob prvog nasilnog incidenta*

*H3. Nestabilnost u vezama*

*H4. Problemi pri zapošljavanju*

*H5. Problemi zbog zlouporabe opojnih sredstava*

*H6. Teško duševno oboljenje*

*H7. Psihopatija*

*H8. Rana neprilagođenost*

*H9. Poremećaj osobnosti*

*H10. Neuspjeh prijašnjih nadzora*

*Klinički elementi*

*C1. Nedostatak uvida*

*C2. Negativni stavovi*

*C3. Aktivni simptomi teške duševne bolesti*

*C4. Impulzivnost*

*C5. Nepristupačnost za tretman*

*Elementi kontrole rizika*

*R1. Planovi bez ostvarenja*

*R2. Izlaganje destabilizatorima*

*R3. Nedovoljna osobna potpora*

*R4. Nespremnost za suradnju pri pokušaju liječenja*

*R5. Stres „*

### *3.2 START*

START (orig. "Short-term Assessment of Risk and Treatability") (Webster i sur., 2009; prema Whittington i sur., 2014) je SPJ instrument fokusiran na dinamičke čimbenike. Sastoji se od 20 stavki, čije se bodovanje vrši prema doprinosu potencijalno jakim stranama ("snagama") ili slabijim stranama ("ranjivostima") pojeinca i konačnoj procjeni specifičnog rizika (nizak, srednji ili visoki rizik). Procjenjuje se spektar ponašanja koji uključuje: nasilje prema drugima, suicid, samoozljeđivanje, viktimizaciju, zlouporabu psihoaktivnih tvari, bježanje iz institucije i samozanemarivanje (Webster i sur., 2009; prema Wilson i sur., 2013).

Skala se sastoji od tri boda i odnosi se na "ranjivosti", odnosno "snage" (0-ne postojanje "ranjivosti"/"snage", 1-mogućnost/djelomično postojanje "ranjivosti"/"snage", 2-apsolutno postojanje "ranjivosti"/"snage"). Autori START-a za zaštitne čimbenike smatraju čimbenike koje pojedinac ima na raspolaganju, a koje koristi za redukciju rizika te smatraju da rizični i zaštitni čimbenici mogu koegzistirati u odnosu prema svakoj stavki u instrumentu (Webster i sur., 2006, 2009; prema O' Shea i Dickens, 2014). START omogućava kliničarima sveobuhvatnost; usmjerenost na specifičnosti pojedinog slučaja, na kritične ranjivosti, ključne snage, znakove rizika i medicinsko stanje pojedinca. U priručniku se savjetuje da se procjena rizika ne temelji na zbroju bodova na skalama, nego da se svi razmatrani čimbenici uzmu u obzir prilikom procjene.

Spomenuti instrument se koristi za procjenu kratkotrajnih rizika povezanih sa psihičkom bolesti, ovisnošću i poremećajima ličnosti. Dizajniran je za kliničku procjenu, vođenje i planiranje tretmana (Webster i sur., 2009; prema Desmarais i sur., 2012), no služi i za identificiranje programa tretmana, praćenje pacijentovog napretka u programu i praćenje pacijenta za vrijeme boravka u ustanovi (Desmarais i sur., 2007; prema Desmarais i sur., 2012).

Izuzev navedenog, START je identificiran kao novi i obećavajući instrument za procjenu rizika agresivnog ponašanja u psihijatrijskim ustanovama (Daffern, 2007; prema Desmarais i sur., 2012), kao i instrument najbolje prakse za upravljanje nasiljem i povezanim rizikom (Department of Health, National Risk Management Programme, 2007, Haque, Cree, Webster i Hasnie, 2008; prema Desmarais i sur., 2012). Razvijen je u Kanadi, a koristi se i u Velikoj Britaniji, Australiji, Nizozemskoj, Irskoj i Norveškoj (O'Shea i Dickens, 2014; prema Kroppan, Nonstad, Iversen, i Søndena, 2017).

### 3.3 VRAG

VRAG (orig. "Violence Risk Assessment Guide") (Qinsey i sur., 1998; prema Hart, Michie i Cooke, 2007) je instrument koji se sastoj od 12 stavaka, a čiji je cilj predvidjeti nasilje kroz dulji vremenski period. Konstruiran je u Ontariu, u Kanadi, na uzorku forenzičnih pacijenata smještenih u ustanovu zatvorenih uvjeta. Bodove na skali moguće je rangirati u kategorije koje ukazuju na postotak vjerojatnosti za buduće nasilno ponašanje. Neki autori smatraju da je

VRAG primjenjiv na različitim populacijama (Snowden i sur., 2009), dok drugi smatraju da je primjenjiv na forenzičkoj, ali ne na općoj populaciji (Kumar i Simpson, 2005).

### 3.4 PCL-R

PCL-R, odnosno "Hare's Psychopathy Checklist- Revised" (Hare, 1991; prema Tengström, Grann, Långström, i Kullgren, 2000) predstavlja "check" listu koja pokriva različite sfere pojedinčevog života kroz dvadeset stavki, otkrivajući osobine i obilježja ponašanja kroz popunjavanje bodovne skale.

Nije dizajniran u svrhu procjene rizika, no budući da se koristi za mjerenje konstrukta psihopatije koja predstavlja važan čimbenik rizika (Hart, 1998; prema Cooke i Michie, 2010), počeo se koristiti i u svrhu procjene i predviđanja budućeg nasilnog ponašanja (Hare, 1993; prema Cooke i Michie, 2010). Uporabu PCL-R-a nalazimo kod izricanja i određivanja visine kazne, uvjetnih otpusta, institucionalnog smještaja i tretmana, skrbništva za djecu, kredibiliteta svjedoka... (DeMatteo & Edens, 2006; Fitch & Ortega, 2000; Hart, 2001; Hemphill & Hart, 2002; Lyon & Ogloff, 2000; Walsh & Walsh, 2006; Zinger & Forth, 1998; prema Cooke i Michie, 2010).

Istraživanja su pokazala povezanost između psihopatije i nasilnog ponašanja nakon otpusta u zajednicu (Douglas i sur., 2006a, Monahan i sur., 2001; prema Mc Dermott i sur., 2008), kao i recidivizma (Harris i sur. 1991, Hemphill i sur. 1998, Gendreau i sur. 2002, Salekin i sur. 1996; prema McDermott i sur., 2008). Izuzev PCL-R, koristi se i PCL-SV (orig. "Screening Version") (Hart i sur., 1995; prema Nielsen i sur., 2015), uglavnom u kombinaciji sa SPJ instrumentima.

Buzina (2015, str. 9) u svom radu daje hrvatski prijevod čestica PCL-R:

*"PCL-R1 – rječitost, površan šarm*

*PCL-R2 – grandiozan doživljaj vlastite važnosti*

*PCL-R3 – potreba za stimulacijom/lako mu sve dosadi*

*PCL-R4 – patološko laganje*

*PCL-R5 – lukavstvo/manipulativnost*

*PCL-R6 – nedostatak žaljenja/krivnje*

*PCL-R7 – plitak afekt*

*PCL-R8 – bezosjećajnost/nedostatak empatije*

*PCL-R9 – parazitski životni stil*

*PCL-R10 – loša kontrola ponašanja*

*PCL-R11 – promiskuitetno ponašanje*

*PCL-R12 – rane poteškoće ponašanja*

*PCL-R13 – nedostatak realističnog dugoročnog cilja*

*PCL-R14 – impulzivnost*

*PCL-R15 – neodgovornost*

*PCL-R16 – neprihvatanje odgovornosti za vlastito ponašanje*

*PCL-R17 – mnogo kratkih brakova*

*PCL-R19 – maloljetnička delinkvencija*

*PCL-R19 – kršenje uvjetne kazne*

*PCL-R20 – kriminalna raznovrsnost"*

### *3.5 DUNDRUM*

*DUNDRUM* (orig. "Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual") (Kennedy i sur., 2013; prema Freestone i sur., 2015) je instrument za mjerenje potrebne razine tretmanskog osiguranja, napredovanja u tretmanu i pripreme za otpuštanje iz ustanove. Prva procjena odnosi se na potrebu za uključivanjem u forenzični sustav (Flynn i sur., 2011a; prema Freestone i sur., 2015), druga na hitnost postupanja (Flynn i sur., 2011b; prema

Freestone i sur., 2015), dok se treća i četvrta odnose na napredak u tretmanu i oporavku (O' Dwyer i sur., 2011; prema Freestone i sur., 2015). Najčešće se primjenjuje u forenzičkom okruženju zbog mogućnosti procjene različitih razina tretmanskog osiguranja (otvoreni, poluotvoreni i zatvoreni uvjeti) te kao temelj za donošenje odluka.

DUNDRUM-1 se odnosi na procjenu tretmanskog osiguranja kroz mjerenje stupnja osiguranja (0-nema potrebe za tretmanskim osiguranjem, 1-potreba za ambulantnim liječenjem, 2-otvorena ustanova, 3- poluotvorena ustanova, 4- zatvorena ustanova) (Flynn i sur., 2011; prema Abidin i sur., 2013). Sastoji se od 11 stavki, bodovna skala je od 0 do 44 i stavke su vezane uz ozbiljnost nasilja i samoozljeđivanja, neposrednost rizika za počinjenje nasilja ili samoozljeđivanja, potrebe za specijalističkim forenzičnim uslugama, prevenciju pristupa krijumčarenim stvarima, ponašanje u instituciji, kompleksnost rizika za počinjenje nasilja...

DUNDRUM-2 odnosi se na hitnost pri postupanju i interveniranju.

DUNDRUM-3 i DUNDRUM-4 (Kennedy i sur., 2010, O' Dwyer i sur., 2011; prema Abidin i sur., 2013) su dva SPJ instrumenta namijenjena mjerenju napretka u oporavku kod forenzičnih pacijenata. Služe za predviđanja vezana za premještanje pacijenata (iz zatvorenih u poluotvorene uvjete), mjerenje rizika (Davoren i sur., 2012, prema Abidin i sur., 2013) i uvjetne otpuste iz ustanove u zajednicu (Davoren i sur., 2013; prema Abidin i sur., 2013). DUNDRUM-3 se sastoji od sedam stavki, bodovne skale od 0 do 28 i odnosi se na izvršenje programa u domenama redukcije rizika i povrjeđivanja, mentalnog i fizičkog zdravlja, zlorabe psihoaktivnih tvari, problema u ponašanju, brige o sebi i dnevnih aktivnosti, edukacije, odnosa s obitelji i prijateljima... DUNDRUM-4 uključuje šest stavaka, na bodovnoj skali od 0 do 24 i odnosi se na oporavak kroz ispitivanje stabilnosti, uvida u stanje, tretmanske izvještaje, službeni odlazak iz ustanove i dinamičke čimbenike rizika. DUNDRUM instrumenti konceptualiziraju pozitivne zaštitne čimbenike koji doprinose reduciranju rizika za navedena ponašanja.



### 3.6 SAPROF

SAPROF (orig. "Structured assessment of protective factors for violence risk") (De Vogel i sur., 2007; prema Abidin i sur., 2013) je instrument za procjenu zaštitnih čimbenika od počinjenja nasilja. Namijenjen je za korištenje kao spona instrumenta fokusiranog na rizik (primjerice HCR-20), uz dodatak uključivanja individualnih zaštitnih čimbenika kao i kontekstualnih čimbenika.

SAPROF sadrži 17 zaštitnih čimbenika organiziranih u tri skale: internalni čimbenici, motivacijski čimbenici i eksternalni čimbenici. Većina čimbenika u instrumentu su dinamički. Skala se sastoji od tri stupnja (0-2), gdje viši rezultat pokazuje prisutnost zaštitnog čimbenika kod osobe. Nakon ocjenjivanja svih zaštitnih čimbenika, najvažniji čimbenici (za tu osobu) mogu se označiti kao ključni (oni koji osiguravaju mnogo zaštite), ili kao ciljevi (oni koji daju obećavajući potencijal za intervencije) (de Vries Robbé, de Vogel, i de Spa, 2011; de Vries Robbé, de Vogel, i Stam, 2012; prema de Vries Robbé, de Vogel, Douglas i Nijman, 2015).

Nakon pregleda i opisa najpoznatijih, odnosno najčešće istraživanih instrumenata slijedi prikaz istraživanja i dosadašnjih spoznaja u području procjene rizika za počinjenje nasilja.

## 4. Dosadašnje spoznaje

Istraživanja u području procjene rizika provedena su diljem svijeta, na različitim uzorcima i u različitim institucijama. Radi bolje preglednosti istraživanja su kategorizirana prema temi, odnosno cilju istraživanja. Uz kratak opis istraživanja i pripadajućih rezultata istaknuti su i nedostaci koji djelomično mogu predstavljati smjernice za unapređenje budućih istraživanja. Naglasak je stavljen na saznanja vezana uz provjeru instrumenata, odnosno njihovih psihometrijskih svojstava kako bi se ukazalo na najprimjereniji instrument, ali i upozorilo na potrebu za daljnjim razvojem područja. Drugi dio saznanja odnosi se na istraživanja o utjecaju statičkih i dinamičkih čimbenika te posljednji dio prikazuje drugu perspektivu, odnosno utjecaj istraživača na primjenu instrumenta. Istraživanja su razložena kako bi obuhvatila što širu perspektivu proučavanog područja.

### *4.1 Istraživanja psihometrijskih svojstava instrumenata procjene rizika*

Prijašnja istraživanja (Hodgins, 1992; Lindqvist i Allebeck, 1990; Swanson, Holzer, Ganju i Jono, 1990; prema Tengström i sur., 2000) su pokazala da je rizik za počinjenja nasilja kod osoba sa MMD (orig. "Major mental disorder"), odnosno osoba sa dijagnozom shizofrenije, manično-depresivne psihoze ili druge psihoze (Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger i Engberg, 1996; prema Tengström i sur., 2000) četiri do šest puta veći nego u općoj populaciji. Istraživanje Tengströma i sur., (2000) pokazalo je četiri puta veći rizik za činjenje nasilnih kaznenih djela kod osoba koje imaju dijagnozu shizofrenije u komorbiditetu da psihopatijom, naspram osoba koje imaju dijagnozu shizofrenije bez psihopatije.

Uzorak su činila 202 muška sudionika sa dijagnozom shizofrenije ili sličnog tipa, koji su prvi puta bili na forenzičkom liječenju zbog počinjenog nasilnog djela, u periodu od 1988. do 1993. u Švedskoj. Rezultati istraživanja su pokazali da je 22% ispitanika prema PCL-R-u zadovoljilo kriterije za psihopatiju, što prema prethodno navedenim podacima ukazuje na povećani rizik za nasilno ponašanje. Uz to, kao značajan rizični čimbenik pokazala se i zlouporaba psihoaktivnih tvari.

Istraživanje provedeno u Hrvatskoj u Zavodu za forenzičku psihijatriju u Vrapču (Buzina, 2011, 2015), uključilo je 150 shizofrenih pacijenata počinitelja kaznenih djela koji su u

periodu od 1998. do 2009. bili vještačeni u navedenoj ustanovi. Ispunjavanje PCL-R vršilo se putem detaljne medicinske dokumentacije o pacijentima, a kao granični rezultat uzet je 26 (kao i u prethodnim istraživanjima; rezultat veći od 26 označava visoka psihopatska obilježja, dok rezultat manji od 26 označava niska psihopatska obilježja). Rezultati istraživanja su pokazali da je prosječan rezultat u ukupnom uzorku iznosio 19, 92 (SD=8,30), dok je prosječni rezultat za ispitanike s visokim psihopatskim obilježjima iznosio 29,31 (SD=3,27), a za ispitanike s niskim psihopatskim obilježjima 14, 94 (SD=5,31). U prilog tome može se zaključiti da i jedna i druga skupina ispitanika imaju određene psihopatske karakteristike, no razlike se ogledaju u intenzitetu, strukturi i obilježjima pojedine skupine. Ovi nalazi su u skladu s dosadašnjim istraživanjima na ovu temu (Grann i sur., 1998, Hare, 1991; prema Buzina, 2015).

Nizozemsko istraživanje koje su proveli Schaap, Lammers i de Vogel (2009) u dvije forenzičko psihijatrijske ustanove na uzorku od 45 bivših pacijentica (uključena je bila većina pacijentica koje su otpuštene od 1985. do 2001. godine) kojima je bila izrečena mjera TBS. Prethodno osuđeno bilo je 44% pacijentica, u najvećem broju za ubojstvo i nasilna kaznena djela. Autori su ispitivali valjanost predviđanja kod HCR-20 i PCL-R.

Prethodno spomenuti pojam TBS odnosi se na sudsku mjeru (orig. "terbeschikkingstelling"), odnosno tretman koji osigurava država, a uključuje osuđenike koji su počinili ozbiljno kazneno djelo, no za isto nisu odgovorni zbog teške psihopatologije u podlozi ličnosti. Svakih godinu do dvije sud ponovo evaluira i procjenjuje razinu rizika budući da kazna nije vremenski definirana (de Vogel i de Ruiter, 2004). Pouzdanost među ocjenjivačima za HCR-20 (ICC= .98) i PCL-R (ICC= .97) pokazala se odličnom. Prevalencija psihopatije na ovom uzorku ženskih ispitanika iznosila je 13%, dok su Hildebrand i sur. (2005; prema Schaap i sur., 2009) u svom istraživanju utvrdili prevalenciju psihopatije od 24% za muške ispitanike. Prethodna istraživanja (Cale i Lilienfeld, 2002; Jackson i sur., 2002; Nicholls i sur., 2005; Verona i Vitale, 2006; Vitale i sur., 2002; prema Schaap i sur., 2009) pokazala su niže rezultate za ženske ispitanike prilikom istraživanja psihopatije. Prosječan rezultat na HCR-20 iznosio je 24.8 (SD=5.8), a na PCL-R 18.5 (SD=6.8).

Kao visoko rizične za ponovno počinjenje nasilja procijenjeno je 36% ispitanica. Neki autori (Holtfreter, Reisig, i Morash, 2004; Odgers, Moretti, i Reppucci, 2005; prema Schaap i sur.,

2009) sugeriraju da su instrumenti procjene rizika u veći slučajeva testirani na muškim uzorcima te da su manje relevantni za ženske pacijentice forenzičke psihijatrije i počiniteljice kaznenih djela. Kod ženske populacije razlikuju se i rizični čimbenici za počinjenje nasilja kao što su: trauma iz djetinjstva (Siegel i Williams, 2003; prema Schaap i sur., 2009), nedavna seksualna i fizička zlostavljanja, kriminalni partner, depresija, broj djece... (Benda, 2005; Schaap i sur., 2009).

Desmarais, Nicholls, Wilson, i Brink (2012) istraživali su pouzdanost i valjanost START-a u predviđanju agresivnog ponašanja među pacijentima. Uzorak se sastojao od 120 muških forenzičnih pacijenata u Kanadi, sa primarnom dijagnozom u spektru shizofrenije, a vrijeme praćenja bilo je 12 mjeseci. Većina pacijenata su bili u kategoriji NGRI (orig. "Not guilty by the reason of insanity"), odnosno nisu mogli biti okrivljeni za počinjeno kazneno djelo jer su ga počinili pod utjecajem teške psihičke bolesti. Rezultati istraživanja su pokazali da se gotovo pola uzorka (oko 46%) nije uključilo u nikakav oblik agresivnog ponašanja u periodu praćenja. Najčešći pojavni oblici nasilja bili su verbalno, zatim fizičko nasilje prema drugima i prema objektima, iako se nije radilo o ozbiljnim napadima.

Konačna procjena rizika u START-u kategorizirala je 38.7% pacijenta kao nisko, 33.6% umjereno i 27.7% visoko rizične za počinjenje nasilja. Slični rezultati dobiveni su i na HCR-20, gdje je kategorijalna procjena iznosila 39.2% nisko, 33.3% umjereno i 27.5% visoko rizičnih. Na PCL-SV velika većina pacijenata (93.3%) nije zadovoljavala kriterije za psihopatiju. Od mogućeg rezultata između 0 i 40 na START-u, prosjek rezultata snaga iznosio je  $M=18.46$  ( $SD=8.08$ ), a ranjivosti  $M=16.82$  ( $SD=8.07$ ). Ukupni rezultati na skalama snage i ranjivosti u START-u snažno su korelirali u očekivanom smjeru ( $r=-.87$ ,  $p<.001$ ). Pouzdanost među ocjenjivačima pokazala se visokom za ukupne rezultate snaga i ranjivosti u START-u i za procjenu rizika za počinjenje nasilja ( $ICC=.93, .95, .85$ ,  $p<.001$ ); štoviše, stupanj slaganja među ocjenjivačima postiže vrijednosti kao i aktuari instrumenti, uključujući VRAG (Quinsey i sur., 2006; prema Desmarais i sur., 2012) i LSI-R (Andrews i Bonta, 1995; prema Desmarais i sur., 2012).

Prediktivna valjanost, ili valjanost predviđanja izračunava se primjenom ROC (orig. "Receiver Operating Characteristic") analize koja se koristi kod procjene rizika za počinjenje nasilja (Mossman, 1994; prema Thomson, 2008). U vezi s tim, AUC (orig. "Area under the

curve"), odnosno područje ispod krivulje, upućuje na sigurnost predviđanja i vrijednosti se protežu u rangu od 0 (idealno negativno predviđanje), 0.5(mogućnosti) i 1(idealno pozitivno predviđanje). Sve iznad .75 smatra se visokom sigurnosti za predviđanje. START je pokazao bolju valjanost predviđanja nad ukupnim rezultatima H skale u HCR-20 i nad ukupnim rezultatom PCL-SV. Nalazi istraživanja podupiru i ulogu dinamičkih čimbenika u procjeni rizika. Ograničenja istraživanja ogledaju se u tome da je u ovom istraživanju START korišten samo za mjerenje agresivnih ishoda, a ne ostalih domena koje pokriva, primijenjen je jednom u vremenu praćenja, nije primijenjen od strane stručnjaka u tom području i upitna je mogućnost generalizacije rezultata zbog odabira uzorka (uključeni su samo muški ispitanici u forenzičnim uvjetima).

U sličnom smjeru su se vodili i Abidin i sur. (2013), koji su proveli istraživanje kohorte forenzičnih pacijenata u Dublinu. Cilj istraživanja bio je ispitati psihometrijska svojstva i valjanost različitih instrumenata; između ostalog START-a, SAPROF-a i DUNDRUM-a 3 i 4. SAPROF i START su pokazali zadovoljavajuću razinu pouzdanosti između različitih ocjenjivača (SAPROF  $r=0.829$ , START snage  $r=0.694$ , ranjivost  $r=0.853$ ,  $p<0.001$ ) i dobru unutarnju konzistentnost (SAPROF 0.880, START snage 0.949, ranjivost 0.945). Snage i ranjivosti u START-u opet su pokazali snažnu obrnutu korelaciju što je i očekivano ( $r=-0.947$ ,  $p<0.001$ ). Slijedom navedenog, rezultati SAPROF-a predvidjeli su odsutnost nasilja (AUC=0.847) i odsutnost samoozljeđivanja (AUC=0.766).

Skale snage i ranjivosti u START-u predvidjele su nasilje (odsutnost nasilja na skali snaga AUC=0.776, i pojavnost nasilja na skali ranjivosti AUC=0.823), no nisu predvidjeli samoozljeđivanje. Uz to, DUNDRUM-3 i DUNDRUM-4 su se pokazali kao dobri prediktori nasilja i samoozljeđivanja. Ograničenja istraživanja su svojstva uzorka (od 100 pacijenata, bilo je samo 6 žena) i nemogućnost generalizacije rezultata (pacijenti u instituciji). Duljina boravka u instituciji nije utjecala na promjenu razine rizika, dok su premještaji iz jednog tipa ustanove u drugi utjecali. U kliničkim ustanovama, lokacija je određena rizikom koji pacijent predstavlja i sukladno s tim potrebnim stupnjem tretmanskog osiguranja.

Slijedeće istraživanje Ho i sur., (2013) bavi se evaluacijom HCR-20 naspram kliničke procjene. U Hong Kongu se primjenjuje klinički model procjene rizika za počinjenje nasilja. PFU sistem (orig. "The Priority Follow- Up") koristi se za identifikaciju i nošenje

(upravljanje) s pacijentima koji imaju povijest nasilnog ponašanja ili predispozicije (sklonost) za nasilno ponašanje. Model se koristi od 1982. godine. PFU status može biti: NPFU (orig. "Non-PFU")-nema povijest nasilnog ponašanja ni nasilnih sklonosti, PFU(T) (orig. "PFU-Target")-ima povijest nasilnog ponašanja ili nasilne sklonosti, PFU(ST) (orig. "PFU-Subtarget")-među najopasnijima sa poviješću nasilnog ponašanja ili nasilnim sklonostima. Status se pregledava i preispituje regularno nestrukturiranom kliničkom procjenom od strane tretmanskog tima. Poboljšanja u statusu su moguća, no to zahtjevaju duže periode bez nasilnih incidenata, dobru socijalnu podršku, apstinenciju od psihoaktivnih tvari... Ne postoje detaljne smjernice vezane uz određivanje PFU statusa (Ho i sur., 2013).

Vezano uz istraživanje, uzorak je uključivao 110 forenzičnih pacijenata službeno otpuštenih iz ustanove sa statusom PFU(T) i PFU(ST) i kontrolnu skupinu, demografski podudarenu sa (NPFU) statusom. Prosječan rezultat na HCR-20 za PFU grupu bio je 19.06 (SD=6.99), dok je za NPFU grupu bio 14.12 (SD=5.64). Među visoko rizičnima bilo je 18% ispitanika iz PFU grupe. Pokazao se dobar stupanj slaganja među ocjenjivačima (ICC=.73) vezano za konačnu procjenu rizika. AUC vrijednosti HCR-20 bile su značajne za sve oblike nasilja, no i PFU sistem procjene pokazao je značajno previđanje verbalnog nasilja i nasilja prema drugima, tako da se ne može govoriti o velikoj razlici između previđanja nasilja putem HCR-20 i PFU na istraživanom uzorku. Objašnjenje toga moglo bi biti u korištenju PFU zadnjih tridesetak godina u Hong Kongu, ali i temeljenja procjene na odluci multidisciplinarnog tima, a ne individualnim odlukama.

Nadalje, Singh, Fazel, Gueorguieva, i Buchanan (2014) napravili su sistematično istraživanje baza podataka za period od 1995. do 2011. godine, fokusirajući se na devet najšire primjenjivanih instrumenata (uključujući PCL-R, HCR-20 i VRAG). Cilj istraživanja bio je analizirati razlike u stopama nasilja kod osoba koje su klasificirane kao visoko rizične putem nekog od SRAI instrumenata. Nalazi istraživanja su ukazali na to da stopa nasilja povezana sa visokim rizikom ovisi o lokalnim bazama nasilja te nije moguće raditi generalne pretpostavke o vjerojatnosti nasilja.

Točnost predviđanja uvelike ovisi o korištenom instrumentu i uvjetima u kojima je primijenjen (Singh i sur., 2011; prema Singh i sur., 2014). Nalazi su pokazali da aktuari i SPJ instrumenti imaju sličnu prediktivnu valjanost (Singh i sur., 2011, Guy, 2008; prema

Singh i sur., 2014). Autori napominju kako stopa nasilja kod pacijenata koji su procijenjeni visoko rizičnima varira sa stopom nasilja sveukupnog uzorka te da bi takve bazične stope nasilja trebale biti uključene prilikom individualne procjene rizika za počinjenje nasilja. Nažalost, još uvijek ne postoji izvor koji bi omogućavao stručnjacima da sistematično identificiraju bazične stope za različite oblike nasilja u različitim populacijama psihijatrijskih pacijenata. S obzirom na dosadašnja saznanja, preporuča se oprez pri korištenju ovakve probabilističke procjene rizika koja utječe na odluke vezane uz slobodu pojedinca i sigurnost zajednice.

U sistematičnom pregledu i metaanalizi istraživanja vezanih uz uporabu START, autora O'Shea i Dickens (2014) nalazi su slijedeći: izvedivost i korisnost START u kliničke svrhe najvećim dijelom je pozitivno ocijenjena (od 62% do 92.5% ispitanika je pozitivno ocijenilo START) (Desmarais i sur., 2011; prema O'Shea i Dickens, 2014). Većina istraživanja pokazala je da generalno nije bilo poteškoća u ispunjavanju stavaka u START-u, izuzev što su poteškoće uočene u ocjenjivanju novih pacijenata (Crocker i sur., 2011; prema O'Shea i Dickens, 2014).

Fokusiranje na dinamičke čimbenike rizika preko 80% korisnika instrumenta smatra korisnim u kliničkoj praksi (Desmarais i sur., 2011; prema O' Shea i Dickens, 2014). Značajne pozitivne korelacije pronađene su između ukupnog rezultata na skali ranjivosti i: ukupnog rezultata i pojedinačnih rezultata svih subskala HCR-20, ukupnog rezultata PCL-SV (Hart i sur., 1995; prema O' Shea i Dickens, 2014) i ukupnog rezultata na skali snaga sa ukupnim rezultatom SAPROF (de Vogel i sur., 2012; prema O' Shea i Dickens, 2014). Negativne korelacije pokazale su se između skale snaga i HCR-20, skale ranjivosti i SAPROF.

Korelacije između skale snaga i skale ranjivosti, za svaku pojedinu stavku, pokazale su se negativnima (Braithwaite i sur., 2010, Desmarais i sur., 2012; prema O' Shea i Dickens, 2014). Pouzdanost među ocjenjivačima, odnosno prosjek ICC (orig. "Intraclass Correlation Coefficients") rangiran je između dobrog i odličnog. Najviše slaganja pokazalo se oko skale ranjivosti (ICC=.86). Vezano uz skale snage i ranjivosti te njihovu valjanost predviđanja postoje različiti nalazi istraživanja. Generalno se može zaključiti da su skala snaga i skala ranjivosti bile značajne u predviđanju agresivnog ponašanje među pacijentima, fizičkog nasilja prema drugima, verbalnog nasilja i pomaknute agresije (prema objektima). Obje skale

korisne su i za predviđanje nedozvoljenog napuštanja ustanove i zlouporabu psihoaktivnih tvari (Braithwaite i sur., 2010; prema O' Shea i Dickens, 2014).

Belfrage (2015) se bavio istraživanjem nadogradnje HCR-20 iz druge na treću verziju, prilikom čega su prikazane i smjernice da daljnji rad. U prvoj verziji HCR-20 (Webster, Eaves, Douglas i Wintrup, 1995; prema Belfrage, 2015) autori su naglasili važnost implementacije instrumenta u praksu, no nisu dovoljno specificirali kako bi to trebalo biti izvedeno. To se ponajviše odnosilo na moguću primjenu HCR-20 u raznim i različitim uvjetima. U ovom istraživanju prikazani su izazovi implementacije treće verzije HCR-20 u dvije ustanove forenzičke psihijatrije u Švedskoj. U obje ustanove prethodno je kroz dulji niz godina korištena druga verzija HCR-20 i bilo je potrebno osigurati neke organizacijske promjene za implementaciju treće verzije HCR-20.

Spomenuta treća verzija HCR-20 (Douglas i sur., 2013, Douglas i sur., 2014; prema Belfrage, 2015) donijela je određene promjene koje su prikazane kroz sedam koraka. Prvi korak odnosi se na skupljanje i dokumentiranje temeljnih informacija o slučaju. U drugom koraku procjenjivači identificiraju prisutnost 20 rizičnih čimbenika kroz tri kategorije (H, C i R). U trećem koraku, korisnik procjenjuje relevantnost rizičnih čimbenika u odnosu na počinjenje ili prevenciju budućeg nasilja. Slijedeći korak odnosi se na formuliranje integriranih informacija. Nadalje, procjenjivači opisuju najvjerojatnije scenarije budućeg nasilja (ponavljanje, preokret, eskalacija, letalni ili optimistični scenarij). Predposljednji korak odnosi se na preporuku strategija upravljanja rizikom s obzirom na relevantne rizične faktore i opisane scenarije. Zadnji korak uključuje dokumentaciju prosudbe korisnika s obzirom na sveukupni rizik. Navedenih sedam koraka omogućava sveobuhvatnu strukturu procesa procjene i upravljanja rizikom.

Vitacco, Tabernik, Zavodny, Bailey, i Waggoner (2016) bavili su se pitanjem vezanim uz forenzičke evaluacije, odnosno, kako najbolje iskoristiti kliničke podatke da bi se donijela odluka o primjerenosti vezanoj za otpuštanje pacijenta iz ustanove. Klinički podaci uglavnom uključuju procjenu koja se temelji na informacijama dobivenim putem instrumenta kojima se pokušava predvidjeti buduće nasilno ponašanje ili počinjenja kaznenih djela nakon otpuštanja pacijenta iz forenzičke ustanove (Douglas i Webster, 1999; prema Vitacco i sur., 2016).



Autori su se bavili evaluacijom učinkovitosti HCR-20 prilikom procjene spremnosti pacijenta na uvjetni otpust. Istraživanje je uključilo 116 forenzičnih pacijenata u Georgiji.

Naglasak je stavljen na korisnost primjene HCR-20 prilikom razlučivanja u kojim segmentima se osobe koje su dobile uvjetni otpust razlikuju od onih koji nisu. HCR-20 se pokazao kao pouzdana i valjana mjera previđanja nasilnog ponašanja među forenzičnim pacijentima, ali i pacijentima koji su uvjetno otpušteni. Vezano za sudske odluke i primjerenost uvjetnog otpusta i sposobnost ostajanja u zajednici postoje tri potencijalna ishoda; osoba nije primjerena za otpuštanje iz ustanove, osoba se čini primjerena za otpuštanje, ali ne drži se uvjetnog otpusta i osoba je primjerena za otpust i poštuje uvjetni otpust. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da je R skala iz HCR-20, koja se odnosi na prognoziranje prilagodbe pojedinca na buduće okolnosti omogućila najbolje predviđanje primjerenosti otpuštanja osobe iz ustanove i da li će uspješno održavati uvjetni otpust.

Nasuprot prijašnjih istraživanja koja su se fokusirala na nepromjenjive, odnosno statičke čimbenike rizika, u današnje vrijeme stavlja se sve veći naglasak na dinamičke čimbenike koji su podložni tretmanskim intervencijama i kod kojih značajnu ulogu igra kontekst. Umjesto korištenja procjene rizika kako bi se odredilo hoće li pojedinac uspjeti ostati na slobodi, trebalo bi ih koristiti za pomoć pri oblikovanju usluga koje povećavaju vjerojatnost uspjeha ostajanja na slobodi. Cilj procjene rizika ne bi trebao biti samo procjena vjerojatnosti za počinjenje nasilja, nego i razvoj učinkovitih planova u zajednici koji će pomoći reintegraciji nebrojivim počiniteljima kaznenih djela.

Autori Douglas, Pugh, Singh, Savulescu, i Fazel (2017) ističu kako su instrumenti procjene rizika za počinjenje nasilja mnogobrojni i koriste se u razne svrhe, među ostalim kako bi informirali o donošenju odluka o pritvoru, otpustu ili pak pacijentovom funkcioniranju u forenzičnim uvjetima, a sve češće i u općoj psihijatriji. Vođenje profesionalnom etikom i u najboljem interesu pacijenta, uz primjenu instrumenata procjene rizika ne čini se uvijek kao najpovoljniji ishod za pacijenta, no to u mnogim situacijama nije realna percepcija. Primjerice, procjena rizika može se koristiti kako bi se utvrdila pogodnosti u tretmanu, može doprinijeti ranijem otpustu iz ustanove, ili čak u situacijama gdje je pojedincu određen daljnji pritvor, može rezultirati dugoročnom koristi i za njega samoga (u vidu prevencije recidiva i posljedično duljeg zatvaranja).

Postojeći podaci pokazuju da instrumenti procjene rizika imaju lošu do umjerenu točnost prilikom primjene. S obzirom na prethodnu konstataciju, više od pola osoba ocjenjenih kao visoko rizičnih neće ponovo počiniti kazneno djelo (Fazel i sur., 2012; prema Douglas i sur., 2017). Prevalencija pogreški prilikom predviđanja ne bi trebala utjecati na korištenje instrumenata procjene rizika za počinjenje nasilja, budući da je prilikom donošenja odluke potrebno balansirati između sigurnosti zajednice, i najboljeg interesa pojedinca. Prilikom toga, instrumenti, čak i sa upitnom točnošću, predstavljaju jednu od ponajboljih opcija.

Kritike instrumenata vezane uz valjanost predviđanja odnose se na točnost instrumenata u procjeni prilikom primjene u različitim uvjetima i na različitim populacijama (Witt i sur., 2016; prema Douglas i sur., 2017), slabih izvještavanja o standardima (Singh i sur., 2013; prema Fazel, Wolf, Larsson, Lichtenstein, Mallett, i Fanshawe, 2017) i nekonzistentnog definiranja "visokog rizika" (Singh i sur., 2014; prema Fazel i sur., 2017). Većina instrumenata je razvijana na osobama koje nisu imale aktivne simptome bolesti (Singh i sur., 2011; prema Fazel i sur., 2017) i ne postoji dovoljan broj istraživanja o psihometrijskim karakteristikama instrumenata da bi se mogao dati konačan odgovor o valjnosti predviđanja pojedinog instrumenta (Singh, 2013; prema Douglas i sur., 2017).

Još jedno istraživanje (Coid i sur., 2011) bavilo se mogućnostima predviđanja nasilnog ponašanja uporabom instrumenata HCR-20, PCL-R i VRAG. Uzorak istraživanja je činilo preko 1300 muških ispitanika puštenih iz zatvora u Engleskoj i Walesu, u periodu od 2002. do 2005. godine, s primarnom dijagnozom poremećaja osobnosti. Sudionici su bili intervjuirani u razdoblju od 6 do 12 mj. prije njihovog otpusta, a vrijeme praćenja nakon otpusta u zajednicu iznosilo je u prosjeku dvije godine. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da je oko 45% puštenih ispitanika ponovno bilo osuđeno za kazneno djelo, te da je oko 13% bilo osuđeno za nasilno kazneno djelo. Niti jedan od navedenih instrumenata nije premašio središnju vrijednost za predviđanje na AUC, no VRAG je imao najvišu vrijednost od sva tri istraživana instrumenta. Par čestica u svakom od navedenih instrumenata nije bilo statistički značajno povezano sa nasilničkim recidivizmom.

Autori istraživanja pokušali su nezavisno prediktivne čestice iz svih navedenih instrumenata ukomponirati u "novi instrument" kako bi provjerili njegov učinak, odnosno sveukupnu vrijednost predviđanja, no rezultat je bio neznatno poboljšanje u odnosu na tri navedena

instrumenta. Efekt nemogućnosti poboljšanja uočen je kod instrumenata procjene rizika koji uključuju statičke čimbenike. Objašnjenje navedenog efekta leži u mogućim događajima prilikom otpusta ispitanika iz zatvora ili pak o ne bilježenju nasilnih djela tijekom perioda praćenja. U ovom slučaju, nije moguće prihvatiti uklanjanje neprediktivnih čestica iz instrumenata zbog nemogućnosti generalizacije dobivenih rezultata na različite populacije i uvjete. Najutjecajnije čestice na predviđanje nasilnog ponašanja u sva tri instrumenta bile su rani početak problema u ponašanju, počinjenje kaznenog djela, impulzivnost i zlouporaba psihoaktivnih tvari.

Ograničenja istraživanja odnose se na podatke temeljene na kaznenim osudama, kratak period praćenja i različitu razinu supervizije ispitanika nakon otpusta. Iz spomenutih instrumenata izvučeno je par nezavisnih prediktivnih čestica (kriminalna raznovrsnost, mlađa dob počinjenja nasilnog kaznenog djela, problemi sa alkoholom, muške žrtve, negativni stavovi...), no nisu bile dostatne za bolju procjenu. Naglasak autora je na kritičkom i sveobuhvatnom pristupu u procjeni rizika.

Slijedi prikaz istraživanja u čijem fokusu su bili statički i dinamički čimbenici i njihov utjecaj prilikom procjene rizika.

#### *4.2 Istraživanja uloge statičkih i dinamičkih čimbenika*

Nakon istraživanja koja su se striktno bavila instrumentima, njihovom formom i sadržajem, odnosno provjeravanjem njihovih karakteristika, u ovom dijelu rada stavljen je naglasak na već spomenuto područje statički i dinamičkih čimbenika koji imaju utjecaj na sam rizik. Manja pozornost bit će posvećena specificiranju i detaljnom analiziranju navedenih čimbenika, koliko će biti naglasak prvenstveno na njihov značaj prilikom procjene rizika.

U svijetu postoji veliki broj istraživanja na temu čimbenika rizika za nasilno ponašanje. Kao neki od njih navode se antisocijalne osobine ličnosti, klinička slika, zlouporaba psihoaktivnih tvari (Hodgins, 2008, Fazel i sur., 2009, Asnis i sur., 1997, Elbogen i Johnson, 2009, Nolan i sur., 1999; prema Sisek-Šprem, Jukić, Petrović, Milošević i Bilić, 2015) i simptomi shizofrenije (sumanutost, halucinacije, dezorganizirano ponašanje) koji predstavljaju uzrok agresivnog ponašanja u oko 20% slučajeva (Hodgins, 2008, Nolan i sur., 2005; prema Sisek-

Šprem i sur., 2015). Izuzev navedenog, rizik za agresivno ponašanje predstavljaju i određene demografske karakteristike: muški spol, mlađa dob, nizak socioekonomski status, rastava, nezaposlenost, život u gradu (Belli i Ural, 2012, Sisek-Šprem i sur., 2012; prema Sisek-Šprem i sur., 2015).

Istraživanje Sisek-Šprem i sur. (2015) analiziralo je utjecaj kliničke slike na nasilno ili suicidalno ponašanje. Uzorak je činilo 120 muških pacijenata na Klinici za psihijatriju Vrapče sa dijagnozom shizofrenije u dobi od 18 do 40 godina. Ispitanici su podijeljeni u dvije grupe: agresivne (heteroagresivne i suicidalne) i neagresivne. Podaci su prikupljeni iz povijesti bolesti i razgovora sa pacijentima te su primijenjene različite skale. Korištena skala za procjenu agresivnosti je OAS (orig. "Overt Aggression Scale"), u kojoj se agresivno ponašanje dijeli u četiri grupe: verbalno, fizičko (prema predmetima), samoozljeđivanje te fizičko (prema drugima). Intenzitet se boduje od nula do šest i zbroj intenziteta svih agresivnih ponašanja prikazuje ukupnu agresivnost (Yudofsky i sur., 1986; prema Sisek-Šprem i sur., 2015). Rezultati istraživanja su pokazali da heteroagresivni ispitanici (agresivnost prema drugima) sa dijagnozom shizofrenije imaju težu kliničku sliku i pozitivnije simptome bolesti, što je u skladu s prethodnim istraživanjima u svijetu (Nolan i sur., 2005, Amore i sur., 2008, Hodgins, Hiscoke i Freese, 2003; prema Sisek-Šprem, 2015).

McDermott, Edens, Quanbeck, Busse i Scott (2008) su istražili ulogu statičkih i dinamičkih čimbenika prilikom predviđanja nasilja među pacijentima. Namjera ovog istraživanja je kategorizirati pacijente koji su predisponirani za počinjenje nasilja u institucionalnim uvjetima, uzimajući u obzir i statičke i dinamičke čimbenike. Istraživanje je rađeno u psihijatrijskoj bolnici u Kaliforniji, sa udjelom od oko 80% forenzičnih pacijenata većinom kategoriziranih kao IST (orig. "Incompetent to Stand Trial"), NGRI i MDO (orig. "Mentally Disordered Offender").

MDO je u Kaliforniji prvotno penalna kategorija, no zbog sekundarne opasnosti koju nosi psihička bolest, osobe se s vremenom premješta u zdravstvenu odnosno psihijatrijsku ustanovu. U istraživanje je uključeno 154 ispitanika, većinom muškog spola, prosječne dobi 45 godina i prosječnog boravka šest godina u ustanovi, u statusu neubrojivih počinitelja kaznenih djela s primarnom dijagnozom shizofrenije. Korišteni su razni instrumenti, među njima i PCL-R, HCR-20 i VRAG. Statistički značajnim za predviđanje cijelog spektra

agresivnih incidenata (uključujući agresivnost spram pacijenata i spram osoblja) bio je HCR-20. Ostali rezultati su pokazali da su ukupni rezultat na HCR-20, dio čestica u PCL-R i VRAG značajno utjecali na predviđanje agresije spram osoblja. S druge strane, agresija naspram pacijenata nije bila značajno predvidljiva faktorima PCL-R, niti njegovim ukupnim rezultatom. Skala C i R kod HCR-20 pokazale su umjerenu povezanost sa agresijom naspram pacijenata.

Kanadsko istraživanje (Wilson, Desmarais, Nicholls, Hart, i Brink, 2013) bavilo se utjecajem dinamički čimbenika na procjenu rizika. Uzorak je činilo 30 forenzičnih pacijenata, a od instrumenata su korišteni HCR-20 (Webster i sur., 1997; prema Wilson i sur., 2013) i START (Webster i sur., 2009; prema Wilson i sur., 2013). Rezultati ovog istraživanja pokazali su da su dinamički čimbenici u HCR-20 i u START povezani sa valjanosti previđanja te da su promjene u dinamičkim čimbenicima povezane sa institucionalnim nasiljem. Potvrđena je važnost uključivanja dinamičkih čimbenika prilikom procjene i upravljanja rizikom od nasilnog ponašanja u institucionalnim uvjetima (Douglas i Skeem, 2005; prema Wilson i sur., 2013). U navedenom istraživanju dinamički čimbenici bili su provjeravani svaka tri mjeseca kroz period praćenja od 12 mjeseci, kako bi se uočila njihova promjenjiva priroda i utjecaj koji imaju na promjenu u riziku.

Autori ovog istraživanja smatraju da bi procjene rizika za počinjenje nasilja trebala biti vremenski ograničena zbog promjene dinamičkih čimbenika i potrebe za njihovim regularnim preispitivanjem (Douglas i Kropp, 2002; Dvoskin i Heilbrun, 2001; prema Wilson i sur., 2013). Naglasak je na važnosti procjene rizika kao modela prevencije od nasilja, a ne pojedinačnog događaja predviđanja nasilja (Douglas i Kropp, 2002; prema Wilson i sur., 2013). Ponavljana procjena rizika i preispitivanje promjena u stupnju rizika nudi mogućnost da se prati rizik pacijenta i njegova potreba za tretmanom, da se donose odluke koje su više potkrijepljene informacijama o tome kada je tretman potreban, kakav tretman je potreban, koliko je tretman uspješan, kakve modifikacije tretmana su potrebne i slično. Uz sve navedeno, ne smije se zaboraviti uloga statičkih čimbenika koji su korisni u previđanju nasilnog ponašanja kroz duže vremenske periode (Hart i sur., 2001; prema Wilson i sur., 2013).

Slijedeće istraživanje, de Vries Robbé, de Vogel, Douglas i Nijman (2015) bavilo se predviđanjem recidivizma nakon otpusta u zajednicu, odnosno promjenama u rizičnim i zaštitnim čimbenicima vezanim za nasilje koje su se dogodile tijekom forenzičko psihijatrijskog tretmana. Ovo istraživanje se odvijalo u Nizozemskoj, u dvije forenzičke ustanove. Uzorak je činilo 108 forenzičnih pacijenata, s poviješću nasilnog ponašanja i seksualno nasilnog ponašanja, primarne dijagnoze poremećaja osobnosti i komorbiditeta sa zlouporabom psihoaktivnih tvari (68% ispitanika). Pacijente se pratilo godinu dana po otpustu.

Usporedba nerecidivista i recidivista nakon otpusta pokazala je da su nerecidivisti pokazali poboljšanje tijekom tretmana; razvili su više zaštitnih čimbenika i prihvatili su više promjena tijekom tretmana. Prosjek ukupnih rezultata na HCR-20 prije tretmana iznosio je 28.16, dok je nakon tretmana iznosio 23.46 (niži rezultat govori u prilog smanjenja rizika). Isto tako, prosjek rezultata na SAPROF prije tretmana je iznosio 5.56, a po otpustu 13.51 (viši rezultat odnosi se na povećanje zaštitnih čimbenika). Istraživanje je ukazalo na promjenjivost dinamičkih čimbenika rizika mjerenih HCR-20 i SAPROF i uputilo na korisnost instrumenata prilikom mjerenja razvoja i napretka forenzičnih pacijenata u svrhu redukcije nasilničkog recidiva. Slijedom navedenog, HCR-20 i SAPROF mogli bi tvoriti smjernice za učinkovitu redukciju nasilnog ponašanja.

Proučavanje utjecaja dinamičkih čimbenika u području procjene rizika za počinjenje nasilja, pomaže razumijevanju mehanizama rizika, odnosno istraživanju vremenskih sekvencija rizika i ishoda te proučavanju kako fluktacije u riziku mogu privremeno prethoditi i predvidjeti povećanja ili smanjenja ishoda (Penney, Marshall i Simpson, 2016). Cilj ovog istraživanja je proučiti promjene u dinamičkim čimbenicima, ishodima kroz vrijeme i utjecaju čimbenika na počinjenje ili doživljavanje nasilja nakon otpusta u zajednicu. Istraživanje je provedeno sa opetovanim mjerenjima kako bi se pratila promjena u riziku kod forenzičnih pacijenata koji su otpušteni iz institucije u zajednicu. Uzorak je činilo 87 pacijenata iz dvije psihijatrijske bolnice u pokrajini Ontario. Oko 84% uzorka činili su muški ispitanici u statusu NGRI, odnosno NCRMD (org. "Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder"), s primarnom dijagnozom shizofrenije, dok je polovina ispitanika imala i komorbiditet sa zlouporabom psihoaktivnih tvari. Između različitih korištenih instrumenata navedeni su HCR-20 V3 (treća verzija) i PCL-R.

Rezultati ovog istraživanja konzistentni su sa prijašnjim nalazima koji ukazuju na to da će psihički bolesne osobe češće iskusiti viktimizaciju nego osobe u općoj populaciji (Silver i sur., 2005, Teplin i sur., 2005; prema Penney, Marshall i Simpson, 2016) i da proživljeno iskustvo viktimizacije vodi većem uključenju u daljnje nasilno ponašanje (Sadeh, Binder i McNeil, 2014; prema Penney, Marshall i Simpson, 2016). Više od četvrtine ispitanika bilo je rehospitalizirano kroz 12 mjeseci, što je važan klinički ishod za samog pacijenta, ali i pokazatelj (ne)uspješnosti cjelokupnog sustava. Značajne promjene u dinamičkim čimbenicima pokazale su se u smanjenju pozitivnih psihičkih simptoma koji su se pojavili u prvih 6 mjeseci nakon otpusta u zajednicu.

Ispitanici koji su na početku istraživanja imali jače izražene pozitivne psihičke simptome bolesti, anksioznost, negativni afekt i stres, s vremenom su se simptomi smanjili. PCL-R nije uspješno predvidio ishode vezane za počinjenje nasilja, viktimizaciju i rehospitalizaciju, iako je prethodno dokazana njegova valjanost u predviđanju vezana za nasilje i recidiv i kod opće i kod forenzične populacije (Leistico i sur., 2008; Penney, Marshall i Simpson, 2016). Rizični čimbenici za rehospitalizaciju forenzičnih pacijenata značajno se preklapaju sa rizičnim čimbenicima za počinjenje nasilja. Autori naglašavaju važnost vremenski ovisnog modela u ovom istraživanju, odnosno, da je analiza učinjena u izolaciji, bez vremenski ograničenih čimbenika utjecaj dinamičkih čimbenika ne bi imao toliki značaj (Brown i sur., 2009; prema Penney, Marshall i Simpson, 2016). Važno je uvažavati metode osjetljive na promatrani period vremena prilikom procjene rizika.

Nešto drugačije istraživanje vezano je uz BIS (orig. "The Barratt Impulsivness Scale"), odnosno instrument za samoopažanje impulzivnosti (Spinella, 2007; prema Haden i Shiva, 2008). Impluzivnost se smatra dijelom osobnosti i u tome leži važnost njezinog proučavanja. Može se definirati kao tendencija odgovora na vanjski ili unutarnji podražaj na bezobziran način, bez promišljanja, planiranja i uvažavanja posljedica (Patton, Stanford i Barratt, 1995; prema Haden i Shiva, 2008).

Tri ključna čimbenika impulzivnosti su pozornost (pažnja), motorička aktivnost i nedostatak planiranja, a moguće ih je naći u općoj i kliničkoj populaciji (Someya i sur., 2001, Spinella, 2007, Yang i sur., 2007; prema Haden i Shiva, 2008). Impulzivnost se nalazi u podlozi mnogih psihičkih bolesti, uključujući različite poremećaje ličnosti, manične poremećaje i

ovisnosti (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, i Swann, 2001; prema Haden i Shiva, 2008). Viša razina impulzivnosti zapažena je i u forenzičnoj populaciji, među osuđenicima sa poremećajem osobnosti i povijesti nasilnog ponašanja; oni koji su bili više impulzivni uključivali su se u više reaktivnog nasilja unutar institucije (Dolan i Fullam, 2004; prema Haden i Shiva, 2008). Mjerenje impulzivnosti među forenzičnom populacijom važno je zbog adekvatne procjene i planiranja i upravljanja tretmanom.

U istraživanju je sudjelovalo 436 hospitalizirana forenzična pacijenta, od 2002. do 2007. godine. Osobitost forenzičnih psihijatrijskih ustanova u New Yorku je da se nalaze pod kliničkim ustanovama te imaju različito osiguranje (od otvorenog do zatvorenog tipa). Pacijenti tamo dolaze iz penalne ustanove, kako bi sudjelovali u psihijatrijskom i psihološkom tretmanu i procjeni. Duljina boravka pacijenata u ovakvoj ustanovi je između 14-21 dan. Većina pacijenata ima psihijatrijsku dijagnozu ili razvoj simptoma psihijatrijske bolesti.

U istraživanje su uključeni pacijenti koji nisu bili u akutnom stanju te su mogli sudjelovati u ispunjavanju BIS-11. Izuzev korištenog instrumenta, uzeti su podaci o njihovoj prethodnoj kažnjavanosti (nasilna ili nenasilna kaznena djela) i o psihijatrijskim dijagnozama. Rezultati istraživanja su pokazali najviše rezultate za nedostatak planiranja, zatim motoričku aktivnost i potom pažnju. Značajna povezanost pronađena je između pacijentovih godina i čimbenika impulzivnosti pažnje, dok između ostalih čimbenika nije. Pacijenti čije su kaznene optužbe teže, ispoljavaju viši stupanj impulzivnosti. Vezano uz učinkovitost tretmana, pacijenti s višim stupnjem impulzivnosti iskazuju više agresije, suicidalne ideje te ih je teže uključiti u tretman. Postoje neslaganja oko mjerenja primjene BSI-11 u originalnom obliku na forenzičnoj populaciji; poduprti su motorička aktivnost i neplaniranje kao čimbenici impulzivnosti, dok pažnja nije. Ograničenja ovog istraživanja su u dokumentaciji temeljenoj na samoiskazima pacijenata, nepostojanju kontrolne skupine te potrebi za provjerom revidiranog instrumenta. Smjernice upućuju na modifikaciju BSI-11 za forenzičnu populaciju (Haden i Shiva, 2008).

Istraživanje forenzičnih pacijentica zanimljivo je budući da neki od standardnih instrumenata za procjenu nasilja koriste muški spol kao rizični čimbenik za počinjenje nasilja (Webster i Hucker, 2007; prema Adshead, 2011). Zadnjih dvadesetak godina povećan je interes za



istraživanjem utjecaja psihičke bolesti na individualni rizik za počinjenje nasilja. Potrebno je imati na umu razliku između nasilja počinjenog od strane žena i muškaraca.

Bartlett (2009; prema Adshead, 2011) navodi kako postoje tri područja u kojima se nasilne žena razlikuju od nasilnih muškaraca: prema odnosu sa žrtvom, povijesti psihičkih bolesti i osobnom traumom te viktimizacijom u djetinjstvu. Razlike se ogledaju i u korištenju obrambenih tehnika. Neutralizacija nasilja izvodi se kao narativna tehnika opravdanja izbora i zadržavanja statusa "dobre osobe" (Sykes i Matza, 1957; prema Adshead, 2011) na način da se ne prihvaća odgovornost za počinjeno ili za ozbiljnost ozljede, prebacuje se odgovornost na druge, učinjeno je radi višeg dobra, drugi bi učinili isto u navedenoj situaciji, i isticanje viktimizacije u djetinjstvu kao objašnjenja za nasilje.

Magrele i Koludrović (2001) pokušali su se utvrditi pokazatelje za procjenu smanjenja nasilnog ponašanja nakon otpusta iz ustanove. Uzorak je činilo 34 pacijenta sa dijagnozom paranoidne shizofrenije, onih koji su pokušali ili izvršili ubojstvo te oni kojima je bila izrečena mjera sigurnosnog liječenja i koji su bili uključeni u ambulantni tretman. Podaci o eventualnom recidivu prikupljeni su preko nadležnih socijalnih službi. Primijenjen je upitnik koji je sadržavao podatke o sociodemografskim podacima, razvojnom putu prije pojave bolesti, trajanju bolesti i psihijatrijskom liječenju prije počinjenja kaznenog djela, psihotičnom stanju za vrijeme počinjenja djela, liječenju, psihičkom stanju pri otpustu, socijalnoj adaptaciji i liječenju nakon otpusta. Rezultati su pokazali da niti jedan otpušteni pacijent nije ponovo počinio nasilno kazneno djelo. Većina ispitanika bili su bolesni duže od pet godina prije nego su počinili kazneno djelo, jedna trećina nije bila pod nadzorom psihijatra, dok je oko 18% u stanjima pogoršanja bolesti ispoljavalo agresivno ponašanje. Isto tako, oko 18% ispitanih zloupotrebljavalo je alkohol te je čak 44% bilo u alkoholiziranom stanju za vrijeme počinjenja kaznenog djela. Pozitivna korelacija pronađena je između trajanja i vrste tretmana, socijalne adaptacije, recidiva bolesti i ponašanja na odjelu.

Indikatori za procjenu smanjenja nasilnog ponašanja kao što su: kritičnost spram bolesti, potreba za liječenjem, prihvaćanje od strane obitelji, kritičnost prema alkoholu, sređeno materijalno pitanje i pitanje daljnjeg liječenja te stabilnost u frustracijskim situacijama; prilikom otpusta nisu pokazali povezanost sa česticama vezanim uz liječenje i vrijeme nakon otpusta. Dobiveni rezultati u skladu su sa dosadašnjima nalazima koji govore u prilog tome da

ne postoje objektivni kriteriji za procjenu smanjenja nasilnog ponašanja (Jukić, 1988; prema Magerle i Koludrović, 2001). Naglasak je na sveobuhvatnom tretmanu i ispunjavanju socijalnih kriterija.

#### *4.3 Istraživanja o utjecaju subjektivnosti na primijenjeni instrument*

Zadnja kategorija istraživanja bavi se utjecajem subjektivnosti na procjenu rizika za počinjenje nasilja. S jedne strane ispituje se kakav utjecaj ima odnos između pacijenta i terapeuta prilikom procjene, dok s druge strane postoje negativne konotacije vezane uz subjektivnost procjene kao što je prethodno navedeno.

Koliko je subjektivna i utjecajna uloga odnosa između terapeuta i pacijenta na procjenu rizika te postoje li razlike između procjene rizika od strane kliničara i istraživača i kolika je točnost tih procjena? Ovo su neka od pitanja kojima su se u svome istraživanju bavili de Vogel i de Ruitter (2004). U istraživanju je korištena nizozemska verzija HCR-20, na 60 forenzičnih pacijenata, s ciljem da se ispita pouzdanost HCR-20 između različitih ocjenjivača, dobije uvid u razlike između procjene kliničara i istraživača te povezanost između odnosa kliničara spram pacijenata s procjenom rizika.

Prosjek ukupnog rezultata na HCR-20 iznosio je 26.1 (SD=6.5), dok je 19 pacijenata procijenjeno visoko rizičnima. Rezultati su pokazali dobru pouzdanost između ocjenjivača za HCR-20 ( $0.60 < ICC < 0.75$ ). Razlike među ocjenjivačima odnosile su se na vrijeme potrebno za primjenu instrumenata i na način popunjavanja; tako je istraživačima trebalo oko dva sata, budući da su većinu informacija uzimali iz podataka o pacijentu, dok je tretmanskom osoblju trebalo oko pola sata, a većina informacija bila je prikupljena iz osobnog iskustva sa pacijentom. Pokazalo se kako odnos kliničara prema pacijentima imaju utjecaja na njihovu procjenu rizika. Tretmansko osoblje je tendiralo češćoj prosudbi pacijenata u kategoriji niskog rizika i izražavali su optimističniji pogled na ukupne rezultate postignute HCR-20. Ukoliko su doživljeni osjećaji kontrole ili manipulacije od strane pacijenata, odnosno negativni osjećaj, frustracija ili sumnje, to je vodilo i do većih rezultata na HCR-20, dok su doživljeni pozitivni osjećaji vodili do nižih rezultata.

Multidisciplinarno nacionalno istraživanje koje su proveli Nielsen i sur. (2015) bavilo se praktičnim djelovanjem u području procjene rizika za počinjenje nasilja na području države Danske. Kao i u većini zemalja, prvo se koristio tradicionalni, odnosno nestrukturirani klinički pristup koji se temelji na subjektivnoj i nesistematičnoj procjeni rizika u okviru osobnog profesionalnog iskustva (Grove i Meehl, 1996; prema Nielsen i sur., 2015). Kao što je spomenuto, napredak u ovom području vidi se kroz razvoj i primjenu aktuarne instrumenata procjene rizika (koji se temelje na statističkim algoritmima i povezanim izračunima za vjerojatnost nasilnog ponašanja) (Grove i Meehl, 1996; prema Nielsen i sur., 2015) i SPJ instrumentima, koji predstavljaju formaliziranu strukturiranu procjenu rizičnih (ponekad i zaštitnih) čimbenika kod pojedinca (Webster i sur., 2014, Douglas i sur., 1994; prema Nielsen i sur., 2015). Najčešće dvojbe nametnute su oko pitanja koji instrumenti imaju najbolju valjanost predviđanja i za koju populaciju (Yang i sur., 2010, Singh i sur., 2011; prema Nielsen i sur., 2015) te da li različite struke jednako gledaju na korisnost instrumenata u ovom području. Važno pitanje odnosi se na to koji instrumenti su bolji prilikom predviđanja nasilnog ponašanja; aktuarne instrumenti koji se oslanjaju na statičke čimbenike, ili SPJ instrumenti koji uzimaju u obzir kliničke čimbenike i upravljanje rizikom u cjelokupnu procjenu (Dolan i Doyle, 2000; prema Nielsen i sur., 2015). Da bi se nadišao taj jaz razvijeni su instrumenti koji kombiniraju aktuarne i SPJ mjere, kao što su START i HCR-20 (Webster i sur., 2009, Webster i sur., 1997; prema Nielsen i sur., 2015).

Danas sve veći broj ustanova počinje sa implementacijom strukturiranih metoda u procjeni rizika od nasilja, no još nije razjašnjeno koji instrumenti se najčešće koriste i u kojim kontekstima te koliku ulogu imaju troškovi i vrijeme prilikom odabira korištenja ili nekorištenja instrumenta procjene rizika za počinjenje nasilja. U ovom istraživanju uzorak su činili stručnjaci (preko 65% žena) iz područja zdravstva (psihijatrijske i forenzičke ustanove) u Danskoj koji su barem jednom tokom svog radnog vijeka koristili instrument procjene rizika za počinjenje nasilja. U prosjeku, stručnjaci su tokom radnog vijeka koristili procjenu rizika od nasilja oko 400 puta, od toga je 40% bila strukturirana procjena. U najvećem broju slučajeva instrumenti su primjenjivani na muškim ispitanicima sa primarnom dijagnozom psihotičnog poremećaja.

Najčešće korišteni instrumenti za procjenu rizika bili su: The Broset Violence Checklist (Almvik i sur., 2000; prema Nielsen i sur., 2015), START i HCR-20 (Webster i sur., 2009,

Webster i sur., 1997; prema Nielsen i sur., 2015) te PCL-SV (Hart i sur., 1995; prema Nielsen i sur., 2015) i PCL-R (Hare, 2003; prema Nielsen i sur., 2015). Razlozi za korištenje Broset čekliste i HCR-20 bili su dvojaki; zbog zahtjeva ustanove i osobne preferencije procjenjivača, dok se START koristio najviše na zahtjev ustanove. Prethodno navedeni instrumenti najčešće su korišteni za procjenu rizika, zatim za upravljanje rizikom te naposljetku za praćenje rizika. HCR-20 je ocijenjen kao najkorisniji od navedenih instrumenata, dok je START imao najvišu korisnost u planiranju, praćenju i upravljanju rizikom.

U području procjene rizika rađeno je istraživanje na uzorku od preko 2000 stručnjaka u zdravstvu, koji su izvijestili o uporabi preko 400 instrumenata za procjenu rizika u prethodnih godinu dana od istraživanja (Singh i sur., 2014; prema Mills, 2017). Oko pola instrumenata činilo je SPJ, a druga polovica bili su aktuarne instrumenti. Korišten je i PCL-R (Hare, 2003; prema Mills, 2017), koji je opisan kao instrument za mjerenje konstrukta osobnosti, no koristi se i u ovom području kako je prethodno spomenuto, i VRAG (Quinsey i sur., 2006; prema Mills, 2017), koji se pokazao kao najbolja mjera za predviđanje za nasilničkog recidivizma. Instrumenti koji su uključivali dinamičke čimbenike pokazali su se korisnijima za procjenu rizika nego instrumenti koji su se oslanjali isključivo na statičke čimbenike. Savjetuje se da bi aktuarne instrumenti procjene rizika trebali uključivati informacije relevantne za rehabilitaciju i prevenciju nasilja (Skeem i Monahan, 2011; prema Mills, 2017).

Nakon prikaza dosadašnjih spoznaja u području procjene rizika za počinjenje nasilja i pregleda istraživanja, potrebno je ukazati na određene smjernice i preporuke za daljnji razvoj i napredak područja.

## 5. Smjernice i preporuke

Uvažavajući svu teorijsku i praktičnu podlogu u području procjene rizika, potrebno je staviti naglasak na provođenje većeg broja istraživanja. Vidljivo je da odvojenost uloga, odnosno praktičara i instrumenta ne vodi samo po sebi niti objektivnijoj, niti točnijoj procjeni, stoga se umjesto razdvajanja oprečnih elemenata treba raditi na njihovoj kombiniranoj primjeni kako bi se postigla sveobuhvatnost procjene. U Republici Hrvatskoj potrebno je koristiti ključne resurse, a to su ljudski resursi u vidu stručnjaka, kliničara i praktičara. Uređeno zakonodavstvo, kao i ustrojeni Zavodi za forenzičku psihijatriju i zaposleni stručnjaci različitih struka, tvore temelj za nova saznanja iz prakse. Buzina (2015) navodi kako je upravo procjena rizika jedan od najnezahvalnijih poslova u domeni forenzičke psihijatrije. Kao što je prethodno spomenuto, procjena rizika bi trebala prethoditi upravljanju rizikom, što čini proces u kojem se intervenira i pomaže pacijentu, umjesto da ga se etiketira kao primjerice visoko rizičnog.

Za sam početak poboljšanja područja procjene rizika potrebno je raditi na stavu javnosti. Izuzev društvene stigme i negativne konotacije koju u sebi nosi forenzička psihijatrija, a samim time i populacija kojom se bavi; utjecaj na to imali su u velikoj mjeri i mediji koji kroz senzacionalističke priče ukazuju isključivo na propuste i negativnosti, zanemarujući pri tome svakodnevni rad stručnjaka u vidu napretka struke i poboljšanja uvjeta života forenzičnim pacijentima. Ukoliko javnost raspolaže s takvim informacijama, ne čudi negativističko mišljenje koje iz toga proizlazi. Slijedom navedenog, potrebno je raditi na osvještavanju i educiranju javnosti, kako bi se posljedično promijenili stavovi, ali i uočila, pa i cijenila postignuća stručnjaka koji u samom procesu procjene rizika, uvijek moraju gledati i na zajednicu i njezinu sigurnost.

Ključ uspjeha za napredak područja procjene rizika u Republici Hrvatskoj leži u ranije spomenutim ljudskim resursima u vidu stručnjaka, ali i u potrebi za što većim brojem istraživanja. Generalno gledano, u dosadašnjim istraživanjima u svijetu, kao glavni nedostaci istraživanja navodi se malen broj ispitanika te mogućnost primjene u drugačijim uvjetima, odnosno nemogućnost generalizacije rezultata. Čak i uz te nedostatke, kroz istraživanja je moguće vidjeti koji instrumenti procjene rizika bi najbolje odgovarali kojoj skupini ispitanika, ovisno u kojoj ustanovi se nalaze. Kako bi se do toga došlo, potrebno je provesti veliki broj istraživanja.

## Zaključak

Procjena rizika za počinjenje nasilja kod forenzičnih pacijenata važan je i poprilično zahtjevan zadatak ustanova za forenzičku psihijatriju, ali i česta tema istraživanja. Početna točka svakog djelovanja je zakonodavni okvir koji postavlja pravila i granice u području. Procjena budućeg ponašanja u ljudima je oduvijek budila znatiželju, ali i s druge strane davala im osjećaj moći i kontrole. Poznato je da se ljudsko ponašanje ne može svesti na matematički izračun, no bitno je osvijestiti djelovanje mnogobrojnih čimbenika koji mogu više ili manje utjecati na određeno ponašanje. Kako bi se zadržao kredibilitet i standard, ali i smanjila subjektivnost, danas se primjenjuje veliki broj instrumenata, odnosno alata koji stručnjake vode i usmjeravaju na bitne čimbenike s ciljem sveobuhvatne procjene rizika. Uz to, instrumenti uz stručnjačko iskustvo čine sveobuhvatan pristup procjeni rizika za počinjenje nasilja.

Smjernice i preporuke odnose se na unapređenje područja kroz praktičnu djelatnost. Do danas postoji veliki broj istraživanja navedene teme, no to su zapravo samo segmenti ukupne slike koju je potrebno upotpuniti. Potrebno je uvažiti resurse koji su dostupni i raditi na produblivanju područja kroz istraživanja.

Ljudska bića imaju tendenciju sortirati, rangirati i grupirati, kako u vlastitom životu, tako i dobivene zaključke, kako bi ih mogli postaviti kao točne i utemeljene činjenice. Velika je vjerojatnost da procjena rizika nikada neće moći dati apsolutno točan i jednoznačan odgovor, jer onda čovjeka ne bismo mogli svesti ni na što drugo doli na robotiziranu i automatsku radnju. Stoga se svojevrsna čar ovog područja ogleda u konstantnom istraživanju i približavanju odgovoru, no bez mogućnosti završetka poglavlja i stavljanja točke na i.

## Literatura

1. 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, 197-215.
2. Adshead, G. (2011). Same but different: Constructions of female violence in forensic mental health. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4 (1), 41-68.
3. 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.
4. Buzina, N. (2011). Shizofreni počinitelji kaznenih djela i novi pristup u ispitivanju njihovih psihopatskih struktura. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet u Zagrebu.
5. Buzina, N. (2015). Psihopatska obilježja u shizofrenih počinitelja kaznenih djela i procjena rizika. U M. Goreta, M. Bojić (ur.), *Psihijatrijska vještačenja - knjiga III - Novi doprinosi, kontroverze, perspektive* (1166-1185). Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb: Medicinska naklada.
6. Carroll, A. (2007). Are violence risk assessment tools clinically useful?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 301-307.
7. Coid, J. W., Yang, M., Ullrich, S., Zhang, T., Sizmur, S., Farrington, D., Rogers, R. (2011). Most items in structured risk assessment instruments do not predict violence. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 2(1), 3-21.
8. Cooke, D. J., Michie, C. (2010). Limitations of Diagnostic Precision and Predictive Utility in the Individual Case: A Challenge for Forensic Practice. *Law and Human Behavior*, 34 (4), 259-274.
9. Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Wilson, C. M., Brink, J. (2012). Using Dynamic Risk and Protective Factors to Predict Inpatient Aggression: Reliability and Validity of START Assessments. *Psychological Assessment*, 24 (3), 685-700.

10. De Vogel, V., de Ruiter, C. (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15 (1), 145-164.
11. De Vries Robbe, M., de Vogel, V., Douglas, K. S., Nijman, H. L. I. (2015). 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.
12. Douglas, T., Pugh, J., Singh, I., Savulescu, J., Fazel, S. (2017). Risk assessment tools in criminal justice and forensic psychiatry: The need for better data. *European Psychiatry*, 42, 134-137.
13. Eastman, N., Adshead, G., Fox, S., Latham, R., Whyte, S. (2012). *Oxford Handbook of Forensic Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
14. Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H., Lichtenstein, P., Mallett, S., Fanshawe, T. R. (2017). Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence tool [OxMIV]): a derivation and validation study. *Lancet Psychiatry*, 4, 461-468.
15. Freestone, M., Bull, D., Brown, R., Boast, N., Blazey, F., Guiluley, P. (2015). Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a UK forensic service: validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC Psychiatry*, 15, 239-250.
16. Goreta, M. (2015). Opasnost- "forenzička". U K. Matešić (ur.), *Errare humanum est- Najčešće pogreške u forenzičko-psihijatrijskoj praksi* (105-106). Jastrebarsko: Naklada Slap.
17. Goreta, M., Peko-Čović, I., Buzina, N. (2004). Zakonodavni i praktični problemi pri procjenjivanju opasnosti forenzičnih bolesnika (641-646). U B. Zadro, K. Penavin (ur.), *Psihijatrijska vještačenja, zbirka ekspertiza, knjiga prva: kazneno pravo*. Zagreb: Naklada Zadro
18. Haden, S. C., Shiva, A. (2008). Trait Impulsivity in a Forensic Inpatient Sample: An Evaluation of the Barratt Impulsiveness Scale. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 675-690.
19. Hart, S. D., Michie, C., Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessments instruments: Evaluating the "margins of error" of group v. individual predictions of violence. *British Journal of Psychiatry*, 190, 60-65.
20. Hilterman, E. L. B., Philipse, M. W. G., de Graaf, N. (2011). Assessment of Offending During Leave: Development of the Leave Risk Assessment in a Sample of Dutch



- Forensic Psychiatric Patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 233-243.
21. Ho, R. M. Y., Lau, J. S. F., Cheung, H. H. K., Lai, T. T. S., Tam, V. F. L., Chan, W. L., Yuen, K. K., Yan, C. K. (2013). Evaluation of a model of violence risk assessment (HCR-20) among adult patients discharged from a gazetted psychiatric hospital in Hong Kong. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24 (4), 479-495.
  22. Jukić, V. (2013). Mreža centara za izvanhospitalno liječenje forenzičko-psihijatrijskih pacijenata. *Soc. Psihijat.*, 41 (3), 208-210.
  23. Jukić, V., Savić, A. (2014). Psihološko-psihijatrijski aspekt nasilja. *Soc. Psihijat.*, 42 (2), 102-108.
  24. Kumar, S., Simpson, A. I. F. (2005). Application of risk assessment for violence methods to general adult psychiatry: a selective literature review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 328-335.
  25. Kroppan, E., Nonstad, K., Iversen, R. B., Søndena, E. (2017). Implementation of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability over two phases. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 321-326.
  26. Large, M., Nielssen, O. (2017). The limitations and future of violence risk assessment. *World Psychiatry*, 16 (1), 25-26.
  27. Magerle, A., Koludrović, M. (2001). Procjena opasnog ponašanja homicidalnih shizofrenih bolesnika prilikom otpusta iz bolnice. U T. Žarković Palijan, D. Kovačević (ur.). *Iz forenzičke psihijatrije* (391-399). Zagreb: Ceres d.o.o.
  28. McCallum, J., Eagle, K. (2015). Risk Assessment: A Reflection on the Principles of Tools to Help Manage Risk of Violence in Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22 (3), 378-387.
  29. McDermott, B. E., Edens, J. F., Quanbeck, C. D., Busse, D., Scott C. L. (2008). Examining the Role of Static and Dynamic Risk Factors in the Prediction of Inpatient Violence: Variable and Person-Focused Analyses. *Law Hum Behav*, 32, 325-338.
  30. Mills, J. F. (2017). Violence Risk Assessment: A Brief Review, Current Issues, and Future Directions. *Canadian Psychology*, 58 (1), 40-49.
  31. Nielsen, L. H., van Mastrigt, S., Otto, R. K., Seewald, K., de Ruiter, C., Rettenberger, M., Reeves, K. A., Rebocho, M. F., Pham, T. H., Ho, R. M. Y., Grann, M., Godoy-Cervera, V., Folino, J. O. Doyle, M., Desmarais, S. L., Condemarin, C., Arbach-Lucioni, K., Singh, J. P. (2015). Violence Risk Assessment Practices in

- Denmark: A Multidisciplinary National Survey. *Scandinavian journal of Forensic Science*, 21 (2), 103-110.
32. Norko, M. A., Dike, C. C. (2009). The Forensic Unit. U FB Dickerson, SS Sharfstein, JM Oldham (ur.). Textbook of Hospital Psychiatry, Chapter: 12 (185-195).
  33. O'Shea, L. E., Dickens G. L.(2014). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Systematic Review and Meta-analysis. *Psychological Assessment*, 1-49.
  34. 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.
  35. Rogers, R. (2000). The Uncritical Acceptance of Risk Assessment in Forensic Practice. *Law and Human Behavior*, 24 (5), 595-605.
  36. Schaap, G., Lammers, S., de Vogel, V. (2009). Risk assessment in female forensic psychiatric patients: a quasi-prospective study into the validity of the HCR-20 and PCL-R. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20 (3), 354-365.
  37. 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 (5), 899-912.
  38. Singh, J. P., Fazel, S., Gueorguieva, R. Buchanan, A. (2014). Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 180-187.
  39. Sisek-Šprem, M., Jukić, V., Petrović, Z., Milošević, M., Bilić, P. (2015). Klinička slika kao mogući prediktor agresivnosti bolesnika sa shizofrenijom. *Soc. Psihijat*, 43 (1), 3-11.
  40. Snowden, R. J., Gray, N. S., Taylor, J., Fitzgerald, S. (2009). Assessing Risk of Future Violence Among Forensic Psychiatric Inpatients With the Classification of Violence Risk (COVR). *Psychiatric Services*, 60 (11), 1522-1526.
  41. Strategija prevencije agresivnog ponašanja. Hrvatski liječnički zbor. Zagreb, 2016
  42. Tengström, A., Grann, M., Långström, N., Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a Predictor of Violent Recidivism among Criminal Offenders with Schizophrenia. *Law and Human Behavior*, 24 (1), 45-58.
  43. Thomson, L., Davidson, M., Brett, C., Steel, J., Darjee, R. (2008). Risk Assessment in Forensic Patients with Schizophrenia: The Predictive Validity of Actuarial Scales and

Symptom Severity for Offending and Violence over 8 – 10 Years. *International Journal of Forensic Mental Health*, 7 (2), 173-189.

44. Vitacco, M. J., Tabernik, H. E., Zavodny, D., Bailey, K., Waggoner, C. (2016). Projecting Risk: The Importance of the HCR-20 Risk Management Scale in Predicting Outcomes with Forensic Patients. *Behavioral Sciences and the Law*, 34,308-320.
45. Whittington, R., Bjørngaard, J. H., Brown, A., Nathan, R., Noblett, S., Quinn, B. (2014). Dynamic relationship between multiple START assessments and violent incidents over time: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 14, 323-330.
46. Wilson, C. M., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Hart, S. D., Brink J. (2013). Predictive Validity of Dynamic Factors: Assessing Violence Risk in Forensic Psychiatric Inpatients. *Law and Human Behavior*, 37 (6), 377-388.
47. Young, A., Woodcock, R. (2011). Forensic risk assessment in mental health practice: part 2. *British Journal of Healthcare Assistants*, 5 (2), 89-92.
48. Zakon o zaščiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine* 11/97, 27/98, 128/99, 79/02, 76/14.

