

HODNOCENÍ RIZIKA NÁSILNÉHO JEDNÁNÍ

souborný článek

Marek Páv^{1,2}
Petra Skřivánková^{1,3,5}
Martina Vňuková²
Radek Ptáček²
Jan Vevera^{4,2,6}

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

³1. LF UK, Praha

⁴Psychiatrická klinika LF UK v Plzni

⁵FF UK, Praha

⁶Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

Kontaktní adresa:

MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA
Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8
e-mail: marek.pav@bohnice.cz

Práce byla podpořena:
autoři Páv, Skřivánková, Ptáček,
Vňuková – projekt Projekt No. KA
5, Podpora nových služeb v péči
o duševně nemocné, reg. číslo:
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008217;
autoři Ptáček, Vňuková:
Progres Q06 1LF.

SOUHRN

Páv M, Skřivánková P, Vňuková M, Ptáček R, Vevera J. Hodnocení rizika násilného jednání

Hodnocení rizika násilného jednání je jedním ze základních úkolů komplexní diagnostiky, především v kontextu znaleckého posouzení a výkonu ochranné léčby. Vývoj hodnocení rizikovosti prošel vývojem od nestrukturovaného (klinického) vyšetření přes statistické (aktuální nástroje) po současnou, třetí generaci nástrojů. V rámci projektu Ministerstva zdravotnictví Podpora nových služeb byla provedena literární rešerše této oblasti a porovnání dostupných nástrojů hodnocení rizika. V současné době jsou standardem nástroje SOP – strukturované odborné posouzení (SPJ – Structured Professional Judgment), jako např. HCR-20^{V3}, SVR-20^{V2}, SAPROF a SAVRY. Tyto nástroje kromě hodnocení rizika a preventivních faktorů umožní i plánování intervencí a monitoraci postupu léčby. K adaptaci do českého prostředí byly zvoleny díky celosvětové rozšířenosti svého použití, možnosti výcviku v jejich používání a prokázanému evidence-based přínosu pro klinickou praxi. Překlad a validizace českých verzí umožní jejich zavedení do výcviku (nejen) forenzních odborníků a jejich rutinní použití v klinické praxi.

Klíčová slova: násilné jednání, risk assessment, HCR-20, SAPROF, SVR-20, SAVRY.

SUMMARY

Páv M, Skřivánková P, Vňuková M, Ptáček R, Vevera J. Violence risk assessment

Risk assessment of violent behavior is one of the primary tasks of comprehensive diagnostics, especially in the context of expert opinion and forensic treatment. The risk assessment has evolved from unstructured (clinical) examination, through statistical (actuarial tools) to the current, third generation of tools. Within the project of the Ministry of Health – New Services, we carried out a literature review of this area and compared available risk assessment tools. Structured Professional Judgment (SPJ) tools such as HCR-20^{V3}, SAPROF, SVR-20^{V2}, and SAVRY are now standard for long-term risk assessment. In addition to structured risk assessment, these tools will enable intervention planning and treatment progress monitoring. We choose these for an adaptation to the Czech environment due to the worldwide spread of their use, the possibility of training in their use, and proven evidence-based benefits for clinical practice. Translation and validation of Czech versions will allow their introduction into the training of (not only) forensic experts and use in routine clinical practice.

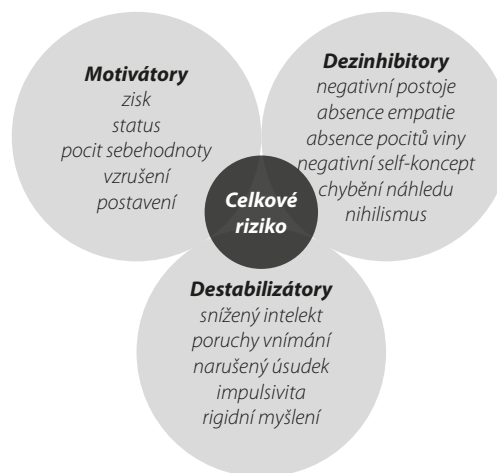
Key words: violence, risk assessment, HCR-20, SAPROF, SVR-20, SAVRY.

ÚVOD

Násilné jednání přičítané duševnímu onemocnění či poruše je častou indikací k znaleckému zkoumání, podskupina nemocných má soudem nařízené ochranné léčení (OL) poté, co se dopustí násilného jednání pod vlivem duševní poruchy. Důvodem detenčního zadržení ve zdravotnickém zařízení či nařízení výkonu OL je společenská nebezpečnost – často ve smyslu rizikovitosti spáchání násilného jednání. Posouzení rizikovitosti je součástí hodnocení přípustnosti detenčního zadržení, podmíněného propuštění z výkonu trestu či vazby či přeměně výkonu zabezpečovací detence do ochranného léčení a naopak. Vyhodnocení rizika násilného jednání (z anglického: risk assessment – RA) je důležité nejen pro ochranu samotných pachatelů a prevenci případných obětí, ale i pro profesionály, kteří s těmito nemocnými přicházejí do kontaktu. Hodnocení rizika nebezpečnosti využitím standardizovaných nástrojů a postupů umožňuje zasadit riziko identifikované u daného nemocného do určitého rámce a v dlouhodobém horizontu zacílit léčbu na nejpodstatnější aspekty rizikovitosti (jednotlivé rizikové faktory) a také na faktory, jejichž posílení dané riziko snižuje (faktory protektivní).¹

Násilí je definováno jako „záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly proti sobě samému, jiné osobě nebo skupině či společnosti osob, které působí, nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit, zranění, smrt, psychické poškození, strádání nebo újmu“.²² Tato definice je ale příliš široká a pro forenzní užití někdy nevhodná. V našem textu proto dáváme přednost jednoznačnější definici, podle které „násilné chování je patologická agrese, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit. Jedná se o fyzicky agresivní chování, jako je např. bití, kopání, strkání, házení předmětů, používání zbraně a vyhrožování jejím užitím“.³ Násilné jednání nese následky pro oběti tohoto jednání.⁴ Studie prováděné v ČR ukazují, že mezi nejčastější oběti patří rodinní příslušníci a zdravotnický personál.⁵ Interpersonální násilné jednání lze dále dělit na podtypy s ohledem na povahu násilného aktu či to, vůči komu je dané jednání směřováno.⁶

Ve výše uváděném kontextu termín „riziko“ představuje hrozbu či potenciální nebezpečí, které je komplexní, manifestuje se v určitém kontextu a může být určeno jen s určitou mírou neurčitosti.⁷ Jde o multikomponentní konstrukt, který se u daného jedince skládá z mnoha dílčích rizikových faktorů. Současný výzkum při konceptualizaci rizikových faktorů vychází z teorie rozhodování, která jako proximální příčinu násilného jednání staví úmysl, volbu či rozhodnutí dané osoby.¹ I když naprostá většina rozhodnutí vyústí do nespáchání násilného jednání, tyto volby jsou nepochybně zacílené (někdy i plánované), i když nemusí být vědomé či racionální.⁷ Z tohoto pohledu jednotlivé rizikové faktory ovlivňují rozhodnutí jako motivátory (zvyšují „odměnu“ spojenou se spácháním násilného aktu), dezinhibitory (snižují vnímání tíže případných následků násilného aktu) a destabilizátory (snižují schopnost racionální kontroly).⁴ Cílem léčby či intervence je pak snížit vliv faktorů, které facilitují výskyt násilného jednání (motivátorů) a pozitivní ovlivnění dezinhibitorů a destabilizátorů (obr. 1). Jednotlivé rizikové faktory mohou být také rozděleny na historické



Obr. 1. Vliv rizikových faktorů na celkové riziko

(anamnestické), klinické a faktory zvládnání rizika.⁸ Jiná klasifikace je dělí na faktory statické (léčbou či intervencí neovlivnitelné) a dynamické (modifikovatelné, intervenovatelné), např. zneužívání návykových látek.⁹ Nověji jsou pak spolu s faktory rizikovými brány v potaz faktory protektivní, které celkové riziko vyvažují a pozitivně ovlivňují, použité např. v nástroji SAPROF.¹⁰ Tento text si klade za cíl popsat nejrozšířenější nástroje a postupy hodnocení převážně dlouhodobého rizika (1–12 měsíců).

METODIKA

Výběr textů do rešerše probíhal konsensem expertů pracovní skupiny projektu KA-5 Forenzní multidisciplinární tým v období září až prosinec 2018.

Na základě provedené literární rešerše byly konsensuálně pro adaptaci zvoleny nástroje HCR-20^{V3}, SVR-20^{V2}, SAPROF a SAVRY. Kritéria výběru byla: vědecky podložená validita, rozšíření a použití v systémech péče, dostupnost školení v práci s nástroji, snadná administrace, možná návaznost na již v České republice používané nástroje.

S ohledem na rozsah tématu a zaměření sdělení se léčebné či intervenční implikace omezují na nezbytně nutnou míru; stejně tak hodnocení rizika akutního či krátkodobého není tématem sdělení. Vzhledem k omezenému prostoru se výběr literatury zaměřuje na klíčové publikace a některé podstatné souhrnné práce, nejedná se však o výběr, který oblast hodnocení rizika plně pokrývá, zde lze odkázat na rozsáhlejší práce, např.^{1,7,8,11,12}

VÝSLEDKY

Vývoj přístupů k hodnocení rizika násilného jednání

Dnes již klasický přístup k ovlivnění rizika násilného jednání je risk-need-responsivity model, kde rizikové faktory odrážejí individuální proměnné, které jsou považované za zvyšující či snižující šanci spáchání násilného jednání.

ní; model zdůrazňuje nutnost ovlivnění nejvýraznějších rizik na úrovni jednotlivce a nejrizikovějších nemocných v rámci systému péče.⁴ Potřeby jedince jsou děleny na „kriminogenní“, spojené s následným kriminálním jednáním, a „nekriminogenní“, jejichž změna není spojena s násilným jednáním. Princip responsivity (reagující na) odráží předpoklad, že neefektivnější intervence k ovlivnění kriminogenních potřeb jsou ty, které jsou přizpůsobeny schopnostem daného jedince, hladině jeho motivace a silným stránkám. Z tohoto původního modelu vycházejí všechny současné přístupy k hodnocení a intervence násilného jednání, kdy rizika přibližně odpovídají anamnestickým (statickým) rizikovým faktorům, kriminogenní potřeby pak dynamickým rizikovým faktorům, silné stránky protektivním faktorům.^{1,13}

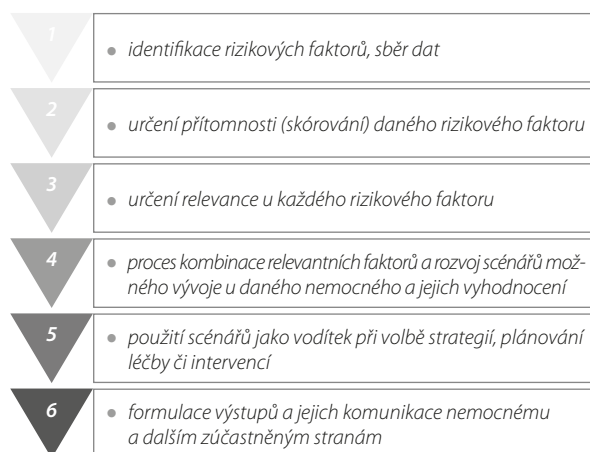
Hodnocení rizika historicky spočívalo v nestrukturovaném odhadu nebezpečnosti na základě klinického posouzení (tzv. první generace nástrojů risk assessmentu), Monahan uvádí 67% nespolehlivost tohoto přístupu,¹⁴ tyto nálezy jsou dále replikovány dalšími autory.^{15–17} Tento historicky aplikovaný přístup, ač flexibilní, je hodnocen jako subjektivní, nepřesný, nestrukturovaný a nezaložený na důkazech; v současných učebnicích forenzní psychiatrie¹⁸ a sexuologie¹ není užití nestrukturovaného posuzování doporučeno. Limity predikce rizika vycházející z nestrukturovaných klinických hodnocení podnítily výzkum vlivu statistických markerů, neboli statických rizikových faktorů, které mohou poskytnout na důkazech založenou oporu posuzování rizika násilného jednání (v anglosaské literatuře tzv. actuarial risk assessment). Tento na důkazech založený postup tvoří druhou generaci nástrojů RA.¹⁴ V tomto přístupu platí pevná pravidla, pomocí nichž jsou v rámci experimentálních predikčních studií určeny rizikové faktory vztahující se k pravděpodobnosti spáchání rizika recidivy u dané cílové skupiny.¹³ K těmto faktorům se přiřazuje jednotlivý skór, přičemž se tyto skóry sčítají a dávají dohromady míru pravděpodobnosti spáchání rizika násilí. Oproti klinickému přístupu se jedná o přístup systematictější a efektivnější, nicméně nerespektující dostatečně individualitu posuzovaného jedince, kontext daného hodnocení ani vývoj jeho zdravotního stavu.¹⁹ Hodnocení se zaměřuje na statické rizikové faktory, ale dynamické rizikové faktory jsou často opomíjeny či nezachyceny, stejně tak jako protektivní faktory, které si nemocný např. v průběhu léčby dokázal posílit.¹³ Limity použití se také ukazují při hodnocení rizik u psychiatrické populace, které vycházejí z původních vzorků, na kterých byly tyto nástroje validizovány.¹² Některé rizikové faktory také nebyly v minulosti dostatečně studovány, např. zatímco násilí v anamnéze vždy bylo hodnoceno jako jeden z nejsilnějších prediktorů násilí, české práce upozornily na význam viktimizace jako významného prediktoru násilí.²⁰ Tento fakt nebyl v nástrojích druhé generace často zohledňován, ze studií věnovaných násilnému jednání duševně nemocných publikovaných v posledních 30 letech jich je 72 % věnováno násilí a jen 18 % sleduje také viktimizaci.²¹

Jako příklady nástrojů druhé generace je možné uvést Violence Risk Appraisal Guide-revised (V-RAG-R), LSI-R (Level of Service Inventory-Revised), HCR-20^{V2} (Historical-Clinical-Risk Management-20), nebo Psychopathy Checklist-revised (PCL-R).^{14,22,23} Uplatnění těchto

nástrojů prokazatelně vede k vyšší prediktivní přesnosti než nestrukturované klinické posouzení.²⁴ Na druhé straně, tento přístup má i podstatná omezení, daná jednak tím, že většina statických faktorů je léčebně významněji neovlivnitelná (a z povahy věci, skór má tendenci k horšení postupujícím časem v některých položkách – např. recidivita), a jednak tím, že studie prokazují jejich limitace v predikci individuálního rizika a hlavně jeho managementu.¹²

Tato určitá omezení nástrojů druhé generace jsou kompenzována v třetí generaci nástrojů RA, která se nazývá SOP – strukturované odborné posouzení (SPJ – Structured Professional Judgement).^{12,14,17} Tento přístup spojuje výhody obou předchozích, zohledňuje individualitu posuzovaného jedince a specifický kontext hodnocení, zároveň je dostatečně transparentní, strukturovaný a standardizovaný. V SPJ jsou hodnoceny jak rizikové statické a dynamické faktory, tak i faktory protektivní.¹¹ Stejně jako v nestrukturovaném hodnocení je zásadním aspektem erudice forenzního experta (expertů), který posoudí riziko spáchání násilí komplexně v rámci standardizovaného postupu, nikoliv však pouze na základě zanesení přítomnosti rizik do škály a provedením číselného součtu. Výsledek je provázán s terapeuticko-resocializačním plánem, což je nejnovější přístup v rámci posuzování a zvládání rizika násilné recidivy.^{7,25} Mezi nástroje této generace lze počítat VRS nebo HCR-20 (aktuálně ve třetí revizi- HCR-20^{V3}).⁸

Proces hodnocení rizika pomocí SPJ má 6 fází (obr. 2.). Fáze 4 a 5 představují komparativní výhodu nástrojů SPJ oproti nástrojům druhé generace, neboť umožní efektivnější využití erudice hodnotitele (hodnotitelů) v procesu tvorby scénářů a plánování léčby.⁷ Mezi základní scénáře patří: 1. „Scénář opakování“ (lineární projekce) – posuzovaný se bude chovat stejně jako v minulosti, 2. „Optimistický“ scénář – riziko násilného jednání v daném případě bude klesat, 3. „Katastrofický“ scénář – riziko poroste směrem k závažným důsledkům, 4. „Scénář změny“ – v motivaci, volené oběti, chování útočnicka.¹² Scénáře jsou v rámci těchto subkategorií vyhodnoceny a jsou zvoleny ty, které zasluhují největší pozornost, a tyto jsou dále použity ke stanovení strategie a taktiky intervencí a léčby v daném případě.^{8,12} Tyto strategie mohou být následně



Upraveno dle Douglas et. al. 2013

Obr. 2. Strukturované klinické hodnocení rizika násilného jednání

aplikovány k monitoraci léčby, volby dohledu, nastavení léčby či způsobu ochrany obětí.^{1,7}

Vzhledem k výše uváděné komplexní použitelnosti jsou tedy tyto nástroje vhodné nejen k zhodnocení rizikovitosti, ale i k monitoraci vývoje stavu (např. průběhu léčby), umožňují zaměřit se na ovlivnitelné položky rizika a poskytují jak hodnotiteli, tak i nemocnému zpětnou vazbu o průběhu léčby a zaměřují se na další intervence.¹⁷ Tento přístup kombinuje výhody obou předchozích typů hodnocení (nestrukturovaného klinického a aktuálního) a zvyšuje shodu hodnocení provedených různými hodnotiteli.⁷ Podstatnou však stále zůstává klinická erudice hodnotitele, který dostává pomocí strukturovaného nástroje podklady, na jejichž základě díky své zkušenosti může formulovat scénáře a doporučení dalšího postupu či intervencí jak justičním orgánům, tak i zdravotním službám.⁷

PŘEHLED NÁSTROJŮ PREDIKCE RIZIKA

Hodnocení rizika je globální fenomén ve forenzní psychiatrii a psychologii, průzkum provedený ve 44 státech identifikoval více než 400 nástrojů.²⁶ Světově nejpoužívanější nástroje druhé generace k predikci rizika všeobecně násilného jednání jsou V-RAG (Violence Risk Appraisal Guide),²⁷ Psychopathy Checklist-revised 2nd ed. (PCL-R),²⁸ Level of Service Inventory-revised (LSI-R) nebo COVR.^{11,26,28} Vzhledem ke specifickým sexuologického posuzování byly vyvinuty nástroje predikující riziko sexuálního násilí, mezi tyto nástroje se řadí SORAG, STATIC-99, STATIC 2002, STABLE jako nástroje predikce dlouhodobého rizika a nástroj ACUTE pro predikci rizika akutního.¹¹ Pro hodnocení rizika násilného jednání u mladistvých byl vyvinut nástroj YLS/CFI.²⁹

V současné době je většina výzkumného úsilí a těžiště použít v nástrojích třetí generace, kdy v Evropě je nejpoužívanější HCR-20^{V3} (Historical-Clinical-Risk Management-20),⁸ který má i doplněk FAM/FAM pro posuzování rizika násilí spáchaného ženami.³⁰ Jako doplňková škála doplňující HCR-20^{V3} byl vyvinut SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors), zaměřující se především na zhodnocení protektivních faktorů ve vztahu k násilnému jednání.¹⁰ Mezi další nástroje predikující riziko všeobecného násilí patří např. VRS.³¹ Pro predikci rizika sexuálního násilí jsou používány SVR-20, RSVP nebo VRS-SO.^{11,29} V této generaci nástrojů je pozornost věnována i okrajovějším oblastem posuzování rizika, kdy např. v Kanadě jsou vyvinuty a používány nástroje pro posuzování rizika násilného jednání v rámci partnerského vztahu, např. SARA nebo B-SAFER.³² V rámci zpřesnění predikce u některých podtypů násilného jednání jsou vyvinuty nástroje predikce recidivy stalkingu SAM nebo SRP.³³

HCR-20^{V3}

Jedním z nejvyžívanějších nástrojů hodnocení rizika spáchaní násilí v rámci dospělé populace napříč 44 zeměmi je HCR-20^{V3} (tab. 1), nástroj byl revidován v roce

2013.³⁴ Efektivita byla ověřena mnoha výzkumy v zahraničí.^{17,29,35} Často bývá užíván v psychiatrických zařízeních se zaměřením na ochranné léčby, přičemž hodnocení rizika násilné recidivy bývá realizováno obvykle jednou za půl roku; častější přehodnocení není doporučováno, hodnocení se realizuje obvykle i při vstupu do zařízení a před jeho opuštěním.³⁵ Po identifikaci dílčích rizikových faktorů se lze více zaměřit na specifické potřeby násilných jedinců v terapii díky možnosti vypracování individuálních scénářů spáchaní násilí.^{8,17} Vyhodnocení je závislé především na objektivních informacích o probandech, nicméně je vhodné doplnit tyto informace polostrukturovaným rozhovorem s posuzovaným.¹² Nástroj obsahuje 20 položek, rozdělených do tří (sub)škál – historická, klinická a řízení rizik. Je stanoveno, zda je daný rizikový faktor u daného posuzovaného zjištěn (přítomno / částečně přítomno / nepřítomno), poté se postupuje dle šestibodového postupu (obr. 2). (Sub)škály zachycují statické i dynamické faktory, položky týkající se anamnézy posuzovaného, aktuálního stavu i blízké budoucnosti (tab. 1). Celkové riziko je stanoveno ve třech úrovních – nízké, střední a vysoké. Ke stanovení celkové úrovně rizika není dán počet přítomných rizikových faktorů (bodů), jako je tomu u aktuálních nástrojů, hodnocení vychází z komplexního zhodnocení přítomných faktorů, jejich tíže a vzájemné kombinace. V tomto aspektu se tedy podobá nestrukturovanému klinickému hodnocení, rozvaha je však v SPJ přístupu opřena o strukturovaný postup. Tento nástroj je lehce použitelný a srozumitelný, vhodný pro individuální i týmovou multidisciplinární práci, nicméně je nezbytné nutné zaškolení k správnému postupu hodnocení.⁸

Tab. 1. Položky HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20)

Historické	
H1	Předchozí násilné jednání
H2	Nízký věk při prvním násilném incidentu
H3	Nestálost ve vztazích
H4	Problémy v zaměstnání
H5	Problémy s užíváním psychotropních látek
H6	Závažné duševní onemocnění
H7	Psychopatie
H8	Raná nepřizpůsobivost
H9	Porucha osobnosti
H10	Předchozí selhání kontroly
Klinické	
C1	Nedostatek vzhledu
C2	Negativní postoje
C3	Aktivní symptomy závažného duševního onemocnění
C4	Impulzivita
C5	Necitlivost k léčbě
Zvládání rizik (budoucnost)	
R1	Plány postrádající proveditelnost
R2	Vystavení destabilizátorům
R3	Nedostatek osobní podpory
R4	Nedodržení léčby
R5	Stres

SVR-20

Přítomnost parafilního puzení je významným rizikovým faktorem násilného jednání zvláště v případě přítomnosti komorbidní poruchy osobnosti či zneužívání návykových látek.^{1,36} SVR-20^{V2} (Sexual Violence Risk-20) je nástroj pro posuzování rizika sexuálního násilí pro dospělé.³⁶ Škála vychází z nástroje RSVP (The Risk for Sexual Violence Protocol). Obsahuje, podobně jako HCR-20, 20 položek, které významně souvisejí se sexuálním násilím, položky jsou řazeny do tří domén (psychosociální faktory, sexuálně delikventní jednání posuzovaného a budoucí plány). Autoři nástroje HCR-20 uvádějí, že sexuální násilí lze posoudit i nástrojem HCR-20, nicméně SVR-20 je zacílený právě na detekci rizikových faktorů sexuálního násilí.³⁴ Nicméně i faktory, které nejsou přímo spojeny se sexuálním jednáním, jsou důležité pro tvorbu komplexního intervenčního plánu.

SAVRY

Podobným nástrojem ke zmapování pravděpodobnosti spáchání násilí jako HCR-20 je škála SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth), která je aplikovatelná v rámci adolescentní populace ve věku 12–18 let pro chlapce i pro dívky. Nástroj SAVRY vytvořený v roce 2006 byl již v praxi ověřen mnoha zahraničními výzkumy.^{37,38} Je rozdělen do tří částí – historická (10 položek), sociální (6 položek) a individuální (8 položek). Těchto 24 položek tvoří kriminogenní faktory. Škála je cenná také tím, že na rozdíl od mnoha jiných hodnotících nástrojů obsahuje nejen kriminogenní faktory, ale i 6 faktorů protektivních. Hodnocení je kvalitativního charakteru a vychází z prin-

cipu strukturovaných profesionálních hodnocení. Na základě vyhodnocení je možné soustředit pozornost i na tvorbu a následné zacílené terapeuticko-resocializační intervence.³⁷

SAPROF

V současnosti existuje relativně rozsáhlá diskuse týkající se určitého paradigmatického střetu mezi péčí orientovanou na zotavení a forenzními riziky. Jejím pozitivním důsledkem je zvyšující se důraz na identifikaci protektivních faktorů, které brání manifestaci násilného jednání a podporují stabilizaci u daného nemocného. Vývoj nástrojů, které doplňují nástroje hodnocení rizikovitosti, je tedy určitou integrativní cestou, jako příklad lze uvést nástroj SAPROF (The Structured Assessment of Protective Factors for Violence; tab. 2), jež je komplementární k nástroji HCR-20,¹⁰ jejich současné použití zvyšuje prediktivní validitu hodnocení.³⁹ SAPROF může být využit k hodnocení protektivních faktorů vyvažujících riziko násilí; autoři tohoto nástroje udávají při jeho použití snazší tvorbu intervenčních postupů násilného jednání. Nástroj byl vyvinut v roce 2007 v Nizozemsku forenzními experty v čele s klinickou psycholožkou V. de Vogel.¹⁰

DISKUSE

Strukturované posouzení rizikovitosti spáchání násilného jednání zvyšuje komplexnost vnímání stavu daného nemocného léčebnými týmy, umožňuje zacílit a zdůvodnit léčebný proces a srozumitelněji jej komunikovat i nemocnému. RA také umožňuje lépe komunikovat klinický

Tab. 2. Položky SAPROF (The Structured Assessment of Protective Factors for Violence)

	Možný klíčový faktor	Možný cíl léčby	Očekávaná změna v průběhu léčby
Vnitřní faktory			
1	Inteligence	ne	beze změny
2	Bezpečná vazba v dětství	ne	beze změny
3	Empatie	ano	osobní dynamika
4	Coping	ano	osobní dynamika
5	Sebekontrola	ano	osobní dynamika
Motivační faktory			
6	Práce	ano	osobní dynamika
7	Volnočasové aktivity	ano	osobní dynamika
8	Management financí	ano	osobní dynamika
9	Motivace k léčbě	ano	osobní dynamika
10	Postoje k autoritě	ano	osobní dynamika
11	Životní cíle	ano	osobní dynamika
12	Medikace	ano	osobní dynamika
Vnější faktory			
13	Sociální síť	ano	osobní dynamika
14	Důvěrné vztahy	ano	osobní dynamika
15	Profesionální podpora	ano	situační dynamika
16	Životní okolnosti	ano	situační dynamika
17	Vnější kontrola	ano	situační dynamika

případ i soudním znalcům, orgánům činným v trestním řízení a soudům při zdůvodňování návrhu nařízení ochranného léčení, jeho přeměn či změny na umístění do zařízení zabezpečovací detence. Z klinické zkušenosti s těmito nástroji a z provedených empirických studií plyne, že bez použití RA nástrojů pouhé klinické hodnocení vede k nepřesnému určení pravděpodobnosti násilné recidivy bez ohledu na úroveň odbornosti daného odborníka (soudního znalce) či délku jeho odborné praxe. Nebezpečnost některých nemocných může být přeceňována, naopak někteří mohou být hodnoceni jako relativně méně riziková, než ve skutečnosti jsou. Dalším faktorem je i to, že pokud u nemocných nejsou mapovány protektivní faktory, potom není systematicky pracováno na jejich posilování, snižuje se stabilizační potenciál u daného nemocného a to vede ke zpomalení postupu v léčbě.

Je zřejmé, že strukturované posuzování rizika je celosvětovým trendem, kdy ve většině vyspělých zdravotnických systémů je používáno a je standardem dobré praxe.^{18,24,26} Nástroje RA jsou v některých systémech (Nizozemsko, Velká Británie) rutinně používány při výkonu ústavního i ambulantního forenzního léčení (interval přehodnocení např. v Nizozemsku je 6 měsíců).⁴⁰ V určitém protikladu s tímto vývojem posledních 20 let se v České republice využívá jen malé množství nástrojů zacílených na zmapování rizik a potřeb a snížení recidivy pachatelů násilných trestných činů. Nástroj SARPO, aktuálně jako jeden ze dvou, které jsou zde implementovány, slouží pro Vězeňskou službu České republiky a je konstruován pro posouzení rizika recidivy násilí u dospělých jedinců ve vězeňské péči.⁴¹ V rámci posouzení rizika násilí pro dospělé osoby u nás byl přeložen nástroj HCR-20^{V2,42} doposud však má pouze omezený dopad do rutinní praxe. Pro mladistvé jedince není v České republice standardizován žádný nástroj, ačkoliv páchaní násilných trestných činů mladistvými není ojedinělou událostí. Stejně tak je tomu i bohužel v oblasti predikce rizika spáchání sexuálního násilí či násilí páchaného specifickými podskupinami pachatelů.

Tento stav se v rámci reformy psychiatrické péče snaží změnit projekt Forenzního týmu realizovaný v rámci projektu Podpora nových služeb MZ ČR, jehož součástí je implementace HCR-20^{V3}, SVR^{V2}, SAVRY a SAPROF. Tyto nástroje byly zvoleny díky rozšířenosti svého použití, možnosti výcviku v jejich používání a nespornému přínosu pro klinickou praxi. Cílem je jejich překlad a validizace českých verzí, umožnění výcviku (nejen) forenzních odborníků v jejich použití a jejich zavedení do rutinní praxe. Výběr nástrojů se zakládá na hodnocení jejich použití v jiných zdravotnických systémech, kdy základní rozhodování spočívalo v oblasti všeobecné predikce rizika ve výběru V-RAG-R a HCR-20^{V3}. Srovnání těchto nástrojů ukazuje, že použití V-RAG nepřináší výhodu v dlouhodobé predikci rizika nad HCR-20, i když je nutné udat, že data pro HCR-20^{V3} pro predikci rizika v delším než pětiletém horizontu nejsou dostupná. Vodítka evropské psychiatrické asociace konstatují důležitost RA a preferují použití spíše SOP nástrojů, jako jsou HCR-20^{V3} a SAPROF.⁴³ HCR-20 je celosvětově široce používaný nástroj, velmi dobře použitelný v „modulárním“ systému risk assessmentových nástrojů.

Jednotlivé nástroje se liší ve své prediktivní schopnosti, kdy nejvyšší úroveň prediktivní validity dosahují nástroje

zaměřené na specifické subpopulace, např. SAVRY, zatímco obecné nástroje jako PCL-R dosahují úrovně nejnižší, jak vychází z metaanalytických dat.²⁴ Ne všechny SPJ nástroje nutně dosahují vyšší prediktivní validity než nástroje druhé generace,^{24,29} jsou však klinicky použitelnější a vhodnější k plánování léčby.⁴³ Někteří autoři²⁹ argumentují, že prediktivní validita RA nástrojů je velmi dobrá u nižších úrovní rizika, ale jejich použití jako jediných prostředků pro rozhodování pro zadržení nařízení či propuštění z léčby není založeno na dostatečných důkazech. To může být zapříčiněno i tím, že protektivní faktory, jako např. resilience jako osobnostní rys či prosociální zapojení,³⁷ které riziko manifestace násilného jednání podstatně modulují, nejsou těmito nástroji zachyceny. Použití nástrojů, jako je SAPROF, tedy může přesnost predikce rizika u jednotlivých případů zvýšit.³⁹ Zohlednění protektivních faktorů je také zcela v souladu s konceptem zotavení a uplatněním rehabilitačních principů, posiluje motivaci a spolupráci nemocných a umožňuje lepší propojování s dalšími poskytovateli zdravotní či sociální péče.

Za nezbytné lze u použití jakéhokoliv nástroje považovat systematické školení terapeutických týmů v konkrétních postupech RA, aby hodnocení rizika mohlo tvořit referenční rámec léčby, např. u nemocných s nařízeným ochranným léčením. Počet nemocných, kteří mají soudem nařízenou léčbu (forenzní péče, v našich podmínkách ochranné léčení) stoupá v mnoha státech světa, toto je dáváno do souvislosti i s procesy deinstitucionalizace. Zavedení postupů RA umožní efektivnější plánování intervencí a nápomoc při rozvoji systému ochranné péče tak, aby nedocházelo k tzv. transinstitucionalizaci, tedy přesunu části nemocných z běžné psychiatrické péče do péče forenzní.⁴⁴ Identifikace nemocných s vysokou a střední úrovní rizika⁴⁵ je také nutná s ohledem zajištění bezpečného prostředí k léčbě a plánování rozvoje těchto služeb. Výzvou do budoucna a zároveň etickým dilematem zůstávají biologické rizikové faktory násilí, jejichž využití v personalizované medicíně je intenzivně zkoumáno.⁴⁶

ZÁVĚR

Proces deinstitucionalizace vede k odstraňování bariér mezi nemocnými a většinou společností, kdy tento proces může mít kromě lidsko-právního aspektu i ekonomické výhody.⁴⁷ Snižování počtu nemocných v nemocnicích a jejich přesun do komunitní péče je však výzvou pro hledání rovnováhy mezi právy jednotlivce na samostatný život v přirozeném prostředí a požadavkem společnosti na ochranu před násilím páchaným osobami s duševním onemocněním. Je nutné se dívat na násilí jako na syndrom s několika dimenzemi, jež mohou být v jistém okamžiku u daného nemocného různě zastoupeny a které podléhají dynamickému vývoji. Riziko násilného jednání je nutné stanovovat průběžně k adekvátnímu zacílení léčby akutní i dlouhodobé. Zatímco v akutní léčbě nestrukturované klinické posouzení zůstává dominantním přístupem, kdy použití prediktivních nástrojů (obvykle aktuálních) má spíše pomocnou roli, v predikci dlouhodobého rizika násilného chování je jednoznačným trendem použití strukturovaného klinického posouzení a použití nástrojů

třetí generace. V našem systému probíhá adaptace portfolia těchto nástrojů, které je vysoce žádoucí rozšířit do rutinní klinické praxe. Zavedení nástrojů rizika násilí do znaleckých hodnocení a systému ochranného léčení povede k přesnější identifikaci rizik u jednotlivých nemocných a přesnějšímu určení faktorů, které vedou k manifestaci násilného jed-

nání, nebo jí brání. Toto vede k standardizaci léčby, snadnějšímu sestavování individuálních terapeutických plánů, zlepšení komunikace mezi justičními orgány a zdravotníky a v neposlední řadě i k lepší ochraně zdravotníků před mediálními útoky a snížení stigmatizace oboru díky stanovení cílů i limitů léčby u konkrétních nemocných.

LITERATURA

- Ireland JL, Ireland CA, Birch P, Ireland CA, Birch P. *Violent and Sexual Offenders. Assessment, Treatment and Management.* (Ireland JL, Ireland CA, Birch P, eds.). Second Edition. New York: Routledge 2019. Revised edition of *Violent and sexual offenders 2009*: Routledge 2018.
- WHO Definition and typology of violence. WHO 2011. <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>. Accessed October 6, 2019.
- Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Primární prevence agitovanosti a agresivity v klinické praxi. *Čs Psychiatr* 2018; 114 (6): 260–263. <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1238%0AAccessed:2020-01-22>.
- Andrews DA, Bonta J. *The Psychology of Criminal Conduct.* (5th ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing 2010.
- Vevera J, Hubbard A, Veselý A, Papezová H. Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 426–430.
- Warburton KD, Stahl SM. *Violence in Psychiatry.* Cambridge University Press 2016.
- Guy LS, Douglas KS, Hart SD. Risk assessment and communication. In: *APA Handbook of Forensic Psychology, Vol. 1: Individual and Situational Influences in Criminal and Civil Contexts.* Washington: American Psychological Association 2015: 35–86.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20: Assessing Risk of Violence, Version 3*; 2013.
- Vevera J, Svarc J, Grohmannova K et al. An increase in substance misuse rather than other mental disorders has led to increased forensic treatment rates in the Czech Republic. *Eur Psychiatry* 2009; 24 (6): 380–387.
- de Vogel V, de Vries Robbé M, de Ruiter C, Bouman YHA. Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *Int J Forensic Ment Health* 2011; 10 (3): 171–177.
- de Vries Robbé M, de Vogel V. A European Perspective on Risk Assessment Tools. In: Goethals K, ed. *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe.* Cham: Springer International Publishing 2018: 249–266.
- Douglas KS, Blanchard AJE, Hendry MC. Violence risk assessment and management: Putting structured professional judgment into practice. In: *Managing Clinical Risk: A Guide to Effective Practice.* Willan 2013: 46–72.
- Blumenthal S, Lavender T. *Violence and Mental Disorder.* Forensic F. (Blumenthal S, Lavender T, eds.). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2001.
- Monahan J, Skeem JL. The evolution of violence risk assessment. *CNS Spectr* 2014; 19 (5): 419–424.
- Walsh E. Violence and mental disorder: a critical aid to the assessment and management of risk. By Stephen Blumenthal and Tony Lavender. The Zito Trust, 16 Castle Street, Hay-on-Wye, Hereford HR3 5DF, March 2000. *Crim Behav Ment Heal* 2001.
- Doyle M, Dolan M. Violence risk assessment: Combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9 (6): 649–657. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12472817>. Accessed October 13, 2019.
- Singh JP, Desmarais SL, Hurducas C et al. International Perspectives on the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries. *Int J Forensic Ment Health* 2014; 13 (3): 193–206.
- Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders: The Development of a Statistical Prediction Instrument. *Crim Justice Behav* 1993.
- Hare RD. *Manual for the Hare psychopathy checklist. Revis 2nd ed.* Toronto, Multi-Health Syst 2003.
- Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4692.
- de Vogel V, Bruggeman M, Lancel M. Gender-Sensitive Violence Risk Assessment: Predictive Validity of Six Tools in Female Forensic Psychiatric Patients. *Crim Justice Behav* 2019; 46 (4): 528–549.

31. Lewis K, Olver ME, Wong SCP. The Violence Risk Scale. *Assessment* 2013; 20 (2): 150–164.
32. Kropp PR. Development of the Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA) and the Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER). In: Anna C. Baldry and Frans Willem Winkel, ed. *Intimate Partner Violence Prevention and Intervention: The Risk Assessment and Management Approach*. New York: Nova Science Publishers 2008: 19–32.
33. de Vries Robbé M, de Vogel V. A European Perspective on Risk Assessment Tools. In: *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe* 2018.
34. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20 V3): Development and Overview. *Int J Forensic Ment Health* 2014; 13 (2): 93–108.
35. de Vogel V, van den Broek E, de Vries Robbé M. The Use of the HCR-20 V3 in Dutch Forensic Psychiatric Practice. *Int J Forensic Ment Health* 2014; 13 (2): 109–121.
36. Kanters T, Hornsveld RHJ, Nunes KL, Zwets AJ, Muris P, van Marle HJC. The Sexual Violence Risk-20: factor structure and psychometric properties. *J Forens Psychiatry Psychol* 2017; 28 (3): 368–387.
37. Morgan RD. Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). In: Morgan R, ed. *The SAGE Encyclopedia of Criminal Psychology*. 1st edition. Routledge 2019: 73–90.
38. Gammelgård M, Koivisto A-M, Eronen M, Kaltiala-Heino R. The predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) among institutionalised adolescents. *J Forens Psychiatry Psychol* 2008; 19 (3): 352–370.
39. de Vries Robbé M, de Vogel V, Koster K, Bogaerts S. Assessing Protective Factors for Sexually Violent Offending With the SAPROF. *Sex Abuse J Res Treat* 2015; 27 (1): 51–70.
40. de Vogel V, van den Broek E, de Vries Robbé M. The Use of the HCR-20 V3 in Dutch Forensic Psychiatric Practice. *Int J Forensic Ment Health* 2014; 13 (2): 109–121.
41. Jiricka V, Podana Z, Petras M, Hurka J. Prediction of Offending: SARPO – The Czech Tool for Assessment of Offenders' Criminogenic Risk and Needs. *J Criminol* 2014; 2014: 1–8.
42. Ptáček R, Vevera J. HCR-20: hodnocení rizika násilného chování, Verze 2 : Příručka pro Management Rizika Násilného Chování. Hogrefe 2016. https://books.google.cz/books/about/HCR_20.html?id=8bQFtAEACAAJ&redir_esc=y. Accessed April 15, 2019.
43. Völlm BA, Clarke M, Herrando VT et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *Eur Psychiatry* 2018; 51: 58–73.
44. Marquand T, Torres-Gonzalez F. Deinstitutionalization Versus Transinstitutionalization. In: *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe*. Cham: Springer International Publishing 2018: 293–304.
45. Ramesh T, Igoumenou A, Vazquez Montes M, Fazel S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2018; 52: 47–53.
46. Vevera J, Zarrei M, Hartmannová H et al. Rare copy number variation in extremely impulsively violent males. *Genes Brain Behav* 2019; 18 (6): e12536.
47. Winkler P, Koeser L, Kondrátová L et al. Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry* 2018; 5 (12): 1023–1031.

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Petr Možný, Jana Vyskočilová

SKUPINOVÁ KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE



Skupinová kognitivně-behaviorální terapie může u mnoha psychických problémů i poruch plně nahradit individuální kognitivně-behaviorální terapii, u některých pacientů je dokonce i vhodnější. Kromě běžných terapeutických znalostí a dovedností potřebují vedoucí skupiny rozumět dynamice ve skupině, umět usměrňovat vztahy mezi jejími členy a využívat společného potenciálu skupiny ku prospěchu všech.

Terapie ve skupině vychází z pečlivě vypracovaného postupu, který obsahuje rozhodující informace a cvičení na podporu specifických kognitivních a behaviorálních technik. Vnášení modelů skupinového procesu do kognitivně-behaviorální terapie výrazně obohatí praxi klinických psychologů, psychiatrů a dalších psychoterapeutů, kterým pomůže optimálně, a tedy účinněji pracovat v prostředí skupiny.

399 Kč, Grada, 167 x 240 mm, 384 stran, brožovaná