

Kraków, dn. 12. 03. 2024 r.

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska
Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
e-mail: marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Michała Nowopolskiego

pt. „Osobowość sprawcy i inne aspekty kształtujące ocenę ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej”

Promotor: Prof. dr. hab. Józef K. Gierowski

Promotor pomocniczy: dr Marlena Banasik

W odniesieniu do współczesnej wiedzy psychologicznej należy uznać temat oceny ryzyka przemocy, zwłaszcza z użyciem narzędzi nurtu SPJ, za stosunkowo nowy w polskim systemie prawa karnego. Od 2016 r. trwa proces implementacji narzędzi HCR-20^{V3} i SAPROF w oddziałach psychiatrii sądowej i w zakładach penitencjarnych w Polsce. Najczęściej zastosowanie narzędzi z nurtu SPJ spotyka się w praktyce oddziałów psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia, co znajduje swój wyraz w treści okresowych opinii o stanie zdrowia psychicznego i postępach w leczeniu.

Psychopatia jest uznawana przez psychiatrów i psychologów za centralny konstrukt w kontekście oceny, leczenia, i zarządzania ryzykiem przemocy. Jest poważnym zaburzeniem osobowości, które omawia się często w kontekście oporności na wszelkie formy leczenia i w związku z tym jest utożsamiana z wysokim ryzykiem recydywy przestępczej. Obejmuje zestaw cech interpersonalnych (np. wielkościowe nastawienie, skłonność do stosowania podstępów i manipulacji), cech afektywnych (np. brak wyrzutów sumienia, bezduszość, płytka emocjonalność) oraz cech behawioralnych (np. pasożytniczy styl funkcjonowania, słaba kontrola zachowania, impulsywność,

wszechstronność przestępca).

Psychopatia jest powiązana z przemocą i innymi zachowaniami antyspołecznymi. Liczne badania w ciągu ostatnich dziesięcioleci wykazały znaczenie psychopatii jako jednego z najsilniejszych pojedynczych czynników ryzyka zachowań antyspołecznych i związanych z przemocą.

Związki psychopatii z pomiarami ryzyka przy użyciu narzędzi służących do oceny ryzyka przemocy, są ewidentne i dobrze udokumentowane. Impulsywność jest jednym z kluczowych objawów psychopatologicznych, który należy wziąć pod uwagę w trakcie pracy z pacjentami sądowo-psychiatrycznymi. Przegląd literatury dostarcza szeregu dowodów na związek impulsywności z licznymi czynnikami ryzyka przemocy. W ramach nurtu SPJ ryzyko przemocy pojmuje się jako dynamiczne i zależne od kontekstu. W konsekwencji coraz częściej poddaje się analizom zmiany w nasileniu poszczególnych czynników ryzyka, czynników ochronnych oraz ocen końcowych na przestrzeni czasu i na skutek oddziaływań wobec sprawcy.

W Polsce mało jest badań dotyczących związku pomiędzy zmiennymi osobowościowymi takimi jak: psychopatia, impulsywność, czy samoregulacja a zachodzącymi wraz z upływem czasu zmianami w ocenach czynników ryzyka i czynników ochronnych. Dlatego też, projekt badawczy Doktoranta stanowi cenny wkład w uzupełnienie luki w literaturze przedmiotu. Dotychczas nie opublikowano żadnych wyników badań dotyczących zmian w nasileniu czynników ryzyka i czynników ochronnych na grupie badanych z polskiego systemu psychiatrii sądowej i systemu penitencjarnego. Badania opisane w pracy doktorskiej uzupełniają bazę dotychczasowych, nielicznych badań w ramach testowania tzw. trafności diagnostycznej narzędzia. Uzupełniają ponadto polską bazę o określenie predyktorów kształtujących sumaryczne oceny ryzyka dla pozostałych aspektów (ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, ryzyka bliskiej/bezpośredniej przemocy, końcowej oceny ochrony, zintegrowanej końcowej oceny ryzyka przemocy).

Autor zaprojektował interesujące badanie, mające na celu poszukiwania korelatów i predyktorów kształtujących ocenę ryzyka przemocy, w tym analizy powiązań wybranych konstruktów opisujących funkcjonowanie osobowości (psychopatii, impulsywności i samoregulacji) z rezultatem prognozowania ryzyka przemocy.

Rozprawa doktorska liczy 463 strony, zawiera 53 tabele, 20 rycin, spis tabel i rycin oraz Aneks z wykazem załączników: zastosowane narzędzia badawcze, tabele z wynikami badań, tabele z zestawieniem piśmiennictwa. Rozprawę wieńczy obszerne piśmiennictwo (857 pozycje, w większości pozycji z ostatnich 10 lat) oraz streszczenia pracy w języku polskim i angielskim.

Dysertację opracowano na podstawie analizy dostępnej literatury przedmiotu oraz w oparciu o wyniki przeprowadzonych innowacyjnych badań własnych. Praca ma budowę typową dla prac empirycznych.

Część teoretyczna rozprawy jest bardzo obszerna i w pełni umożliwia postawienie szczegółowych pytań i hipotez badawczych, opracowanie założeń o wzajemnych zależnościach oraz wskazuje na kierunki wnioskowania. Koncepcja zrealizowanych przez Doktoranta badań wypływa z sygnalizowanej przez specjalistów potrzeby ugruntowania empirycznego dla wprowadzonych w 2016 r. do polskiego systemu środków zabezpieczających dwóch głównych narzędzi z nurtu SPJ tj. HCR-20^{V3} i SAPROF. Tło teoretyczne dla przeprowadzonej analizy zostało zarysowane w rozdziałach I-III. Rozdział I. zawiera zarys uwarunkowań prawno-systemowych dotyczących środowiska badawczego tj. psychiatrii sądowej, w tym najważniejszych konstrukcji prawnych związanych z umieszczeniem sprawcy w oddziale psychiatrii sądowej, takich jak: niepoczytalność, obserwacja sądowo-psychiatryczna, czy detencja. Rozdział II. prezentuje historię nurtu SPJ, jego najważniejsze założenia, etapy procedury oceny ryzyka przemocy, najważniejsze definicje, które stanowią niezbędną platformę pojęciową dla osób oceniających, a także podsumowanie najważniejszych badań dotyczących narzędzi HCR-20^{V3} i SAPROF. Podsumowanie rozdziału stanowi opis dotychczasowego rozwoju nurtu SPJ w Polsce. Natomiast Rozdział III. stanowi przegląd wybranych publikacji dotyczących związku uwzględnionych w badaniach zmiennych osobowości tj. psychopatii, impulsywności i samoregulacji z czynnikami ryzyka, czynnikami ochronnymi, przemocą i oceną ryzyka przemocy. W ramach tego rozdziału opisano najczęściej omawiane modele i koncepcje dotyczące tych konstruktów osobowości oraz wybrane narzędzia stosowane do ich pomiaru.

Rozważania Doktoranta są merytoryczne, charakteryzują się wnikliwością, nadmierną szczegółowością, co świadczy o dużej znajomości omawianej problematyki. Ta część rozprawy doktorskiej napisana jest poprawnie pod względem językowym i co jest niezmiernie ważne w sposób komunikatywny. Wywód teoretyczny jest poprowadzony w sposób logiczny i uporządkowany. W ocenie Recenzentki część teoretyczna jest nadmiernie rozbudowana.

Część empiryczną Doktorant rozpoczął od zaprezentowania metodologii badań. Opis metodologiczny przeprowadzonych badań i sposobu ich organizacji znajduje się w rozdziałach IV i V. Następnie w Rozdziale VI. Doktorant szczegółowo zaprezentował dane uzyskane w efekcie zaplanowanych analiz statystycznych. Następnie przeprowadził dyskusję otrzymanych wyników na tle literatury światowej. W podsumowaniu tego rozdziału Doktorant na podstawie przesłanek opisanych w części teoretycznej rozprawy oraz wyników badania sformułował wnioski końcowe, opisał płynące z nich implikacje praktyczne i sugerowane kierunki dalszych badań.

Głównym celem badań było poszukiwanie korelatów i predyktorów kształtujących oceny ryzyka i przemocy, w tym analizy powiązań wybranych konstruktów opisujących funkcjonowanie osobowości (psychopatii, impulsywności i samoregulacji) z rezultatem prognozowania ryzyka przemocy.

Doktorant postawił następujące cele szczegółowe:



- 1) ustalenie roli psychopatii w kształtowaniu ryzyka przemocy oraz w procesie zmiany nasilenia ryzyka przemocy w czasie;
- 2) ustalenie roli impulsywności w kształtowaniu ryzyka przemocy oraz w procesie zmiany nasilenia ryzyka przemocy w czasie;
- 3) ustalenie roli samoregulacji w kształtowaniu ryzyka przemocy oraz w procesie zmiany nasilenia ryzyka przemocy w czasie;
- 4) ustalenie roli poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony, czynników ryzyka i czynników ochronnych w kształtowaniu sumarycznych ocen ryzyka, końcowej oceny dotyczącej ochrony i zintegrowanej oceny ryzyka;
- 5) ustalenie roli zmiennych osobowościowych (psychopatii, impulsywności i samoregulacji) w procesie kształtowania sumarycznych ocen ryzyka, końcowej oceny dotyczącej ochrony i zintegrowanej oceny ryzyka;
- 6) ustalenie roli powagi czynu i poziomu zabezpieczenia w kształtowaniu oceny ryzyka przemocy i oceny poziomu ochrony.

Doktorant sformułował następujące problemy badawcze wraz z pytaniami i hipotezami badawczymi.

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

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

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

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

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

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

Hipoteza H2: Im wyższy jest poziom samoregulacji prewencyjnej, tym niższy jest ogólny poziom

ryzyka przemocy oraz ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego i ryzyka związanego z zarządzaniem w grupie osób badanych.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pytanie badawcze nr 9: Czy poziom psychopatii pośredniczy w procesie zmiany nasilenia ryzyka i

ochrony w trakcie 6 miesięcy leczenia?

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

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

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

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

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

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

3.PROBLEM BADAWCZY: Określenie najważniejszych predyktorów sumarycznych ocen ryzyka i ochrony.

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

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

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

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

Pytanie badawcze nr 18: Czy pacjenci internowani w oddziałach podstawowych różnią się od pacjentów internowanych w oddziałach wzmocnionych w zakresie ogólnego nasilenia czynników

ochronnych i poszczególnych aspektów ochrony?

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

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

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

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

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

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

Do badania Doktorant zakwalifikował 152 pacjentów płci męskiej w przedziale wiekowym 18-71 lat poddanych przymusowej hospitalizacji w ramach internacji sądowo-psychiatrycznej. Badani popełnili w większości poważne przestępstwa (głównie przeciwko życiu i zdrowiu), a w wyniku wyroku Sądu zostali uznani za niebezpiecznych w trakcie popełnienia czynu (*tempore criminis*).

Średni wiek badanych wynosił 36.4 (SD=11.3). Poza uczestnikami badań wywiady diagnostyczne przeprowadzono z 10 innymi osobami, które ostatecznie jednak nie weszły w skład próby badawczej. Powodem był brak danych z narzędzi badawczych.

Zastosowana przez Doktoranta procedura badawcza stanowi potencjalny model diagnostyczny w ocenie ryzyka przemocy w populacjach psychiatrii sądowej i penitencjarnej.

Zaprezentowane w rozprawie badania nad osobowością sprawcy i innymi aspektami kształtującymi ocenę ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach sądowo- psychiatrycznych zostały zrealizowane przez Doktoranta w latach 2020-2022 w dwóch pomiarach w odstępie 6 miesięcy.

Pierwszy pomiar obejmował a) kwestionariuszowe badania cech psychopatycznych, impulsywności oraz samoregulacji, b) kompleksowe wywiady ukierunkowane na ocenę czynników ryzyka i czynników ochronnych, c) analizę dostępnej dokumentacji medycznej oraz dostępnych opinii sądowo-

psychiatryczno-psychologicznych; d) kodowanie obecności i istotności czynników ryzyka oraz czynników ochronnych. Drugi pomiar obejmował aktualizacje wywiadów oraz ponowne kodowanie - na ich podstawie - obecności i istotności czynników ryzyka oraz czynników ochronnych.

Badania zostały zrealizowane w oddziałach psychiatryczno-sądowych o wzmocnionym i podstawowym stopniu zabezpieczenia w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim oraz w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

W przeprowadzonych badaniach nad zmiennymi osobowościowymi i innymi predyktorami w ocenie ryzyka przemocy u pacjentów internowanych na oddziałach sądowo- psychiatrycznych Doktorant posłużył się następującymi narzędziami badawczymi:

- 1) polskim tłumaczeniem skali Historical-Clinical-Risk Management Version 3 (HCR-20^{V3}, Douglas i in., 2013, polska adaptacja Nowopolski i in., 2016).
- 2) polskim tłumaczeniem Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF, de Vogel i in., 2012; polska adaptacja Nowopolski i in., 2016).
- 3) Polską adaptację skali TriPM
- 4) Polską wersję testu PPTS Boduszek i in., 2016)
- 5) Polską adaptację skali UPPS-P (Cyders i in., 2007) autorstwa prof. Ryszarda Poprawy (Poprawa, 2016) uzyskano i wykonano za zgodą autora polskiej adaptacji narzędzia.
- 6) arkuszem testowym do skali SSPP (Kolańczyk, Bąk i Roczniowska, 2013)
- 7) autorską klasyfikacją powagi czynów stworzona na podstawie danych pochodzących z metryczki dokumentacji oraz wywiadów.

Procedura badawcza. Przed przystąpieniem do zasadniczej części badań Doktorant dokonał wstępnej, przesiewowej kwalifikacji osadzonych pod kątem orientacyjnej oceny funkcji intelektualnych i oceny funkcji poznawczych. W ramach tej wstępnej kwalifikacji dokonano również przeglądu dostępnej dokumentacji psychiatryczno-psychologicznej, przy zwróceniu szczególnej uwagi na dane z opinii psychologicznych i sądowo-psychiatrycznych dotyczące ewentualnych deficytów intelektualnych i poznawczych. Następnie, wybranym w ten sposób pacjentom zaproponowano udział w badaniach. Wszystkie osoby badane wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniach. Ponadto każdy z uczestników został poinformowany o wykorzystaniu otrzymanych wyników wyłącznie w celach naukowych oraz zapewniony o całkowitej anonimowości. Zasadnicza część badań odbywała się w gabinecie psychologa. Badani byli doprowadzani pojedynczo do wyznaczonego miejsca przez psychologa realizującego badanie.

Badania zostały podzielone przez Doktoranta na następujące etapy:

1. Podpisanie zgody na udział w badaniu przez osobę badaną na odpowiednim arkuszu (Arkusz zgody na udział w badaniu).

2. Wypełnienie metryczki (w wersji papierowej).
3. Analiza dokumentacji medycznej osoby badanej i dostępnych opinii sądowo-psychiatryczno-psychologicznych.

4. Przeprowadzenie wywiadu (format wywiadu ustalony przez dr Marlenę Banasik) na podstawie zasad wyszczególnionych w arkuszu roboczym HCR-20^{V3}, pozwalający następnie ocenić (zakodować) nasilenie i obecność czynników ryzyka i czynników ochronnych (HCR-20 i SAPROF). Wywiad został uzupełniony o analizę akt. Wywiad był zbierany „elektronicznie” w pliku programu Word. Standardowy czas zebrania wywiadu – ok. 3 godz.

5. Wypełnienie przez osobę badaną zestawu testów samoopisowych (TriPM, PPTS, UPPS-P, SSPP). Standardowy czas wypełnienia metod samoopisowych – ok. 1 godz.

Kodowanie obecności i istotności 20 czynników ryzyka wyszczególnionych w narzędziu HCR-20^{V3} oraz kodowanie czynników ochronnych wyszczególnionych w narzędziu SAPROF – na podstawie wcześniej przeprowadzonych kompleksowych wywiadów. Standardowy czas kodowania obecności i istotności czynników ryzyka i czynników ochronnych – 1 godz.

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

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

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

9. Ponowne kodowanie obecności i istotności 20 czynników ryzyka wyszczególnionych w narzędziu HCR-20^{V3} oraz kodowanie czynników ochronnych wyszczególnionych w narzędziu SAPROF – na podstawie aktualizacji w przeprowadzonych wywiadach.

Uzyskane dane zostały poddane analizie statystycznej z użyciem programu statystycznego Jamovi wersja 2.3 (2022). Poza podstawowymi obliczeniami statystyk opisowych wykorzystano zarówno analizy parametryczne jak i nieparametryczne. Do zbadania związków pomiędzy dwoma zmiennymi posłużono się testem korelacji Tau Kendela (gdy jedna ze zmiennych miała formę porządkową o małym zakresie wartości; Abdi, 2007), test rang rho Spearmana oraz test korelacji r Pearsona. W sytuacji, gdy analizom poddawane były zmienne porządkowe/ilorazowe do zbadania różnic pomiędzy trzema badanymi grupami (wyniki niski, przeciętny, wysoki) zastosowano analizy typu: test Kruskala-Wallisa oraz GLM (General Lineral Model) – ogólny model liniowy dla zmiennych

zależnych.

W celu ustalenia siły efektu obliczono: w przypadku GLM cząstkowe eta kwadrat (η^2P), którego wartości >0.01 , 0.06 oraz 0.14 odpowiadają małej, średniej oraz dużej mierze siły efektu w przypadku Kruskala-Wallisa epsilon kwadrat (ϵ^2), gdzie wartościom w podanych przedziałach przypisuje się wartość efektu jako: $0.00 < 0.01$ – znikomą; $0.01 < 0.04$ – słabą; $0.04 < 0.16$ – przeciętną; $0.16 < 0.36$ – względnie silną; $0.36 < 0.64$ – silną; $0.64 < 1.00$ bardzo silną (Rea i Parker 1992). Gdy wskazano istotne różnice w testach ANOVA zastosowane były testy post hoc – test Tukeya w przypadku GLM oraz test DSCF (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) w sytuacji użycia testu Kruskala-Wallisa. W celu ustalenia jaki zespół badanych cech ma wpływ na wybrane zmienne zależne, przeprowadzono analizę krokową regresji wielokrotnej. W celu porównania wyników dwóch grup do siebie (osób internowanych w placówkach o różnym poziomie zabezpieczenia) posłużona się testem U Manna-Whitneya z rangowo- dwuseryjną korelacją jako wartością efektu. We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0.05$ ($p < 0.05$).

Zastosowane przez Doktoranta narzędzia badawcze oraz metodyka badań w ocenie Recenzentki zostały użyte prawidłowo, odpowiednio i adekwatnie. Zastosowane testy analizy statystycznej są poprawne i wskazują na bardzo duże umiejętności Doktoranta w tym obszarze.

W kolejnym rozdziale Doktorant przedstawił swoje wyniki badań. Cel główny i cele szczegółowe badań, które postawił sobie Doktorant zostały osiągnięte. Zgodnie z przyjętym celem nadrzędnym prezentowanych badań, którym była próba określenia korelatów i predyktorów osobowościowych kształtujących ocenę ryzyka przemocy oraz zmiany w niej zachodzące na przestrzeni 6-miesięcznego przymusowego leczenia w ramach internacji psychiatrycznej w oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym i podstawowym stopniu zabezpieczenia, poszukiwano odpowiedzi na kolejne pytania badawcze oraz weryfikowano postawione hipotezy. Pierwszy analizowany obszar (podrozdział 6.1 i podrozdział 6.2) dotyczy powiązań - wybranych na podstawie obszernego przeglądu literatury – konstruktów osobowości (psychopatii, impulsywności i samoregulacji) z oceną czynników ryzyka oraz oceną czynników ochronnych w kontekście ryzyka przemocy (problemy badawcze I i II, pytania badawcze nr 1- 8). Następnie (w podrozdziale 6.3) przeprowadzono analizę wyników dotyczących roli wybranych zmiennych

osobowościowych w procesie zmiany nasilenia ryzyka i ochrony (problem badawczy III, pytania badawcze nr 9 – 15). W ramach analizy problemu badawczego IV wyłoniono predyktory osobowościowe wszystkich aspektów ryzyka i ochrony (podrozdział 6.4). Podrozdział 6.5 (problem badawczy IV, pytanie badawcze nr 16) dotyczy z kolei określenia najważniejszych predyktorów tzw. sumarycznych ocen ryzyka (SRR), takich jak ocena ryzyka poważnej krzywdy fizycznej, ocena ryzyka przemocy w najbliższym czasie, określenie priorytetu przypadku, końcowa ocena ochrony oraz zintegrowana ocena ryzyka przemocy. Podrozdział 6.6 wyjaśnia relację pomiędzy poziomem zabezpieczenia, w którym przebywa osoba internowana a nasileniem różnych aspektów ryzyka i ochrony (porównania między grupami o różnym stopniu zabezpieczenia pod względem poziomu ryzyka i ochrony, badawczy V, pytanie badawcze nr 17 i 18). W podrozdziale 6.7 opisano relację między powagą czynu - który stał się podstawą umieszczenia osoby badanej na internacji psychiatrycznej - a różnymi aspektami ryzyka i ochrony (problem badawczy VI, pytanie badawcze nr 19 i 20). Doktorant wykazał, że im wyższe jest rozhamowanie oraz ogólny poziom psychopatii, tym wyższy jest poziom ogólnego ryzyka, ryzyka historycznego oraz ryzyka związanego z zarządzaniem (zależność jedynie z psychopatią – ogólnie). Ponadto, im wyższy jest poziom manipulacji interpersonalnej, tym wyższy jest poziom ryzyka klinicznego. Odnotowano związek pomiędzy rozhamowaniem a dwoma historycznymi czynnikami ryzyka: innymi zachowaniami antyspołecznymi w przeszłości oraz używaniem substancji psychoaktywnych w przeszłości. Nie zaobserwowano różnic między międzygrupowych w odniesieniu do głównych składowych ryzyka przemocy: ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego, ryzyka związanego z zarządzaniem oraz ogólnego nasilenia ryzyka pomiędzy grupami o różnym nasileniu psychopatii. Jedyne zaobserwowane różnice dotyczą pojedynczych czynników ryzyka takich jak: R4 – problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór, H2 – problemy w przeszłości z innymi zachowaniami antyspołecznymi, R3 – problemy w przyszłości ze wsparciem społecznym, czy R5 – problemy w przyszłości ze stresem i radzeniem sobie ze stresem. Samoregulacja promocyjna jest w niewielkim stopniu ujemnie związana z ogólnym poziomem ryzyka i jego poszczególnymi aspektami. Nie stwierdzono istotnych powiązań między samoregulacją prewencyjną a oceną ryzyka. Zachodzi odwrotna zależność – im wyższy jest poziom samoregulacji promocyjnej, tym nieznacznie niższe jest nasilenie czynników ryzyka. Poszczególne aspekty impulsywności wykazują istotny statystycznie, dodatni związek z ogólnym poziomem ryzyka. Im wyższy jest poziom impulsywności w badanej grupie, tym wyższe jest nasilenie ryzyka historycznego, ryzyka klinicznego, ryzyka związanego z zarządzaniem ryzykiem oraz ogólnego poziomu ryzyka. Najważniejszymi korelatami wyjściowego nasilenia ryzyka przemocy w badanej grupie są: ogólny poziom impulsywności i jej poszczególne składowe (negatywna popędliwość, brak premedytacji/przezorności, pozytywna popędliwość) oraz ogólny poziom psychopatii i jej składowa: rozhamowanie. Obserwuje się słabą, istotną statystycznie zależność: im wyższy jest poziom psychopatii tym niższy ogólny poziom ochrony przed przemocą w grupie osób badanych. W badanych grupach osób o różnym poziomie psychopatii nie wykazano istotnych statycznie różnic w nasileniu czynników ochronnych. Odnotowano tendencję wskazującą na to, że osoby o niskim

poziomie psychopatii mają potencjalnie wyższe nasilenie ochrony zewnętrznej od osób o wysokim poziomie psychopatii. Ponadto, osoby o przeciętnym nasileniu psychopatii mają silniejszą sieć społeczną w porównaniu z osobami o wysokim i niskim poziomie psychopatii. Osoby o niskim poziomie psychopatii charakteryzują się wyższym poziomem samokontroli w porównaniu do osób o przeciętnym poziomie psychopatii. Nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy samoregulacją promocyjną a czynnikami ochronnymi.

Nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy samoregulacją promocyjną a czynnikami ochronnymi. Im wyższy jest poziom impulsywności, tym niższy jest poziom czynników ochronnych w badanej grupie. Najsilniejszymi korelatami wyjściowego nasilenia czynników ochronnych w badanej grupie są: ogólny poziom impulsywności i jej poszczególne składowe: negatywna popędliwość, brak premedytacji (przezorności), pozytywna popędliwość oraz poszczególne składowe psychopatii: rozhamowanie i bezduszość. Nie odnotowano, aby psychopatia miała wpływ na zmianę wyniku ogólnego poziomu ryzyka przemocy i ogólnego wyniku ochrony w ciągu 6 miesięcy leczenia. W grupie osób o wysokim poziomie zuchwałości wskazano wzrost wyników skali zarządzania ryzykiem. Poza tym nie zaobserwowano innych różnic między grupami różniącymi się nasileniem cech psychopatycznych i ich składowych. Zmiana nasilenia wewnętrznych czynników ochrony (ochrony wewnętrznej) jest uwarunkowana poziomem bezduszości. Pomędzy pierwszym a drugim pomiarem u osób o wysokim poziomie bezduszości istotnie statystycznie poprawił się poziom wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej). Zmiana nasilenia wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej) jest ponadto uwarunkowana poziomem egocentryzmu. Największą poprawę zanotowano u osób o najwyższym poziomie egocentryzmu. Impulsywność nie pośredniczy w procesie zmiany wyniku ogólnego poziomu ryzyka przemocy i ogólnego wyniku ochrony w ciągu 6 miesięcy leczenia. Poszczególne aspekty impulsywności pośredniczą w zmianach w poszczególnych aspektach ryzyka i ochrony. U osób z wysokim poziomem negatywnej popędliwości wzrosło nasilenie historycznych czynników ryzyka (skala H). Przeciętny poziom pozytywnej popędliwości ma potencjalnie wpływ na zmianę skali wewnętrznej ochrony (ochrony wewnętrznej). U osób z wysokim poziomem pozytywnej popędliwości nie doszło do zmiany czynników ochronnych dot. motywacji oraz ogólnego wyniku czynników ochronnych, natomiast w pozostałych grupach zanotowano poprawę. Istotne aspekty samoregulacji pośredniczą w zmianach poszczególnych aspektów ryzyka i ochrony. U osób o przeciętnym i wysokim poziomie „prewencja – standardy” dochodzi do niewielkiej, istotnej statystycznie poprawy wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej). U osób o niskim poziomie nie wskazano istotnych różnic pomiędzy pomiarem 1 i 2. Jedynie osoby uzyskujące przeciętne wyniki w skali „prewencja” wykazują poprawę wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrznej). U osób o niskim poziomie samoregulacji prewencyjnej w przeciwieństwie do osób z grup o przeciętnym oraz wysokim poziomie samoregulacji prewencyjnej, nie zaszły istotne statystycznie zmiany w poziomie ochrony wewnętrznej. W grupie osób o niskim poziomie samoregulacji prewencyjnej, poprawa ogólnego poziomu czynników ochronnych - jest istotnie słabsza niż u osób z grup o przeciętnym oraz wysokim poziomie

samoregulacji prewencyjnej. Najważniejszymi predyktorami osobowościowymi przy powtórным pomiarze, po upływie 6 miesięcy leczenia były brak premedytacji (brak przezorności) – im wyższy jest brak premedytacji (przezorności) tym wyższy jest ogólny wynik ryzyka przemocy (zależność wprost proporcjonalna), rozhamowanie – im większe jest rozhamowanie tym wyższy jest ogólny wynik ryzyka (zależność wprost proporcjonalna), brak premedytacji (przezorności) i 2. Rozhamowanie – im wyższy jest brak premedytacji (przezorności) i rozhamowanie tym wyższe jest nasilenie ryzyka historycznego (zależność wprost proporcjonalna). Ponadto pozytywna popędliwość – im większe jest nasilenie pozytywnej popędliwości, tym wyższy jest poziom ryzyka klinicznego (zależność wprost proporcjonalna) oraz brak premedytacji (brak przezorności) i Psychopatia – im wyższy jest brak premedytacji (przezorności) i im wyższa jest psychopatia tym wyższe nasilenie czynników ryzyka związanych z zarządzaniem (zależność wprost proporcjonalna).

Czynniki ochronne: 1. Negatywna popędliwość i 2. Bezdusznosc – im wyższy jest wynik negatywnej popędliwości i bezdusznosci, tym niższy jest poziom ogólnej ochrony, ochrony wewnętrznej i ochrony związanej z motywacją (zależność odwrotnie proporcjonalna). Zewnętrzne czynniki ochronne takie jak :Pozytywna popędliwość i 2. Bezdusznosc – im wyższy jest wynik pozytywnej popędliwości i bezdusznosci, tym niższy jest poziom ochrony zewnętrznej (zależność odwrotnie proporcjonalna).

1. Najważniejszymi predyktorami oceny „priorytetu przypadku” są: skala R (zarządzania ryzykiem) z HCR-20^{V3}, b) skala H (historyczna) z HCR-20^{V3} – wyższe wyniki uzyskiwane w tych skalach pozwalają prognozować wyższą ocenę „priorytetu przypadku” c) zewnętrzne czynniki ryzyka – wyższe wyniki pozwalają prognozować niższą ocenę „priorytetu przypadku”- spośród czynników ryzyka największy wpływ na ocenę „priorytetu przypadku” mają w kolejności: 1. Kontrola zewnętrzna (czynnik ochronny), 2. Problemy z sytuacją życiową w przyszłości (czynnik ryzyka), 3. Aktualne problemy z objawami innych głębokich zaburzeń psychicznych (czynnik ryzyka), 4. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcją (czynnik ryzyka), 5. Problemy w relacjach w przeszłości (czynnik ryzyka), 6. Aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpracą (czynnik ryzyka) i 7. Zaburzenia osobowości (czynnik ryzyka)

2. Najważniejszymi predyktorami oceny ryzyka „poważnej krzywdy fizycznej” są: skala R (zarządzania ryzykiem) z HCR-20^{V3}.- spośród czynników ryzyka największy wpływ na ocenę „poważnej krzywdy fizycznej” mają w kolejności: 1. Przemoc w wieku dorosłym w przeszłości (czynnik ryzyka), 2. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenia i nadzór (czynnik ryzyka), 3. Praca (czynnik ochronny), 4. Problemy w relacjach w przeszłości (czynnik ryzyka).

3. Najważniejszymi predyktorami oceny ryzyka „przemocy w najbliższym czasie” są: a) skala kliniczna, b) skala wewnętrznych czynników ochronnych (ochrony wewnętrzna), c) skala czynników ochronnych zewnętrznych (ochrona zewnętrzna), d) skala R (zarządzania ryzykiem) z HCR-20^{V3}- spośród czynników ryzyka największy wpływ na ocenę ryzyka „przemocy w najbliższym czasie” mają w kolejności: 1. Radzenie sobie ze stresem (czynnik ochronny), 2. Aktualne wyobrażenia lub zamiary dotyczące przemocy (czynnik

ryzyka), 3. Aktualne objawy głębokich zaburzeń psychicznych (czynnik ryzyka), 4. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – współpraca (czynnik ryzyka) oraz 5. Problemy w innych bliskich relacjach (czynnik ryzyka). 4. Najważniejszymi predyktorami oceny ogólnej „ochrony” są w kolejności: - skala czynników ochronnych związanych z motywacją, skala zewnętrznych czynników ochronnych, skala wewnętrznych czynników ochronnych, skala R (zarządzania ryzykiem), z HCR-20^{V3}, skala kliniczna C (kliniczna) z HCR-20^{V3}. 5. Spośród czynników ryzyka i czynników ochronnych najważniejszymi predyktorami „końcowej oceny ochrony” są w kolejności: 1. Farmakoterapia (czynnik ochronny), 2. Motywacja do leczenia (czynnik ochronny), 3. Sieć społeczna (czynnik ochronny), 4. Postawa wobec instytucji (czynnik ochronny), 5. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór (czynnik ryzyka), 6. Empatia (czynnik ochronny) 7. Gospodarowanie pieniędzmi (czynnik ochronny), 8. Kontrola zewnętrzna (czynnik ochronny) 9. Aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór (czynnik ryzyka) 10. Problemy w przeszłości w innych bliskich relacjach (czynnik ryzyka). 6. Najważniejszymi predyktorami „zintegrowanej oceny ryzyka przemocy” są: - skala czynników ochronnych związanych z motywacją, skala czynników ochronnych zewnętrznych (ochrona zewnętrzna), skala kliniczna z HCR-20^{V3}, skala historyczna z HCR-20^{V3} spośród czynników ryzyka i czynników ochronnych najważniejszymi predyktorami zintegrowanej oceny ryzyka przemocy są: 1. Kontrola zewnętrzna (czynnik ochronny), 2. Aktualne problemy z odpowiedzią na leczenie i nadzór (czynnik ryzyka), 3. Problemy w przyszłości z odpowiedzią na leczenie i nadzór – reakcja (czynnik ryzyka), 4. Motywacja do leczenia (czynnik ochronny), 5. Problemy w przyszłości z sytuacją życiową (czynnik ryzyka), 6. Problemy w przeszłości z relacjami (czynnik ryzyka), 7. Zajęcia w czasie wolnym (czynnik ochronny) oraz 8. Postawa akceptacji wobec przemocy.

Ponadto Doktorant wykazał, że pacjenci przebywający w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia charakteryzują się niższym ogólnym nasileniem ryzyka przemocy oraz niższym nasileniem ryzyka historycznego od pacjentów przebywających w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie ryzyka klinicznego oraz ryzyka związanego z zarządzaniem. Pacjenci przebywający w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia nie różnią się istotnie od pacjentów przebywających w oddziałach wzmocnionych pod względem nasilenia czynników ochronnych. Powaga czynu, który stał się podstawą umieszczenia na internacji psychiatrycznej ma jedynie związek z sumarycznymi ocenami ryzyka: a) oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej i b) oceną priorytetu przypadku. Im większa powaga czynu, którego dopuścił się internowany pacjent, tym wyższa jest ocena ryzyka poważnej krzywdy fizycznej i wyższa ocena priorytetu przypadku. Zaobserwowano słabą, dodatnią i istotną statystycznie zależność pomiędzy powagą czynu a zintegrowaną oceną ryzyka a klasyfikacją powagi czynu.

W ocenie Recenzentki na wyróżnienie zasługuje doskonale referowanie wyników badań oraz wnikliwa analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych. Doktorant świetnie poradził sobie

z bardzo dużą liczbą szczegółowych informacji zawartych w materiale badawczym, które zaprezentował w syntetyczny sposób, co pozwoliło na wykrycie zasadniczych prawidłowości występujących w badanej populacji.

W dyskusji wyników Autor dysertacji odniósł się do wyników innych badań starając się pokazać na ich tle swoje rezultaty. Dyskusja przeprowadzona jest bardzo rzeczowo i dokładnie, co świadczy o dobrym warsztacie naukowym. Literatura przedmiotu, będąca podstawą pracy jest bardzo obszerna i aktualna.

Na podstawie uzyskanych wyników badań Doktorant przedstawił wnioski końcowe, z uwzględnieniem krytycznej analizy przeprowadzonego projektu badawczego, wskazaniem jego ograniczeń oraz przedstawieniem implikacji praktycznych i propozycją dalszych badań.

Wniosek 1: Wyższy poziom psychopatii wiąże się z wyższym wyjściowym poziomem ryzyka przemocy (słaba zależność). Najsilniej powiązanymi z ryzykiem przemocy składowymi psychopatii są: rozhamowanie i manipulacja interpersonalna.

Wniosek 2: Porównania międzygrupowe pacjentów o różnym nasileniu cech psychopatycznych (wysokim, przeciętnym, niskim) nie wykazały istotnych różnic pod względem wyjściowego ryzyka przemocy. Odnotowano natomiast, że pacjenci wysoce psychopatyczni w porównaniu z przeciętnie i nisko psychopatycznymi wykazują największe nasilenie zachowań antyspołecznych w przeszłości.

Wniosek 3: Relacja między nasileniem samoregulacji prewencyjnej a ryzykiem przemocy jest słaba i ujemna. Wysokie nasilenie nastawienia prewencyjnego jest związane z mniejszym nasileniem ryzyka przemocy.

Wniosek 4: Impulsywność jest istotnym korelatem osobowościowym ryzyka przemocy, a pomiar jej poszczególnych wymiarów: negatywnej popędliwości, pozytywnej popędliwości i braku premedytacji (przezorności) może być przydatny jako uzupełnienie oceny ryzyka przemocy.

Wniosek 5: Psychopatia, a szczególnie jej komponenty: rozhamowanie i bezduszość, są negatywnie i słabo powiązane z poziomem czynników ochronnych.

Wniosek 6: Samoregulacja promocyjna jest słabo i dodatnio powiązana z nasileniem czynników ochronnych.

Wniosek 7: Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy samoregulacją prewencyjną a nasileniem czynników ochronnych.

Wniosek 8: Impulsywność jest istotnie i negatywnie związana z nasileniem czynników ochronnych. Najsilniej powiązaniem z czynnikami ochronnymi aspektem impulsywności jest negatywna popędliwość. W mniejszym stopniu, nasilenie czynników ochronnych jest powiązane negatywnie z pozytywną popędliwością i brakiem premedytacji.

Wniosek 9: Jedynym aspektem psychopatii, który pośredniczy w zmianie ryzyka przemocy (związanego z zarządzaniem) na przestrzeni 6 miesięcy leczenia jest zuchwałość. W tym okresie pogarsza się prognoza co do spodziewanych problemów z zarządzaniem ryzykiem przemocy u osób z wysokim nasileniem zuchwałości.

Wniosek 10: Jedynym aspektem impulsywności, który wpływa na zmianę ryzyka przemocy (historycznego) na przestrzeni 6 miesięcy leczenia jest negatywna popędliwość. U osób z wysokim nasileniem negatywnej popędliwości dochodzi do wzrostu ryzyka historycznego pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem.

Wniosek 11: Samoregulacja nie ma istotnego wpływu ani na zmianę ogólnego poziomu ryzyka ani na zmiany różnych aspektów ryzyka.

Wniosek 12: Pacjenci z wysokim poziomem bezduszości i egocentryzmu wykazują istotną poprawę w zakresie ochrony wewnętrznej na przestrzeni 6 miesięcy.

Wniosek 13: Niski poziom samoregulacji prewencyjnej i standardów z nią związanych hamuje poprawę w zakresie ochrony wewnętrznej w trakcie 6 miesięcy internacji.

Wniosek 14: U pacjentów z przeciętnym poziomem samoregulacji prewencyjnej odnotowano największą poprawę ochrony wewnętrznej w porównaniu do grup o niskim i wysokim poziomem samoregulacji w ciągu 6 miesięcy leczenia.

Wniosek 15: U pacjentów z niskim poziomem ogólnej prewencji (nastawienia prewencyjnego) w czasie 6-miesięcznej internacji dochodzi do pogorszenia w zakresie zewnętrznej ochrony, podczas gdy u pacjentów z przeciętnym i wysokim poziomem ogólnej prewencji dochodzi do poprawy w zakresie ochrony zewnętrznej.

Wniosek 16: Wysoki poziom pozytywnej popędliwości jest związany z brakiem istotnej poprawy w zakresie ogólnego poziomu ochrony w trakcie 6-miesięcznego leczenia.

Wniosek 17: Najbardziej istotnymi predyktorami wyjaśniającymi ogólny poziom ryzyka i poziom ryzyka historycznego są rozhamowanie i brak premedytacji (przezorności).

Wniosek 18: Najbardziej istotnym – spośród badanych zmiennych osobowości - predyktorem wyjaśniającym ryzyko kliniczne jest pozytywna popędlliwość.

Wniosek 19: Negatywna popędlliwość i bezduszność są najbardziej istotnymi spośród badanych zmiennych osobowościowymi predyktorami ogólnego nasilenia ochrony, ochrony wewnętrznej i ochrony związanej z motywacją.

Wniosek 20: Pozytywna popędlliwość i bezduszność są najbardziej istotnymi spośród badanych zmiennych osobowościowymi predyktorami ochrony zewnętrznej.

Wniosek 21: Najbardziej istotnymi predyktorami oceny priorytetu przypadku w badanej grupie pacjentów są oceny: zewnętrznej ochrony, ryzyka historycznego i ryzyka związanego z zarządzaniem. Analiza wskazuje na szczególną rolę kontroli zewnętrznej (czynnika ochronnego) w kształtowaniu oceny priorytetu przypadku.

Wniosek 22: Ryzyko kliniczne w największym stopniu spośród wszystkich analizowanych rodzajów ryzyka wyjaśnia nasilenie ryzyka przemocy w najbliższym czasie.

Wniosek 23: Końcowa ocena poziomu ochrony w największym stopniu jest uzależniona od oceny ochrony wewnętrznej.

Wniosek 24: Najbardziej istotnymi predyktorami zintegrowanej oceny ryzyka przemocy (wnioskowania klinicysty na podstawie całokształtu procedury) są czynniki ochrony związane z motywacją i ochrony zewnętrznej.

Wniosek 25: U pacjentów w oddziałach wzmocnionych poziom ryzyka historycznego i ogólnego jest wyższy niż u pacjentów w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia.

Wniosek 26: Nie stwierdza się istotnych różnic pomiędzy grupą pacjentów z oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia a grupą pacjentów z oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia pod względem nasilenia czynników ochronnych.

Wniosek 27: Nie odnotowano zależności pomiędzy powagą dokonanego przez pacjenta czynu a oceną ryzyka przemocy.

Wniosek 28: W odniesieniu do sumarycznych ocen ryzyka stwierdza się dwie istotne zależności: pomiędzy powagą czynu a oceną priorytetu przypadku (zależność słaba) oraz pomiędzy powagą czynu a oceną ryzyka poważnej krzywdy fizycznej (zależność przeciętna).

Wniosek 29: Powaga czynu wykazuje związek ze zintegrowaną oceną ryzyka przemocy.

Jako Recenzentka pragnę podkreślić, iż Doktorant wskazał implikacje praktyczne uzyskanych wyników badań oraz dokonał krytycznej analizy swoich badań, dowodząc świadomości ich ograniczeń. Kolejność rozdziałów jest poprawna. Praca została zredagowana bardzo starannie i poprawnie. Błędy literowe i stylistyczne zdarzały się niezmiernie rzadko. Z formalnego punktu widzenia oceniana rozprawa jest napisana poprawnie. Podstawy teoretyczne, plan badań i jego realizacja nie budzą żadnych zastrzeżeń i wskazują na bardzo duże kompetencje Doktoranta. Należy podkreślić, iż w realizacji programu badań oraz redagowaniu tekstu Autor wykazał się doskonałym rozeznaniem zastanej wiedzy oraz dojrzałością warsztatu badawczego. Badania niewątpliwie były czasochłonne, wymagały pracowitości, dokładności i rzetelności. Zamierzony plan analiz został przeprowadzony konsekwentnie, z wykorzystaniem różnorodnych, zaawansowanych i adekwatnych metod analizy statystycznej, co zostało zaprezentowane w rozprawie doktorskiej.

Podsumowując, rozprawa doktorska Pana mgr Michała Nowopolskiego pt. „Osobowość sprawcy i inne aspekty kształtujące ocenę ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej” spełnia warunki określone w art.187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Dysertacja doktorska spełnia wszelkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim to jest: prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydata w dyscyplinie psychologia oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Przedmiotem rozprawy jest oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, dlatego mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu SWPS wniosek o dopuszczenie mgr Michała Nowopolskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJ
Zakład Psychologii Zdrowia


Prof. dr hab. Marta Makara-Studzińska
Kierownik Zakładu

Prof. dr hab. Marta Makara-Studzińska
specjalista psycholog kliniczny
specjalista zdrowia publicznego

