

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

SOCIALINĖS POLITIKOS FAKULTETAS

PSICHOLOGIJOS KATEDRA

MARIJUS MITRAUSKAS

TEISĖS PSICHOLOGIJOS STUDIJŲ PROGRAMA

**PAKARTOTINIO NUSIKALSTAMUMO RIZIKOS
VERTINIMO GALIMYBĖS NAUDOJANT HCR-20**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
Doc. dr. Ilona Čėsniienė

Vilnius, 2010

TURINYS

PRATARMĖ.....	4
1. PAKARTOTINIO NUSIKALSTAMUMO RIZIKOS VERTINIMO PROBLEMOS	
ANALIZĖ.....	5
1.1. Rizikos vertinimo samprata ir pagrindinės sąvokos.....	5
1.2. Rizikos vertinimo istorinė apžvalga.....	6
1.3. Pakartotinio nusikalstamumo rizikos veiksniai.....	8
1.4. Pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo būdai.....	10
1.4.1. Klinikinis vertinimo būdas.....	10
1.4.2. Statistinis rizikos vertinimo būdas	13
1.5. HCR-20.....	15
1.5.1. HCR-20 moksliniai tyrimai.....	17
1.5.1.1. Teismo psichiatrijos tyrimai.....	17
1.5.1.2. Bendrosios psichiatrijos tyrimai.....	19
1.5.1.3. Pataisos institucijų tyrimai.....	20
1.6. Tyrimo problema, tikslas, uždaviniai ir hipotezės	23
2. METODIKA.....	25
2.1. Tyrimo dalyviai	25
2.2. Tyrime naudotos vertinimo priemonės ir metodai.....	28
2.2.1. HCR-20.....	28
2.2.2. Anketiniai tiriamųjų duomenys	32
2.3. Tyrimo eiga	32
2.4. Statistinė duomenų analizė	34
3. REZULTATAI	35
3.1. Teismo psichiatrijos pacientų ir nuteistųjų HCR-20 rodiklių palyginimas.....	35
3.2. Nuteistųjų vyrų ir moterų HCR-20 rodiklių palyginimas.....	37
3.3. Skirtingiems rizikos lygiams priskiriamų nuteistųjų HCR-20 rodiklių palyginimas.....	40
3.4. Nuteistųjų už smurtinius ir nesmurtinius nusikaltimus HCR-20 rodiklių palyginimas.....	44

3.5. Pakartotiniai nusikaltusių ir nenusikaltusių asmenų HCR-20 metodikos rodiklių palyginimas.....	47
3.6. HCR-20 pakartotinio nusikalstamumo prognostiniai rodikliai.....	50
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	54
5. IŠVADOS	61
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	62
SANTRAUKA.....	67
SUMMARY.....	68
PRIEDAI.....	69

PRATARMĖ

Reiškinių prognozavimas nėra dėkingas užsiėmimas. Dar nedėkingesniu jis ima atrodyti tuomet, kuomet turime prognozuoti žmogaus, o ypač tokio žmogaus, kuris yra pažeidęs visuomenėje įtvirtintas teisės normas – padaręs nusikaltimą, būsimą elgesį. Prognozės skiriasi tiek savo prognozuojamo reiškinių sudėtingumu, kompleksiskumu, tiek galimų pasekmių sunkumu visuomenei ir atskiram jos nariui. Nekyla abejonių, jog specialistui prognozuojant būsimą smurtinį bei nusikalstamą elgesį ir priimant vieną ar kitą sprendimą tenka dalis atsakomybės už būsimas to sprendimo pasekmes. Nors visos prognozės yra tikimybinio pobūdžio, tačiau reikia nepamiršti, jog nuo šių prognozių tikslumo, gali priklausyti kai kurių žmonių likimai. Tai gi kyla klausimas, kuo mes remiamės priimdami smurto ir pakartotinio nusikalstamumo vertinimo sprendimus: ar pasitikime savo kaip patyrusio klinicisto nuomone, nuojauta, kuri remiasi subjektyvia patirtimi ir žiniomis, o gal ieškome apibrėžtų taisyklių ir matematinių algoritmų, kurie padėtų nesuklysti priimant šį nelengvą sprendimą.

Smurto vertinimo tradicija Vakarų Europos ir Šiaurės Amerikos šalių teismo psichologijos moksliniuose tyimuose ir klinikinėje praktikoje skaičiuoja jau ne pirmą dešimtmetį: yra patirtis, yra tradicijos, yra poreikis. Mūsų šalyje smurto ir pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo moksliniai tyrimai, o ypač praktika žengia pirmuosius žingsnius. HCR-20 metodikos vertimas ir pritaikymas Lietuvos teismo psichiatrijos ir pataisos įstaigų praktikai yra reikšmingas žingsnis pirmyn šioje srityje.

Šis darbas skiriamas įvertinti Kanados mokslininkų sukurtos HCR-20 metodikos, skirtos smurto rizikos vertinimui, prognostinį validumą Lietuvos pataisos įstaigų nuteistųjų populiacijoje. HCR-20 Lietuvos teismo psichiatrijos praktikoje atsirado 2007 metais kaip nevyriausybinės organizacijos „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ projekto dalis ir tai yra vienas pirmųjų tyrimų Lietuvoje naudojant šią metodiką. Šio darbo pagrindinis tikslas yra įvertinti, ar HCR-20 metodika galima patikimai ir validžiai prognozuoti būsimą nusikalstamą elgesį. Galėdami teigti, jog HCR-20 metodika galima pakartotinį nusikalstamumą prognozuoti tiksliau nei tikimybė, suteiktume galimybę pataisos bei teismo psichiatrijos įstaigose dirbantiems specialistams labiau pagrįstai priimti prognostinius būsimo smurto ar nusikalstamo elgesio sprendimus, o tuo pačiu iš dalies išvengti sunkias pasekmes galinčių sukelti klaidų.

1. PAKARTOTINIO NUSIKALSTAMUMO RIZIKOS VERTINIMO PROBLEMOS ANALIZĖ

1.1. Rizikos vertinimo samprata ir pagrindinės sąvokos

Pastarąjį dešimtmetį vyko didžiulis kriminalinės rizikos vertinimo progresas. Literatūroje teigiama (Heilbrun, 2003), jog šio progreso pavyzdžiais galima laikyti pagerėjusias galimybes tiksliau identifikuoti aukštos smurto rizikos asmenis įvairiose populiacijose. Daugėjo mokslinių duomenų apie rizikos vertinimo ypatumus skirtingose populiacijose: suaugusiųjų asmenų sergančių sunkiais psichikos sutrikimais, nuteistųjų, įstatymų pažeidėjų su psichikos sutrikimais bei seksualinių nusikaltėlių. Naujos žinios apie rizikos vertinimo galimybes ir ypatumus pasitarnavo tiek praktiniams šios srities poreikiams tenkinti, tiek smurto rizikos vertinimo koncepciniams pokyčiams atsirasti.

Kai kurie autoriai pastebi (Hanson, 2009), kad nusikalstamo elgesio bei smurto rizikos vertinimas skiriasi nuo kitų psichologinio vertinimo sričių, nes tirama problema nėra tiesiogiai stebima. Rizikos vertinimas yra tikimybinis būsimo įvykio numatymas remiantis antriniais kintamaisiais. M. Philipse (2005) rizikos vertinimą apibrėžia kaip tikimybę, jog tam tikras, nepageidaujamas įvykis atsitiks ateityje, konstatavimą. S. Hart (2008) teigimu, kriminalinės rizikos vertinimas tai procesas, kurio metu nustatomi rizikos bei apsauginiai faktoriai. Rizikos vertinimo terminas gali būti suvokiamas siaurąja arba plačiąja prasme. Literatūroje teigiama (Heilbrun, 2003), kad siaurąja prasme rizikos vertinimas apima būsimo smurtinio elgesio prognozavimą ir tų prognozių tikslumą. Plačiąja prasme rizikos vertinimas suvokiamas apimant ne tik būsimo smurto prognozavimo sampratą, bet ir rizikos valdymą, sprendimų priėmimą, rizikos komunikavimą (Heilbrun, 2003).

Rizikos valdymas - tai intervencijų, siekiant sumažinti smurtinio elgesio tikimybę, numatymas bei atlikimas. Rizikos sprendimų priėmimas yra susijęs su ankstesniais rizikos vertinimo etapais ir apima išvadų bei pasekmių numatymą. Rizikos komunikacija yra susijusi su viso rizikos vertinimo proceso, jo išdavų apibendrinimu (Heilbrun, 2003). Nesvarbu kaip yra suvokiamas rizikos vertinimas, siaurąja ar plačiąja prasme, tačiau svarbu atsižvelgti į šių keturių rizikos vertinimo sričių tarpusavio sąsajas. Rizikos vertinimo problematiką tyrinėjantys autoriai (Hart, 2008) pabrėžia, jog rizikos vertinimas ir rizikos valdymas yra šiuolaikinių baudžiamosios justicijos ir visuomenės sveikatos sistemų reagavimo į smurtą būtinos dalys. Literatūroje pažymima, kad prognozavimas pasižymi tikimybinio pobūdžiu, t.y. yra tik tikimybė, šansas, kad prognozuojamas įvykis atsitiks, taigi ir tokio reiškinio prognozė pasižymi neaiškumu bei abejone (Hart, 2008).

Kaip teigiama literatūroje (Čėsniėnė, 2007), pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimas yra toks procesas, kurio metu tiriama naujo nusikaltimo pasireiškimo tikimybė bei galimybė šią tikimybę sumažinti. Būtent šiuo aspektu, šiame darbe bus vartojama pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo sąvoka.

Vienas iš šiame darbe nagrinėjamų reiškinių yra smurtas, kuris yra kompleksinis fenomenas. Pasaulio Sveikatos organizacija (PSO) smurtą apibrėžia kaip sąmoningą fizinės jėgos ar galios panaudojimą prieš save ar kitus asmenis, o taip pat asmenų grupes ir bendruomenes, kuris sukelia ar gali sukelti sužalojimus, mirtį, psichologinę žalą, raidos sutrikimus ar problemas (pgl. Tikkanen, 2009). PSO naudojamas terminas apima tiek naudojamą smurtą, tiek grasinimus jį panaudoti. Remiantis D. Webster ir kt. (2007), smurtas vadinamas „žala asmeniui ar asmenims (padaryta, ketinama padaryti ar grasinama padaryti)“ (p.21). Kiti šaltiniai (The Cambridge Dictionary of Psychology, 2009) smurtą apibrėžia kaip fizinius veiksmus, kurie yra nukreipti prieš auką, ir kuriais tyčia siekiama sukelti žalą.

Šio darbo kontekste reikšmingas nusikaltimo ir smurtinio nusikaltimo apibrėžimas. Nusikaltimas yra pavojinga ir įstatymais uždrausta veika (veikimas arba neveikimas), už kurią numatyta laisvės atėmimo bausmė (Žukauskienė, 2006). Daroma prielaida, jog pagrindiniai nusikaltimo požymiai yra baudžiamumas ir pavojingumas. Pagal nusikaltimo pobūdį skiriami turtiniai nusikaltimai, smurtiniai nusikaltimai ir kt. Smurtiniai nusikaltimai – tai Baudžiamajame kodekse numatyto apysunkio, sunkaus arba labai sunkaus nusikaltimo požymių turinti pavojinga veika, kuria buvo tyčia atimta nukentėjusiojo asmens gyvybė arba sunkiai arba nesunkiai sutrikdyta jo sveikata (Žukauskienė, 2006). Autorė teigia, jog smurtas reiškia valingą fizinės žalos padarymą, o kriminalinis smurtas yra neteisėtas jėgos naudojimas. Jis apima kriminalines žmogžudystes, užpuolimus, apiplėšimus, išprievartavimą ir kitokią seksualinę prievartą.

1.2. Rizikos vertinimo istorinė apžvalga

Įvairios visuomenės visais laikais turėjo savo metodus, kaip nustatyti individus, kurie kelia pavojų konkrečios bendruomenės elgesio normoms ir kaip apriboti jiems galimybę pažeidinėti šias normas (Conroy & Murrie, 2007).

Kriminalinės rizikos tyrimų užuomazgos siejamos su devynioliktoju amžiumi ir Cesare Lambroso vardu, kuris atstovaudamas pozityvistiniai kriminologijos srovei išvystė atavizmų teoriją. Mokslininko, kuris save laikė kriminaliniu antropologu ir išleido knygą „*L'Uomo Delinquente*“ („Nusikaltėlis“) teigimu, smurtiniai nusikaltėliai yra tarsi atskiras žmonių tipas, kuris užima tarpinę

poziciją tarp šiuolaikinio žmogaus (*homo sapiens*) ir jo protėvių. C. Lambroso, apibendrinęs savo mokslinius tyrinėjimus, padarė išvadą, jog nusikaltėlių (*homo delinquens*), skiria eilę fizinių ypatumų, pavyzdžiui, kaukolės asimetrija, didelės ausys, mongoloidinio tipo akių plyšys ir kt. (Bartol, 2002; Conroy & Murrie, 2007).

XX a. pirmoje pusėje imta ieškoti medicininio nusikalstamo elgesio paaiškinimo. 1936 m. dr. James Pritchard pavartojo moralinio pamišimo (angl. *moral insanity*) terminą, kuriuo apibūdino iš esmės gerai funkcionuojančius asmenis su neišvystyta sąžine. Panašiu metu buvo išleista Harvey Cleckley knyga „Pamišimo kaukė“ („*The Mask of Sanity*“), kurioje jis aprašė asmenis vadinamus psichopatais. Autoriaus teigimu, nežiūrint į tai, kad šie asmenys pasižymi normaliu intelektu ir nėra psichotiški, jiems trūksta empatijos kitų atžvilgiu ir gailėjimosi už žalingą elgesį.

Buvo manoma, jog pavojingiems asmenims galima taikyti reabilitaciją, tačiau iškilo problema: nebuvo galimybės numatyti, kokiam laikotarpiui tokį asmenį gydyti, nebuvo galima numatyti tikslių gydymo terminų. Šis „reabilitacijos/apribojimo“ modelis dominavo iki XX a. 7-ojo dešimtmečio pradžios. Tuo metu imta vis labiau nusivilti medicininiais smurto įveikimo modeliu dėl jo neefektyvumo. Žymią įtaką tokiam požiūriui susiformuoti turėjo tuo metu kilęs antipsichiatrinis judėjimas (Bartol, 2002; Conroy & Murrie, 2007; Heilbrun et al., 2004).

Kaip pažymima literatūroje (Philipse, 2005), nors šiuo metu plačiai paplitęs rizikos vertinimo terminas, tačiau istoriškai būsimo smurto prognozavimas buvo vadinamas įvairiai. Autoriaus teigimu, terminologijos pokyčiai atspindėjo didėjančią šios srities mokslinių tyrimų bagažą. Pažymima, jog iki XX a. 10-ojo dešimtmečio mokslinėje kalboje dominavo „pavojingumo“ (angl. *dangerousness*) terminas. Šie, vadinamieji pirmosios kartos tyrimai pasižymėjo nedideliu tikslumu (Nichols, 1997).

Literatūroje teigiama (Hanson, 2009), jog iki praėjusio amžiaus devintojo dešimtmečio galimybės įvertinti pavojingumą buvo vertinamos pesimistiškai. Vertinant pavojingą elgesį buvo remiamasi nestruktūruotais klinikiniais metodais, klinicistai dažniau klydavo nei būdavo teisūs. Hanson (2009) manymu, nestruktūruoti klinikiniai kriminalinės rizikos vertinimai galėjo iš dalies diferencijuoti pavojingiausius asmenis nuo mažiau pavojingų, tačiau pasižymėjo reiškiniu hiperdiagnozavimu. Literatūroje teigiama (Nichols, 1997), jog tuo metu pavojingumo tyrimų tikslumas sudarė vos 30 %, t.y. iš trijų asmenų, įvertintų kaip keliančių smurto riziką, tik vienas asmuo atlikdavo smurtinį veiksma. Tie patys kintamieji, tokie kaip amžius, lytis, socialinis statusas, ankstesnio smurto istorija, buvo naudomasi tiek psichiškai sveikų, tiek asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, smurto prognozavimui. M. W. G. Philipse (2005) teigimu, pats pavojingumo terminas buvo sunkiai apibrėžiamas ir dėl to moksliniuose tyrimuose jis nustotas vartoti. Nežiūrint į tai pavojingumo vertinimas lieka aktualus klinikiniuose bei teisminiuose tyrimuose.

Koncepciniai rizikos vertinimo pokyčiai siejami su J. Monahan 1981 m. išleista monografija „Smurtinio elgesio prognozavimas“ („*The prediction of violent behavior*“). Šioje monografijoje autorius apžvelgė studijas, kuriose vienokiu ar kitokiu būdu buvo bandoma prognozuoti būsimą smurtinį elgesį. Kaip pažymima literatūroje (Philipse, 2005), ima formotis naujas požiūris, kuris tampa dominuojančiu ateinančiais dešimtmečiais, ir kuris pabrėžia smurtinio elgesio numatymo, prognozavimo galimybes ir svarbą. Tai – antrosios kartos tyrimai.

Literatūroje teigiama (Nichols, 1997), jog antrosios kartos tyrimuose pastebimai pagerėjo tyrimų metodologija bei gautų duomenų patikimumas. Kai kurių autorių manymu, (Borum 1996, pgl. Nichols, 1997), šiuo metu tyrėjai turi galimybę bent jau vidutiniškai prognozuoti būsimus smurto atvejus su didesne nei spėjimas tikimybe.

1.3. Pakartotinio nusikalstamumo rizikos veiksniai

Rizikos pakartotinai nusikalsti, ar atlikti smurtinius veiksmus, veiksniai, yra skirstomi į statinius (pastovius, istorinius) ir dinامينius (besikeičiančius) (Eccleston & Ward, 2004). Statiniai rizikos veiksniai yra susiję su praeities įvykiais, pavyzdžiui, elgesio problemos vaikystėje, kriminalinė tėvų praeitis, piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis praeityje ir pan. Statiniai rizikos veiksniai, gali rodyti deviantinę raidos trajektoriją ir polinkį į smurtą bei nusikalstamą elgesį.

Dinaminiai rizikos veiksniai atspindi kontekstinius, situacinius ir laikinus kriminogeninius poreikius, kurie susiformuoja prieš nusikaltimą. Dažnai dinaminiai rizikos veiksniai yra susiję su asmens sunkumais tarpasmeniniuose santykiuose, socialinės paramos tinklo ypatumais, sunkumais surandant ir išlaikant legalų darbą, finansinėmis problemomis, narkotinių medžiagų vartojimu, kriminogeniniais poreikiais, o taip pat santykiais su kriminalinių nuostatų ir elgesio asmenimis. Kai kurie autoriai (Grubin, 2006) išskiria stabilius dinامينius ir ūmius, arba greitai kintančius (angl. *acute*), dinامينius rizikos veiksnis.

Stabilūs dinaminiai rizikos veiksniai atspindi žmogaus asmenines savybes, jo nuostatas, įsitikinimus, reagavimo būdus ir kitus kintamuosius, kurie apibūdina individą ir jo funkcionavimo ypatumus. Kai kurie autoriai (Čėsniėnė, 2007) teigia, jog šioms rizikos veiksniams yra priskirtini seksualiniai pomėgiai, iškreiptas mąstymas, alkoholizmas. Pasak autorės, stabilūs dinaminiai veiksniai gali tęstis keletą mėnesių ar metų. Ūmūs dinaminiai rizikos veiksniai yra greičiau besikeičiantys ir daugiau priklausomi nuo aplinkybių, būsenų, elgesio nei stabilesnių psichologinių charakteristikų. Kai kurie autoriai (Grubin, 2006; Rich, 2009; Čėsniėnė, 2007) prie šių veiksmų priskiria įvairias intoksikacijas, nuotaikos foną bei nusikalsti linkusio asmens elgesį ieškant kontakto su galimomis

aukomis. Literatūroje pažymima (Čėsniėnė, 2007), jog greitai kintantys veiksniai gali trukti keletą minučių ar dienų. Atsižvelgiant į šį rizikos veiksnių skirstymą, konkretus rizikos laipsnis apibūdinamas kaip statinių rizikos veiksnių, bei stabilių ir ūmių dinaminių rizikos veiksnių suma (Grubin, 2006).

Literatūroje teigiama (Eccleston & Ward, 2004), jog statiniai rizikos veiksniai yra daug tyrinėti bei sulaukę reikšmingo mokslinio pagrindimo. Tačiau požiūris, kuris remiasi vien statinių rizikos veiksnių akcentavimu, yra kritikuotinas. Eccleston ir Ward (2004) teigimu, smurtiniam ir kitokiam nusikalstamam elgesiui pasireikšti didelę reikšmę turi ne tik praities įvykiai, bet ir beisikeičiantys veiksniai, o taip pat teigiama, jog statiniai rizikos veiksniai turi nedidelę prognostinę vertę juos naudojant izoliuotai nuo kitų rizikos veiksnių. Kiti autoriai pažymi, jog statiniai - istoriniai rizikos veiksniai yra reikšmingi bei naudingi siekiant įvertinti tiek smurtinį elgesį, tiek pakartotinio nusikalstamumo tikimybę, o taip pat siekiant suvokti tokio elgesio ištakas (Eccleston & Ward, 2004).

Literatūroje skiriami įvairūs pakartotinio nusikalstamumo ir smurtinio elgesio rizikos veiksniai. Dažnai skirtingi rizikos veiksniai ir jų kombinacijos išskiriami priklausomai nuo nusikaltimų pobūdžio, pavyzdžiui, atskirai gali būti išskiriami seksualinių nusikaltimų rizikos veiksniai ar rizikos veiksniai, priklausantys nuo nusikalstamo elgesio subjekto ypatumų (amžiaus, psichikos sutrikimų ir pan.) (Heilbrun, 2009).

J. Bonta, K. Hanson ir M. Law (1998), atlikę metanalitinę pakartotinio nusikalstamumo ir smurtinio nusikalstamumo rizikos veiksnių studiją, teigia, jog turinčių psichikos sutrikimų asmenų ir sveikų padariusių nusikaltimus asmenų rizikos veiksniai yra beveik identiški. Autoriai teigia, jog prognostiškai vertingiausi yra kintamieji apimantys subjekto kriminalinio elgesio istoriją. Autorių teigimu, kriminalinės istorijos kintamieji ilgą laiką buvo vertinami kaip svarbūs recidyvizmo rizikos veiksniai ir yra naudojami vertinant riziką nuo 1928 m. (Burgess, 1968 pgl. Bonta et al., 1998). Autoriai pastebi, jog kriminalinės istorijos kintamieji yra stiprūs bendrojo recidyvizmo rizikos veiksniai, tačiau jie silpniau prognozuoja smurtinį recidyvizmą.

Kitas svarbus rizikos faktorius apima kintamuosius susijusius su delinkventiniu elgesiu jauname amžiuje. Kaip teigia autoriai, šis faktorius yra svarbus tiek bendrojo, tiek smurtinio recidyvizmo atveju. J. Bonta ir kt. (1998) pažymi, jog vienas svarbiausių klinikinių rizikos faktorių yra asociali asmenybė, tačiau kiti klinikiniai faktoriai (kliesėsiai, haliucinacijos ir kt.) yra menkai relevantiški atliekant ilgalaikio recidyvizmo vertinimą. J. Bonta su bendraautoriais (1998) pažymi, jog daugelis klinikinių rizikos veiksnių yra arba inversiška susiję su kriminaliniu recidyvizmu, arba su juo iš viso nesusiję. Autorių teigimu (Bonta et al., 1998) galima priežastis, kodėl šie kintamieji tyrimuose nepasižymi prognostine verte yra jų epizodinis pobūdis. Kaip pavyzdys pateikiamas pakaltinamumo kintamasis. Teigiama, jog jei pripažintas nepakaltinamu ir gydomas asmuo pasveiksta, arba simptomai

dingsta dėl remisijos, tai kriminalinį elgesį provokuojanti būklė išnyksta ir asmuo grįžta prie įprasto savo gyvenimo. J. Bonta su bendradarbiais (1998) savo metanalizėje nustatė, jog tokie kintamieji kaip lytis, smurto istorija, narkotinių medžiagų vartojimas nėra susijęs su smurtiniu recidyvizmu, tačiau šie kintamieji yra susiję su bendrojo recidyvizmo prognozavimu.

Apibendrinant galima teigti, jog skirtingi autoriai išskiria įvairius recidyvizmo rizikos veiksnius, tačiau atlikti tyrimai labiausiai pabrėžia objektyvaus rizikos įvertinimo svarbą prognozuojant tiek bendrąjį tiek smurtinį recidyvizmą. Taip pat pabrėžiami tokie kintamieji kaip suaugusiojo asmens kriminalinė istorija, delinkventiško elgesio istorija, prisitaikymo institucijoje istorija, hospitalizavimų istorija. Kai kurie klinikiniai veiksniai (psichozė, nepakaltinamumas) nepakankamai gerai prognozavo recidyvizmą.

1.4. Pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo būdai

Daugelis autorių, nagrinėjančių smurto bei pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo problematiką, išskiria du pagrindinius būdus skirtus rizikos vertinimui – klinikinį ir statistinį (Čėsniene, 2007; Dempster, 2004; Hart, 2008; Philipse, 2005; Ustinavičiūtė ir kt., 2009). Literatūroje pažymima, jog šie terminai nurodo, koku būdu yra renkama bei gretinama informacija, kuria remiantis yra daroma galutinė išvada apie konkretaus asmens smurto ar pakartotinio nusikalstamumo riziką (Hart, 2008). Klinikinis modelis yra diagnostinis ir remiasi praktikuojančių profesionalų sprendimais, o statistinis - remiasi nepalankaus įvykio atsiradimo tikimybės apskaičiavimu (Ustinavičiūtė ir kt., 2009).

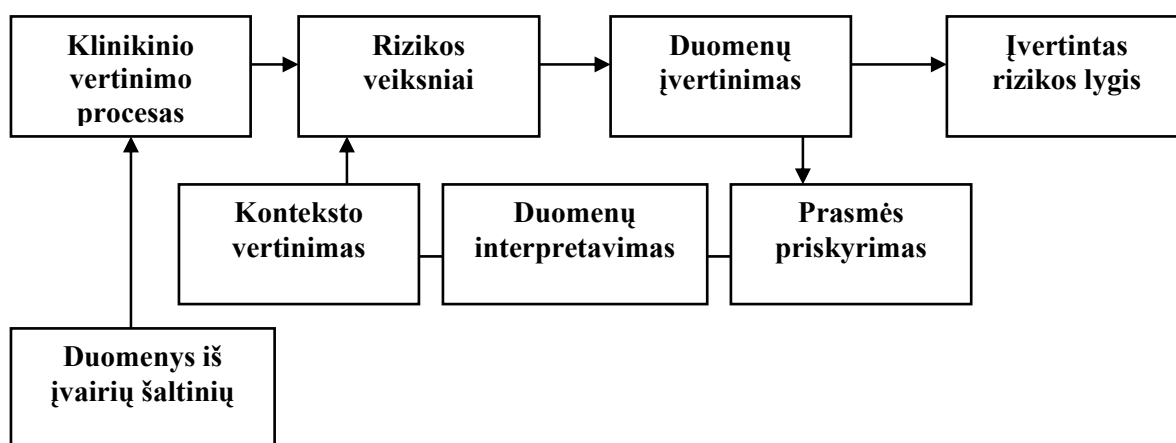
1.4.1. Klinikinis rizikos vertinimo būdas

Kaip teigiama literatūroje (Hart, 2008), klinikinį pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo metodą galima skirstyti dar bent į tris procedūras. Pirmąją galima vadinti nestruktūruotu specialisto (klinikiniu) vertinimu (angl. *unstructured professional judgement*). Kai kurie autoriai teigia, jog šio rizikos vertinimo atveju pagrindinis įvertinime naudojamas instrumentas yra pats vertintojas (Philipse, 2005).

Ši sprendimo priėmimo procedūra pasižymi savo „intuityvumu“ bei „ekspertiniu“ pobūdžiu. Teigiama, jog atliekant šį vertinimą klinicistas naudoja stebėjimą, intuiciją, informaciją iš kitų specialistų, informaciją iš kliento, darbo patirtį bei žinias apie žmogaus elgesį bei integravęs visą šią informaciją priima sprendimą apie rizikos laipsnį (Philipse, 2005). Istoriskai ši rizikos vertinimo

procedūra buvo plačiai naudojama dėl savo ekonomiško tiek resursų, tiek ir laiko sąnaudų atžvilgiu. Klinikinio rizikos vertinimo atveju (1 pav.), sprendimo priėmėjas integruoja jam prieinamus duomenis neformalizuotais, subjektyviais metodais. Klinikinės prognozės yra išskirtinai vertintojo diskrecijoje ir remiasi asmeniniu klinicisto vertinimu. Kai kurie autoriai teigia (Dempster, 2004), jog šio metodo stiprioji pusė yra laisvė, kuria disponuoja vertintojas įtraukdamas informaciją į rizikos vertinimą. Tačiau toks požiūris yra plačiai kritikuojamas kai kurių specialistų. Nustatytų taisyklių nebuvimas leidžia vertintojui pačiam spręsti kokią informaciją įtraukti į vertinimą ir kaip ją integruoti. Eksplicitinių vertinimo taisyklių nebuvimas, mažina tokio metodo suderinamumą tarp vertintojų, o kartu ir jo validumą, taip pat, daro jį itin pažeidžiamu dėl žmogiškojo faktoriaus klaidų (Dempster, 2004; Hart, 2008).

Kai kurie autoriai įvardija, jog vienas iš galimų klaidų šaltinių yra tai, ką psichoanalitiškai orientuoti psichologai vadina „kontrperkėlimu“: vertintojas nesąmoningai projektuoja savo paties emocines reakcijas bei asociacijas į tiriamąjį ir šiomis projekcijomis remiasi priimdamas sprendimą (Philipse, 2005). Pažymima, jog klinicistų atliekamas vertinimas nėra patikimesi nei paprastas istorinių duomenų pagrindu sudaryto klausimyno metodu atliktas vertinimas.



1 pav. *Klinikinis rizikos vertinimo modelis (Rich, 2009)*

S. Hart (2008) teigimu, prie klinikinių rizikos vertinimo metodų galima priskirti anamnestinį vertinimo būdą (angl. *anamnestic risk assessment*). Ši procedūra leidžia minimalią vertinimo struktūrą, nes vertintojas turi nustatyti asmeninius bei situacinius faktorius, kurie lėmė smurto pasireiškimą. Literatūroje teigiama (Heilbrun, 2009; Pinals et al., 2009), jog šiame metode, vertintojas detaliai analizuodamas asmens smurtinio elgesio praeitį turi identifikuoti smurtinio elgesio rizikos faktorius. Klinicistai stengiasi identifikuoti smurtinio elgesio formas bei unikalius, tik tam asmeniui būdingus

smurtinio elgesio faktorius. Analizuodami praėjusių smurtinių aktų istoriją kliniciškai įvertina ar yra pasikartojančių smurtinio elgesio šablonų susijusių su aukomis ar situacijomis, kuriose pasireiškė agresija. Naudojant šį metodą keliama prielaida, kad asmens smurtinį elgesį lėmė įvairių įvykių ir aplinkybių grandinė. Specialisto tikslas yra suprasti ryšius tarp šių įvykių bei pasiūlyti būdus, kaip nutraukti smurto grandinę. Tačiau šio būdo nauda ir naudojimo tikslingumas yra menkai paremti empiriniais duomenimis. Šio būdo teorinis pagrindas preziumuoja, kad smurtinio elgesio istorija kartosis, o tuo pačiu ignoruoja kitas galimas smurtinio elgesio pasireiškimo trajektorijas.

Trečioji literatūroje išskiriama klinikinio rizikos vertinimo procedūra yra struktūruotas specialisto (klinikinis) vertinimas (angl. *structured professional judgement*). S. Hart (2008) teigimu, ši procedūra pasižymi tuo, jog jungia savyje mokslines žinias apie tiriamą reiškinį ir profesionalią praktiką. Klinikinio struktūruoto vertinimo atveju sprendimas priimamas vadovaujantis specialiomis gairėmis. Šios gairės, kartais vadinamos klinikinėmis gairėmis ar klinikinės praktikos parametrais, dažnai naudojamos medicinoje, tačiau rečiau psichologiniame įvertinime (Hanson, 2009; Hart, 2008). Šiomis gairėmis yra apibrėžiama rizikos samprata, tyrėjo kvalifikaciniai reikalavimai, informacija, kuri turi būti įtraukta rizikos vertinimo metu bei jos gavimo tvarka, išskiriama eilė pagrindinių rizikos faktorių atsižvelgiant tiek į mokslinę, tiek į profesinę literatūrą. Kaip teigiama literatūroje (Hanson, 2009) klinikinis struktūruotas metodas yra labiausiai paplitęs rizikos vertinimo būdas tarp teisės psichologų, atliekančių smurto ar pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimą.

Panašiai kaip ir nestruktūruoto klinikinio vertinimo atveju, didelė dalis diskrecijos čia priklauso vertintojui. Literatūroje pažymima (Dempster, 2004), jog vertintojo svarba išauga, nes naudojama struktūra yra minimali, nėra tiksliai apibrėžtas kiekvieno iš faktorių svoris, nėra griežtai apibrėžtų eksplisitinių duomenų integravimo metodų, tačiau skirtingai nuo nestruktūruoto klinikinio vertinimo šis yra sistematizuotas, o faktoriai yra eksplisitiniai. Šiuose methoduose rizika dažniausiai įvardijama kaip „žema“, „vidutinė“ ar „aukšta“, tačiau nebandoma nusakyti taisyklių, kaip šie rizikos lygiai turėtų būti siejami su rizikos vertinimo metu gautais balais.

Mokslininkų nuomone (Dempster, 2004; Hart, 2008; Philipse, 2005; Hanson, 2009), struktūruotų klinikinų metodų privalumas yra jų taikymo lankstumas ir geros pritaikymo skirtingiems atvejams (byloms) bei kontekstams galimybės. Šie metodai yra ideografiniai, nes kalba apie individo, o ne grupės, kuriai jis priklauso vertinimą. Taip pat šie metodai vertingi, nes padeda surinkti informaciją vėliau naudojamą priimant rizikos valdymo sprendimus, atliekant intervencijas.

Literatūroje įvardijama visa eilė struktūruotų klinikinų rizikos vertinimo metodų, kurie pastaruoju metu imti vis plačiau naudoti tiek moksliniuose rizikos vertinimo tyrimuose, tiek diegiami į teisės psichologijos praktiką (Philipse, 2005). Galima paminėti tokius metodus kaip HCR-20 (Webster

et al., 2007), skirtą smurto rizikos vertinimui; SVR-20 („*Sexual Violence Risk-20*“ – Seksualinio smurto rizika - 20), skirtą seksualinio smurto rizikos vertinimui; SARA („*Spousal Assault Risk Assessment Guide*“ – Prievartos tarp sutuoktinių rizikos įvertinimo vadovas), skirtą smurto rizikos vertinimui namų aplinkoje tarp partnerių. Pastaruoju metu pasirodo pusiau struktūruotų metodikų versijų, skirtų vertinti jaunuolių kriminalinę riziką, pvz., SAVRY („*Structured Assessment of Violence Risk in Youth*“ – Struktūruotas jaunuolių smurto rizikos vertinimas) ar EARL-20B („*Early Assessment Risk List for Boys*“ – Berniukų akstyvosios rizikos įvertinimo sąrašas) ir kt.

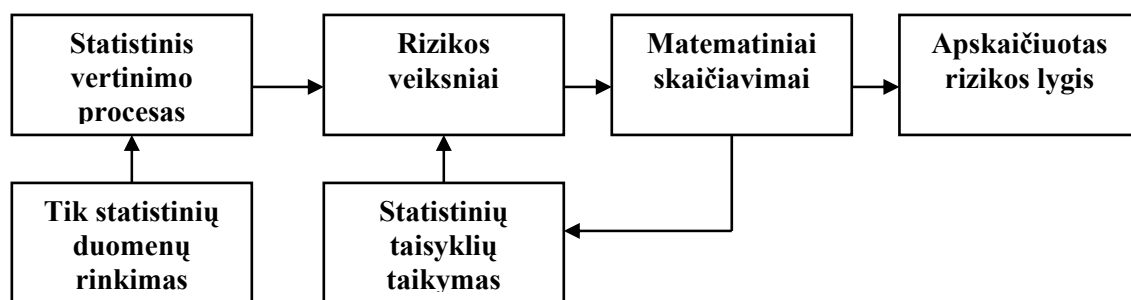
Struktūruotos rizikos vertinimo gairės leidžia priimti patikimesnius bei skaidresnius sprendimus. Kaip teigiama literatūroje (Hart, 2008), toks vertinimo būdas reikalauja daugiau laiko, pastangų bei resursų norint jį tinkamai parengti bei įdiegti į praktiką. Tačiau nesant aiškiai apibrėžtų sprendimo priėmimo taisyklių, šie metodai palieka erdvės žmogiškojo faktoriaus klaidos galimybei. Kai kurie specialistai kritikuoja šią procedūrą, nes jų teigimu, dėl savo tarpinės padėties tarp nestruktūruoto klinikinio vertinimo ir statistinių rizikos vertinimo būdų, jai nebūdingi šių procedūrų privalumai, t.y. intuityvus klinikinis vertinimas iš vienos pusės ir statistinių procedūrų aiškumas iš kitos. Tačiau R. J. Dempster (2004) teigia, jog šie metodai kaip tik užpildo kitiems rizikos vertinimo būdams būdingas spragas bei trūkumus. Jie yra patikimesni nei nestruktūruoti klinikiniai vertinimai ir pasižymi geresnėmis generalizavimo galimybėmis nei statistiniai metodai. Daugėja empirinių duomenų (Hart, 2008), leidžiančių teigti, jog struktūruotas klinikinis rizikos vertinimo būdas yra patikimas ir validus.

1.4.2. Statistinis rizikos vertinimo būdas

S. D. Hart (2008) skiria du statistinius rizikos vertinimo būdo variantus. Pasak autoriaus, šiam tikslui gali tarnauti psichologiniai testai. Šio būdo privalumas yra aiškumas ir galimybės nesunkiai pritaikyti praktikoje. Jis turi ir trūkumų, nes psichikos sveikatos specialistas taikantis šį būdą turi spręsti, kokius testus panaudoti, taip pat reikalingas specialus bazinis specialisto pasirengimas administruojant testus. Dar vienas šio metodo trūkumas yra tai, jog vienas testas duoda nedaug informacijos apie asmenį, nesudaro galimybės atlikti visapusišką jo įvertinimą, o tai duoda ribotą galimybę numatyti geriausią rizikos valdymo strategiją ir taktiką.

Kitas statistinis rizikos vertinimo būdas orientuojasi išskirtinai į būsimo elgesio prognozavimą ir remiasi statistiniais rizikos vertinimo instrumentais (Dempster, 2004; Hart, 2008). Dažniausiai šie instrumentai pasižymi tikslumu, galimybe numatyti specifines pasekmes specifinėse populiacijose, tam tikru laiko periodu. Statistinių rizikos vertinimo skalių kintamieji gali būti parinkti racionaliai, atsižvelgiant arba į teorines prielaidas ar praktiką, arba empiriškai – įvertinus kintamųjų tarpusavio

sąsajas su smurtinėmis pasekmėmis, metodikos konstravimo metu. Kai kurie autoriai šį metodą apibūdina kaip formalų „mechaninį ir algoritminį“ metodą (Grove & Meehl, 1996, p. 294, cit. pgl. Pinals, 2009). Kaip teigiama literatūroje (Ustinavičiūtė ir kt., 2009; Philipse, 2005), statistiniai rizikos vertinimo būdai susiformavo kaip draudimo industrijos pastangos ir bandymai maksimaliai padidinti kokio nors nepalankaus įvykio atsiradimo tikimybės skaičiavimo tikslumą. M. W. G. Philipse (2005) statistinį rizikos vertinimo būdą apibrėžia kaip fiksuoto rizikos faktorių skaičiaus naudojimą, kurių vertinime yra taikomos fiksuotos taisyklės, o po to apskaičiuojami panaudojant matematinį algoritmą ir tokiu būnu gaunant galutinį rizikos vertinimą (2 pav.)



2 pav. *Statistinis rizikos vertinimo proceso modelis (Rich, 2009)*

Literatūroje teigiama (Dempster, 2004), jog statistinis rizikos vertinimo būdas išsiskiria numatytais ir apibrėžtais sprendimo priėmimo kriterijais. Statistiniame rizikos vertinimo būde nenaudojamas ekspertinis vertinimas. Duomenys yra integruojami atsižvelgiant į eksplcitines, apibrėžtas taisykles, kurios yra taikomos visais atvejais. Pagrindinis statistinių metodų pranašumas prieš klinikinius yra jų didesnis patikimumas ir valdumas, jiems būdingas didesnis suderinamumas tarp vertintojų. Yra eilė statistinių rizikos vertinimo metodų, tokių kaip VRAG (angl. „*Violence Risk Appraisal Guide*“ – Smurto rizikos vertinimo vadovas), RASOR (angl. „*Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism*“ - Greitas seksualinio nusikaltėlio recidyvizmo rizikos įvertinimas), SORAG (angl. „*Sex Offender Risk Appraisal Guide*“ - Seksualinio nusikaltėlio rizikos vertinimo vadovas) ir kt.

Nežiūrint į privalumus, kurie būdingi statistiniam rizikos vertinimo metodui, jis turi trūkumų. Statistiniai rizikos vertinimo metodai ignoruoja individualias rizikos variacijas, pernelyg daug svorio suteikia statiniams rizikos faktoriams, neišskiria kliniškai vertingiausių kintamųjų bei ignoruoja profesionalų vertinimą (Hart, 2008; Dempster, 2004). Šie metodai taip pat sulaukia kritikos dėl

naudojamų statistinių normų, kurios remiasi grupių tyrimais. Vertintojas ne visada gali būti tikras, kiek jo vertinamas asmuo yra panašus į grupės, kuria remiantis sudarytos normos, narius. Atsižvelgiant vien į statistines procedūras ir nustatą rizikos faktorių skaičių, rizikuojama praleisti į metodiką neįtrauktus, tačiau relevantiškus ir svarbius kintamuosius, kurie gali turėti įtakos rizikos vertinimui. Taip pat pažymima, jog sukurti šiuos instrumentus, kad jie būtų tinkami patikimai prognozuoti smurtinį recidyvizmą užima itin daug laiko bei resursų (Dempster, 2004; Heilbrun, 2009; Hart, 2008).

Kaip pažymi daugelis autorių (Dempster, 2004; Hart, 2008; Philipse, 2005), šiuo metu praktikoje naudojamos smurto bei recidyvizmo rizikos įvertinamui skirtos metodikos pasižymi rimtais trūkumais. Daugelis šių metodikų visų pirma orientuojasi į neigiamus tiriamojo asmens faktorius, tačiau linkusios ignoruoti apsauginius faktorius. Visapusiškas asmenybės įvertinimas turi būti atliekamas atsižvelgiant į šiuos pozityvius faktorius. Nedaugelis rizikos vertinimo metodų yra siejamos su būsimois intervencijomis, dažniausiai konstatuoja vieno ar kito rizikos faktoriaus buvimą, tačiau neaiškina jų funkcionavimo. Trūksta duomenų vertinančių, kaip rizikos vertinimo metodikos funkcionuoja praktikoje.

1.5. HCR-20

HCR-20 yra instrumentas, kuris potencialiai gali būti naudojamas įvairiose situacijose ir aplinkose, kuriose aktualus smurto ir pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimas. Konceptinė HCR-20 schema apima tiek praeities (istorinius), tiek dabarties (klinikinius), tiek ateities (rizikos valdymo) veiksnius (Andrade et al., 2009; Gray et al., 2008; Hall, 2008; Webster et al., 2007). Pažymėtina, kad šis instrumentas yra vienas labiausiai moksliniuose tyrmuose naudojamų smurto ir pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo metodų (Hall, 2008; Heilbrun, 2009). Kadangi HCR-20 apima ir statinius, ir dinامينius rizikos veiksnius, šios metodikos pagalba galima numatyti galimas rizikos valdymo strategijas (Hall, 2008).

Statinius smurto rizikos veiksnius atspindi istoriniai kintamieji (H1 – H10), o klinikiniai kintamieji (C1- C5) – esamus (kintamus, dinامينius) smurto koreliatus. Galimus ateities rizikos veiksnius atspindi penki rizikos valdymo kintamieji (R1 – R5). Šie kintamieji atkreipia dėmesį į situacinius, po įvertinimo kilsiančius faktorius, kurie gali sustiprinti, arba sumažinti riziką. HCR-20 pavadinimas susijęs su jo subskalių pavadinimais (angl. *historical, clinical, risk management*) ir kintamųjų skaičiumi – 20 (Webster et al., 2007; Haggård-Grann, 2007).

Kaip pažymima literatūroje (Webster et al., 2007), HCR-20 metodika buvo kuriama empiriškai atsižvelgiant į su smurtu susijusius bei mokslinėje literatūroje išskiriamus rizikos faktorius, taip pat ir į nesudėtingą jos praktinį taikymą. Buvo siekiama, kad klinicistai galėtų šį instrumentą ne tik lengvai administruoti, skaičiuoti rezultatus, bet ir tinkamai panaudoti savo klinikinę patirtį. Itin sudėtingos rizikos vertinimo schemas retai prigyja praktikoje, nes specialistai, atliekantys rizikos vertinimą nevisada turi laiko skaičiuoti sudėtingus svertinius koeficientus ir diskriminantines lygtis. Metodikos autorių teigimu, HCR-20 bando apjungti tiek mokslą, tiek praktiką, nes metodika yra nesunkiai pritaikoma, tačiau kartu yra empiriškai pagrįsta ir patikrinama. Anot Webster ir jo kolegų (2007), kuriant metodiką buvo tikimasi, jog ji bus tinkama teisės psichologijos, psichiatrijos ir kitų joms artimų disciplinų specialistams, taip pat priimant sprendimus dėl lygtinio paleidimo iš pataisos institucijų. Pažymima, kad HCR-20 turėtų būti vertinamas kaip patarėjas – atmintinė bei mokslinio tyrimo priemonė. Autorių teigimu, ateityje jie sieks metodiką tobulinti ir ilgainiui paversti standartizuota skale. Pažymima, jog praktikoje reikia taikyti atsargiai, konsultuojantis su autoriais ar kolegomis, turinčiais smurto rizikos vertinimo patirties.

Kaip teigiama literatūroje (Heilbrun, 2009), HCR-20 metodika yra visą dešimtmetį intensyviai empiriškai tiriama Š. Amerikoje ir Europoje. Pradinėje metodikos validavimo stadijoje buvo retrospektyviai nagrinėtos 193 pacientų bylos Kanadoje. Šie asmenys buvo vertinami naudojant HCR-20 ir Hare PCL:SV (Hare psichopatijos klausimyno atrankos versija) metodikas, o po paleidimo iš gydymo įstaigų buvo toliau stebimi vidutiniškai 626 dienas. Tolimesniam šių asmenų stebėjimui buvo naudojami pataisos įstaigų duomenys, kontaktų su teismais, korekcijos įstaigomis duomenys, pakartotinio hospitalizavimo duomenys, teismo medicinos ekspertizių duomenys ir kt. Metodikos validavimo tyrimų rezultatai leido teigti, jog asmenys, kurių smurto rizikos vertinimo galutinis balas buvo didesnis už medianą (19 iš galimų 40 balų), buvo 6-13 kartų labiau linkę kartoti smurtinius veiksmus jų stebėjimo laikotarpiu (Heilbrun, 2009).

Pažymėtina tai, jog nežiūrint į HCR-20 metodikos privalumus, ji turi ir tam tikrų trūkumų (Hall, 2008, Heilbrun, 2009). Nors HCR-20 instrumentas priskiriamas struktūruotų klinikinių metodikų grupei ir pasižymi stipriu ryšiu su smurtinėmis pasekmėmis, tačiau metodika nesuteikia galimybių vertintojui smurto rizikos lygio susieti su kiekybiniu vertinimu. Vertintojas gali priskirti asmenį tam tikram rizikos lygiui atsižvelgdamas į visus HCR-20 kintamuosius, tačiau negali atsakyti į klausimą „kiek daug yra daug“, t.y. jis negali savo tiriamojo palyginti su populiacija, neturi tam normų. Antras literatūroje išskiriamas šio instrumento trūkumas yra jo ribotumas, pritaikant specifinius rizikos valdymo aspektus. Pažymima, kad nežiūrint į tai, jog HCR-20 apima ir rizikos valdymo kintamuosius, tačiau šie yra pernelyg bendro pobūdžio, trūksta specifiskumo, kuris yra reikalingas siekiant gerų

rizikos valdymo rezultatų. Nežiūrint į šiuos instrumentui būdingus trūkumus, HCR-20 neretai įvardijamas kaip vienas daugiausiai žadančių šios srities metodikų (Heilbrun, 2008). Tai atspindi ir mokslinių tyrimų, kuriuose naudojamas HCR-20, gausa.

1.5.1. HCR-20 moksliniai tyrimai

Mokslinių HCR-20 metodikos tyrimų sritis gerokai išsiplėtė ir šiuo metu apima teismo psichiatrijos ir bendrosios psichiatrijos sritis, o taip pat daugėja duomenų apie HCR-20 taikymą pataisos įstaigų kontingentui. Atsiranda nemažai mišraus pobūdžio tyrimų, o taip pat tyrimų, apimančių specifines populiacijas, pavyzdžiui, jaunuolius, sutrikusio intelekto asmenis ir pan. (Webster et al., 2007). HCR-20 taikomuosius tyrimus panagrinėsime plačiau.

1.5.1.1 Teismo psichiatrijos tyrimai

Dažniausiai šio pobūdžio tyrimuose yra vertinamos HCR-20 metodikos smurto prognozavimo galimybės, atsižvelgiant į įvairius teismo psichiatrijos kontingento ypatumus, pvz., sutrikimų pobūdį, jų kompleksiskumą, o taip pat rizikos valdymo pobūdį, pvz., skirtingus teismo psichiatrijos pacientų priežiūros ir gydymo lygius (bendro, sustiprinto ar griežto stebėjimo sąlygomis) (Dernevik et al, 2002; Dolan & Khawaja, 2004).

M. Dernevik, M. Grann ir S. Johansson (2002) tyrė įvairius smurtinius veiksmus atlikusių teismo psichiatrijos pacientų būsimą smurtinį elgesį. Autoriai nagrinėjo įvairių gydymo sąlygų pacientų smurtinio elgesio prognostines galimybes. Pacientų dalyvavusių tyrime metodika gauto vertinimo su smurtiniu elgesio koreliacija siekė 0,32, o prognostinės galimybės - (AUC = 0,68). Tyrimo autorių teigimu, metodika patikimai prognozuoja smurtinį pacientų elgesį bendruomenėje, tačiau mažiau patikimai prognozuoja pacientų, gydomų griežto stebėjimo sąlygomis, smurtą. Tokie rezultatai aiškinami, intensyvesne griežtai saugomų pacientų medicinine priežiūra. Kiti autoriai (Dolan & Khawaja, 2004), tyrę teismo psichiatrijos pacientų smurtinį elgesį, nustatė, jog HCR-20 patikimai prognozuoja smurtinį elgesį, o taip pat galimai prognozuoja būsimą smurtinių pacientų pakartotinį hospitalizavimą.

Literatūroje analizuojančioje teismo psichiatrijos pacientų smurtinį elgesį teigiama (Arbach, Pueyo, 2007), jog bendros HCR-20 skalės ir klinikinės skalės koreliacija su smurtu trumpalaikėje perspektyvoje yra vidutinė ($r = 0,5$) ir kiek mažesnė už vidutinę ilgalaikėje perspektyvoje ($r = 0,4$).

Teigiama, jog stebimi asmenys turintys aukštesnius HCR-20 bendrus balus ir klinikinės bei rizikos valdymo skalių balus yra 3 ar 4 kartus labiau linkę smurtauti nei surenkantys mažesnius balus. Autorių teigimu metodika geriau prognozuoja smurtą trumpalaikėje perspektyvoje. Pažymima, jog metodikos klasifikavimo galia yra vidutinė ar aukštesnė už vidutinę (siekia 75% – 77,5%) ir ji yra tikslesnė už atsitiktinį spėjimą.

Kai kurie autoriai, vertindami HCR-20 prognostines galimybes teismo psichiatrijos aplinkoje, bando nustatyti skirtumus tarp skirtingų lyčių pacientų smurtinio elgesio prognozavimo (de Vogel et al, 2004; Strand & Belfrage, 2001). Autorių teigimu, moterims pacientėms būdingi labai panašūs rizikos faktoriai kaip ir vyrams pacientams. Lyginant vyrus ir moteris teismo psichiatrijos pacientus (Strand & Belfrage, 2001), nustatyta, jog vyrų pacientų smurtinis elgesys daugiau nukreiptas į bendruomenės narius bei kitus pacientus ir sukelia sunkesnes pasekmes, o moterys agresiją dažniau nukreipia prieš save arba gydymo įstaigos personalą. Kiti autoriai (de Vogel et al., 2004) teigia, jog vyrų ir moterų HCR-20 skalių vidurkiai skiriasi. Autoriai pastebi, jog moterims dažniau yra priskiriama vidutinė smurto rizika, o vyrams aukšta. Moterų psichiatrijos pacienčių, turinčių asmenybės sutrikimų, imtyje HCR-20 pasižymėjo mažesnėmis prognostinėmis galimybėmis nei vyrų (vyrų AUC = 0,75 – 0,88, o moterų AUC = 0,52 – 0,63). Tačiau tyrimų rezultatai leidžia teigti, jog HCR-20 metodika yra naudinga tiek vyrų, tiek moterų psichiatrijos pacientų smurto rizikos vertinimui (de Vogel et al, 2004; Strand & Belfrage, 2001).

Apžvelgiant įvairių autorių, tyrusių HCR-20 prognozavimo galimybes teismo psichiatrijos institucijose tyrimų rezultatus, galima teigti, kad smurto rizikos vertinimo reikšmės skiriasi, tačiau dauguma autorių teigia, jog HCR-20 smurto riziką teismo psichiatrijos aplinkoje prognozuoja tiksliau nei tikimybė (Dernevik et al., 2002; de Vogel et al., 2004, 2005; Douglas et al., 2003; Gray et al., 2004). Pastebima, jog prognostinės HCR-20 reikšmės kinta priklausomai nuo tyrimuose tiriamos imties demografinių charakteristikų, tiriamųjų skaičiaus, kitų kintamųjų, tačiau AUC reikšmės daugumoje atvejų svyruoja tarp 0,60 ir 0,80, o tai reiškia, jog dauguma tyrimų šios srities tyrimų fiksuoja vidutiniškas ar aukštesnes už vidutines HCR-20 būsimo smurto prognozavimo galimybes.

Apžvelgus nedidelę dalį teismo psichiatrijos aplinkoje atliktų tyrimų panaudojant HCR-20 smurto rizikos vertinimo metodiką galima teigti, jog metodika yra naudinga prognozuojant smurtinį elgesį tarp teismo psichiatrijos pacientų. Mokslininkai nustatė tam tikrus ypatumus, susijusius su metodikos taikymu psichiatrijos pacientams, t.y. skirtumus tarp lyčių, sutrikimo pobūdžio, skirtumų prognozuojant skirtingą psichiatrinę priežiūrą gaunančių pacientų, tačiau dauguma autorių pripažįsta HCR-20 metodikos naudingumą ir prognostines galimybes. Dažniausiai prognostinės galimybės yra vidutinės, tačiau jos yra patikimesnės nei atsitiktinis spėjimas.

1.5.1.2. Bendrosios psichiatrijos tyrimai

Kaip pažymima literatūroje (Webster et al., 2007; McNiel et al., 2003; Douglas et al., 1999; Nicholls et al., 2004), bendroji psichiatrija yra viena iš galimų HCR-20 taikymo sričių, todėl metodikos tyrimų bendrosios psichiatrijos aplinkoje daugėja.

K. S. Douglas (1996, pgl. Webster et al., 2007; Douglas et al., 1999) naudodamas 200 priverstinai hospitalizuotų bendrosios psichiatrijos pacientų bylas, kodavo HCR-20 ir Hare PCL:SV. Pacientai, išrašyti iš ligoninės ir grįžę į savo bendruomenę, buvo stebimi vidutiniškai dar 2 metus. Smurtas bendruomenėse buvo fiksuojamas remiantis įrašais apie pakartotinį hospitalizavimą ir teisėsaugos institucijų duomenimis. Autorių teigimu, nustatyti pakartotinio hospitalizavimo ir patekimo į teisėsaugos institucijas prognostiniai rodikliai buvo vidutiniai ir aukšti, taip pat nustatyta jų didėjimo tendencija smurtinių nusikaltimų atvejais. Pažymima, kad istorinių bei rizikos valdymo duomenų subskalės įverčiai buvo nuosekliausiai susiję su smurtu. Šio tyrimo atveju HCR-20 buvo tikslesnis už Hare PCL:SV.

Kai kurie autoriai (Nicholls et al., 2004) lygino vyrų ir moterų bendrosios psichiatrijos pacientų smurto riziką institucijos aplinkoje ir bendruomenės aplinkoje. Matuojant smurtines pasekmes nebuvo rasta lyčių skirtumų vertinant smurtą institucijos (gydymo įstaigos) aplinkoje. Autorių teigimu, vyrai lyginant su moterimis dažniau rodė smurtinį elgesį bendruomenės aplinkoje. Pažymima, jog tiriamiesiems vyrams būdingi aukštesni istorinės, klinikinės bei bendros HCR-20 skalių įverčiai. Vertinant metodikos prognostinį validumą bendruomenės aplinkoje buvo nustatyta, kad tiek vyrams, tiek moterims prognozuojant būsimą smurtinį elgesį būdingas vidutinis ir aukštesnis už vidutinį prognostinis efektas (vyrams $AUC = 0,72 - 0,75$; moterims $AUC = 0,66 - 0,80$). Moterų tiriamųjų atveju HCR-20 tiksliausiai prognozavo būsimą smurtinį elgesį su teisinėmis pasekmėmis, o mažiausiai tiksliai prognozavomo fizinį smurtą. HCR-20 vyrų tiriamųjų imtyje tiksliausiai prognozavo smurtinį elgesį su teisinėmis pasekmėmis, o mažiau tiksliai prognozavo bendrą smurtinį elgesį. Šiame tyrime netikėtumas buvo tai, jog moterų pacienčių smurtinis elgesys buvo prognozuojamas tiksliau nei vyrų pacientų naudojant HCR-20 psichiatrijos klinikos aplinkoje. Vertinant smurtinį elgesį bendruomenėje rezultatai tiek moterų tiek vyrų imtyse buvo labai panašūs.

D. McNiel su bendraautoriais (2003) atliko pseudo – prospektyvią (angl. *prospective*) bendrosios psichiatrijos pacientų smurtinio elgesio studiją. Šie autoriai lygino 50 pacientų linkusių smurtauti ir 50 nelinkusių smurtauti pacientų HCR-20, PCL:SV balus. Šiame tyrime smurtinis elgesys buvo operacionalizuotas kaip bet koks fizinis asmens užpuolimas. Analizuotas atskirų HCR-20 subskalių smurtinio elgesio prognostinis validumas. Buvo nustatyta, jog geriausiai smurtinį elgesį prgnozuoja

klinikinė skalė ($AUC = 0,77$), kiek mažesnėmis prognostinėmis galimybėmis pasižymi istorinė ir rizikos valdymo skalės (atitinkamai $AUC = 0,56$ ir $0,58$). Autorių teigimu, šis tyrimas įrodė, jog HCR-20 klinikinė skalė yra nepriklausomas veiksnys siekiant prognozuoti psichiatrijos pacientų fizinį smurtą trumpalaikėje perspektyvoje.

Apibendrinant galima teigti, jog panašiai kaip ir teismo psichiatrijos tyrimuose, bendrosios psichiatrijos tyrimuose HCR-20 yra efektyvus prognozuojant būsimą smurtinį pacientų elgesį. Įvairūs autoriai pastebi, jog metodika patikimai prognozuoja ne tik vyrų, bet ir moterų pacienčių smurtinį elgesį. Taip pat pastebėta, jog asmenys demonstruojantys smurtinį elgesį surenka aukštesnius HCR-20 vertinimo rodiklius. Kai kurie autoriai pažymi atskirų metodikos skalių, pvz., istorinės, klinikinės reikšmę ir įrodo jų, kaip atskiro smurto vertinimo faktoriaus, svarbą.

1.5.1.3. Pataisos institucijų tyrimai

Prognostiniai smurto ir pakartotinio nusikalstamumo tyrimai pataisos įstaigų aplinkoje yra aktualūs. Mokslinių duomenų apie įvairius pataisos įstaigų kontingento ypatumus vertinant HCR-20 metodika nuolat daugėja (Cooke, 2004 Douglas et al., 2005; Coid et al., 2007).

D. J. Cooke, C. Michie ir J. Ryan (2004) retrospektyviai tyrė 250 suaugusiųjų nuteistųjų vyrų imtį, kurie buvo paleisti iš Škotijos pataisos įstaigų ir buvo atsitiktinai atrinkti iš didesnės nuteistųjų populiacijos. Tiriamųjų smurtinio elgesio rizika buvo vertinama naudojant HCR-20, VRAG ir PCL-R metodikas. Autorių teigimu, istorinės skalės rodikliai buvo susiję su smurtinių pasekmių matais (smurtiniu ir nesmurtiniu pakartotiniu nusikalstamumu). Klinikinė HCR-20 skalė buvo glaudžiai susijusi su smurtinio elgesio matais, o rizikos valdymo skalė su bendruoju recidyvizmu, tačiau silpniau susijusi su smurtinio elgesio matais (šiam tyrimui tik 2 iš 5 šios skalės kintamųjų buvo koduoti). Smurtinio elgesio ir pakartotinio nusikalstamumo rodikliai šiame tyrimui buvo vidutiniai ir svyravo apie 0,70. HCR-20 prognostiniai rodikliai siekė $AUC = 0,69 - 0,74$, palyginimui VRAG ($AUC = 0,67 - 0,73$), o Hare PCL – R ($AUC = 0,65 - 0,72$). Tai gi visų trijų instrumentų naudotų būsimo smurtinio elgesio ir nusikalstamumo prognozavimui rodikliai buvo palyginami, vidutiniai. Panašius rezultatus autoriai gavo vertindami smurtinį elgesį institucijoje, tačiau pažymėtina, jog šie rodikliai buvo kiek žemesni, pvz., HCR-20 AUC siekė 0,64. Autoriai pažymi (Cooke, 2004), jog nežiūrint į tai, jog visų trijų instrumentų prognostinės pakartotinio nusikalstamumo galimybės praktiškai vienodos, specialistai gali patys spręsti kurį iš jų rinktis. Teigiama, jog HCR-20 pasižymi privalumu, jog apima rizikos valdymo sritį ir gali pasiūlyti, į kurias sritis reikia nukreipti intervencijas.

K. S. Douglas, M. Yeomans ir D. Boer (2005) atliko tyrimą, kuriame lygino smurtui ir pakartotiniam nusikalstamumui vertinti skirtų instrumentų (HCR-20, VRAG, PCL-R, PCL:SV) prognostinį validumą. Tyrimui atrinkti 188 vyrai, kurie buvo paleisti iš Vakarų Kanados pataisos įstaigų ir patikėti priežiūrai. Asmenys šiam retrospektyviam tyrimui atrinkti jau žinanat apie jų recidyvizmą. Šių asmenų stebėjimo po jų paleidimo iš įstaigų laikotarpis siekė 6 – 11 m. Autorių teigimu, HCR-20 galutinio rizikos vertinimo suderinamumas tarp vertintojų buvo vidutiniškas, nors kitų instrumentų suderinamumas buvo geras arba puikus. Šiame tyrime gautas recidyvizmo prognostinis rodiklis buvo geras ir siekė $AUC = 0,80 - 0,82$. Galima teigti, jog HCR-20 metodika yra tinkama prognozuoti pakartotinį nusikalstamumą ir ilgalaikėje perspektyvoje.

A. C. Neves ir R. A. Gonçalves (2008) tyrė Portugalijos nuteistųjų esančių probacijos/parolio tarnybų priežiūroje pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo galimybes. Iš viso tyrime dalyvavo 158 tiriamieji (137 vyrai ir 21 moterys). Tiriamieji buvo vertinami HCR-20 metodika, o pasekmės buvo matuojamos atsižvelgiant į šių asmenų pakartotinį nusikalstamumą, smurtinį elgesį, probacijos/parolio pažeidimus. Rezultatai leidžia teigti, jog vertinant bendras pasekmes (smurtą, pakartotinį nusikalstamumą ir kt.) metodika pasižymėjo vidutinėmis ir aukštesnėmis už vidutines prognostinėmis galimybėmis. Šio tyrimo atveju HCR-20 ($AUC = 0,84$), o vertinant konkrečiai pakartotinį nusikalstamumą metodika pasižymėjo taip pat geromis prognostinėmis galimybėmis ($AUC = 0,83$). HCR-20 metodika su aukštesne nei atsitiktinumas tikimybe prognozavo ir smurtinį elgesį ($AUC = 0,80$), o probacijos ar parolio pažeidimo prognozavimas buvo taip pat geras ($AUC = 0,81$). Apibendrinant galima teigti, jog HCR-20 patikimai prognozuoja ne tik pakartotinį nusikalstamumą ar smurtą, bet ir probacijos ar parolio pažeidimus. Šis Portugalijos korekcijos įstaigų populiacijos tyrimas taip pat išsiskiria tuo, jog HCR-20 jame pasižymėjo kiek aukštesniais prognostiniais rodikliais nei vidutiniškai.

J. Coid (2007) su bendraautoriais atliko didelės apimties ($n = 1396$) Jungtinės Karalystės nuteistųjų populiacijos pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo tyrimą. Tiriamieji vyrai, kurie buvo nuteisti bent 2 m. laisvės atėmimo bausme už seksualinio pobūdžio arba smurtinius nusikaltimus. Šiame tyrime HCR-20 buvo naudojamas sunkių ir smurtinių nusikaltimų rizikos vertinimui. Taip pat buvo naudoti ir kiti rizikos vertinimo instrumentai, pvz., VRAG, *Risk Matrix 2000* (Rizikos matrica 2000) ir kt. Autorių teigimu, visi instrumentai pasižymėjo didesne nei tikimybė prognostine galia, tačiau HCR-20 bendros skalės bei klinikinės ir rizikos valdymo skalės statistiškai patikimai neprognozavo apiplėšimų.

Tyrime nustatyta, jog H1 („ankstesni smurtiniai veiksmai“) negatyviai prognozavo su narkotikais susijusių nusikaltimų pakartotinį nusikalstamumą, o H2 („pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje“)

teigiamai prognozavo nusikaltimus susijusius su smurtu, vagystėmis, narkotikais bei bet kokius nusikaltimus. „Intymių santykių nestabilumas (H3) - neigiamai prognozavo plėšimus, o H4 („su darbu susijusios problemos“) buvo pozityviai susijusios su vagystėmis bei su bet kokiais nusikaltimais. „Psichoaktyvių medžiagų vartojimas“ (H5), pozityviai prognozavo smurtinius nusikaltimus, vagystes, su narkotikais susijusius nusikaltimus bei bendrą nusikalstamumą. „Problemos vaikystėje“ (H8), buvo susijusios su smurtu bei bendru pakartotiniu nusikalstamumu, o H9 („asmenybės sutrikimai“) prognozavo plėšimus bei bendrą recidyvizmą. „Ankstesni režimo pažeidimai“ (H10) prognozavo visus nusikaltimus išskyrus susijusius su narkotinėmis medžiagomis. Smurtiniai nusikaltimai, vagystės bei bendras pakartotinis nusikalstamumas buvo susijęs su „negatyviomis nuostatomis“ (C2) ir „impulsyvumu“ (C4) jis taip pat buvo susijęs su narkotikais susijusių nusikaltimų prognozavimu. Kaip teigia autoriai (Coid et al., 2007), „planų realumo stoka“ (R1) yra teigiamai susijęs su visais nusikaltimais po paleidimo, o „buvimas destabilizuojančioje aplinkoje“ (R2), susijęs su bendru pakartotiniu nusikalstamumu ir vagystėmis, kurias prognozuoja ir „nesutikimas su siūlomomis paslaugomis“ (R4).

Kalbant apie HCR-20 metodikos prognostines charakteristikas išryškėjusias šiame tyrime pažymėtina, jog jos yra vidutiniškos (Coid et al., 2007). HCR-20 bendra skalė statistiškai patikimai prognozavo smurtinį pakartotinį nusikalstamumą ($AUC = 0,63$), su vagystėmis susijusį pakartotinį nusikalstamumą ($AUC = 0,66$), su narkotinių medžiagų apyvarta susijusį pakartotinį nusikalstamumą ($AUC = 0,57$), o taip pat bendrąjį recidyvizmą ($AUC = 0,63$). Pastebėtina, jog HCR-20 statistiškai patikimai neprognozavo plėšimo ($AUC = 0,56$), plėšimo patikimai neprognozavo ir atskiros metodikos skalės išskyrus istorinę ($AUC = 0,61$). Kalbant apie smurtinį pakartotinį nusikalstamumą pažymėtina, jog labiausiai jį prognozuoja HCR-20 istorinė skalė ($AUC = 0,67$), o mažiausiai – rizikos valdymo skalė ($AUC = 0,59$). Bendrąjį pakartotinį nusikalstamumą taip pat geriausiai prognozuoja istorinė metodikos skalė ($AUC = 0,69$), o mažiausiomis bendrojo pakartotinio nusikalstamumo prognozavimo savybėmis pasižymi metodikos rizikos valdymo skalė ($AUC = 0,58$).

Aptarti moksliniai HCR-20 tyrimai leidžia teigti, jog metodika yra ypač naudinga prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą ir yra tinkama naudoti pataisos įstaigų aplinkoje ir jų kontingentui. Įvairūs autoriai akcentuoja skirtingus metodikos prognostinius aspektus, vieni pastebi atskirų skalių ar net klausimų prognostinę vertę atskiroms nusikaltimų rūšims, kiti lygina metodikos prognostines galimybes su kitomis panašios paskirties metodikomis. Tarp daugelio autorių bendra tai, jog daugelis jų nustato HCR-20 metodikos vidutines prognostines būsimo nusikalstamo elgesio prognozavimo galimybes. Nors prognostiniai rodikliai varijuoja, tačiau dažniausiai jie siekia 0,55-0,80, todėl atliekant HCR-20 prognostinio validumo tyrimą Lietuvoje, tikėtina gauti panašius rezultatus.

1.6. Tyrimo problema, tikslas, uždaviniai ir hipotezės

Iš pateiktos teorinės pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo analizės matome, jog daugelyje užsienio autorių darbuose naudojama smurto rizikos vertinimo metodika HCR-20 pasižymi neblogu prognostiniu validumu. Ši metodika patikimai prognozuoja smurtinį elgesį įvairiose tiriamųjų populiacijose taikant ją teismo psichiatrijos, bendrosios psichiatrijos bei pataisos įstaigų aplinkose. Tačiau lieka neatsakytų klausimų, nes metodika gaunami rezultatai skirtingose tiriamųjų populiacijose varijuoja, o prognostiniai rodikliai skiriasi priklausomai nuo tiriamųjų imčių, tyrimo dizaino bei uždavinių. Adaptuojant metodiką skirtingose kalbinėse ir kultūrinėse aplinkose tikrinama, ar metodikos pagalba galima patikimai prognozuoti smurtinį elgesį ir pakartotinį nusikalstamumą būtent tose aplinkose.

Lietuvoje nebuvo atlikta prospektyvių prognostinių pakartotinio nusikalstamumo vertinimo tyrimų panaudojant šią metodiką, o kartu nebuvo tirtas ir HCR-20 prognostinis validumas, todėl šio tyrimo **tikslas** – įvertinti pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo galimybes naudojant HCR-20 metodiką. Atsakymai į šiame tyrime iškeltus uždavinius leistų sužinoti, ar HCR-20 lietuviško leidimo pagalba galima **patikimai** ir **validžiai** vertinti pakartotinį nusikalstamumą. Teigiami atsakymai į šiuos klausimus reikštų, jog Lietuvos psichologai turi patikimą instrumentą, o neigiami – padėtų išvengti klaidų, vertinant smurtą ir pakartotinį nusikalstamumą.

Siekiant įgyventinti tyrimo tikslą buvo iškelti šie tyrimo **uždaviniai**:

1. Palyginti teismo psichiatrijos pacientų ir nuteistųjų Lietuvos pataisos įstaigose HCR-20 smurto rizikos vertinimo rodiklius.
2. Palyginti nuteistųjų vyrų ir moterų HCR-20 smurto rizikos vertinimo rodiklius.
3. Palyginti skirtingiems rizikos lygiams priskirtų nuteistųjų HCR-20 rizikos vertinimo rodiklius.
4. Palyginti nuteistųjų už smurtinius nusikaltimus ir nuteistųjų už nesmurtinius nusikaltimus HCR-20 rizikos vertinimo rodiklius.
5. Palyginti pakartotinai nusikaltusių asmenų ir pakartotinai nenusikaltusių asmenų HCR-20 rodiklius.
6. Patikrinti, ar HCR-20 rodikliai patikimai prognozuoja pakartotinį nusikalstamumą naudojant gavėjų veiklos charakteristikų (ROC) analizę.

Buvo iškeltos šios **hipotezės**:

1. Teismo psichiatrijos pacientų HCR-20 rodikliai aukštesni nei pataisos įstaigų tiriamųjų.
2. Nuteistųjų vyrų HCR-20 rodikliai yra aukštesni nei moterų.
3. Nuteistiesiems už smurtinius nusikaltimus priskiriami aukštesni HCR-20 įverčiai nei nuteistiesiems už nesmurtinius nusikaltimus.
4. HCR-20 rodikliai patikimai (su didesne nei atsitiktinumas tikimybe) prognozuoja pakartotinį nusikalstamumą.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrime dalyvavo 146 žmonės. Iš jų 104 asmenys, atliekantys laisvės atėmimo bausmės įvairios Lietuvos Respublikos pataisos įstaigose, o 42 tiriamiesiems buvo taikomos priverčiamosios medicininės priemonės ir jie buvo gydomi Rokiškio psichiatrijos ligoninėje. Dauguma tyrimo dalyvavusių asmenų yra vyrai $n = 113$ (77,4 %), o moterų $n = 33$ (22,6 %). Tiriamųjų amžiaus vidurkis 36,5 metų ($SD = 12,2$), o amžiaus ribos 20 - 76 m. Vyrų dalyvavusių tyrime amžiaus vidurkis 35,2 m. ($SD = 11,2$, amžiaus ribos 20 – 63 m.), o moterų amžiaus vidurkis 40,3 m. ($SD = 14,6$), o amžiaus ribos 21 – 76.

Asmenų, dalyvavusių tyrime, ir kurie buvo gydomi Rokiškio psichiatrijos ligoninėje amžiaus vidurkis 39,2 m. ($SD = 11,7$), o amžiaus ribos 25 – 63 m.

Siekiant, kad tyrime būtų reprezentuota Lietuvos nuteistųjų populiacija, jame dalyvavo nuteistieji asmenys iš įvairių šalies pataisos įstaigų. Tiriamųjų pasiskirstymas atsižvelgiant į pataisos ar gydymo įstaigas pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pataisos arba gydymo įstaigas

<i>Pataisos arba gydymo įstaiga</i>	<i>Tiriamųjų skaičius (n)</i>	<i>Tiriamųjų procentai (%)</i>
Rokiškio psichiatrijos ligoninė	42	28,8
Vilniaus 1-ieji pataisos namai	14	9,6
Pravieniškių 1-ieji pataisos namai	5	3,4
Alytaus pataisos namai	30	20,5
Panevėžio moterų pataisos namai	30	20,5
Vilniaus 2-ieji pataisos namai	25	17,1
<i>Iš viso:</i>	146	100

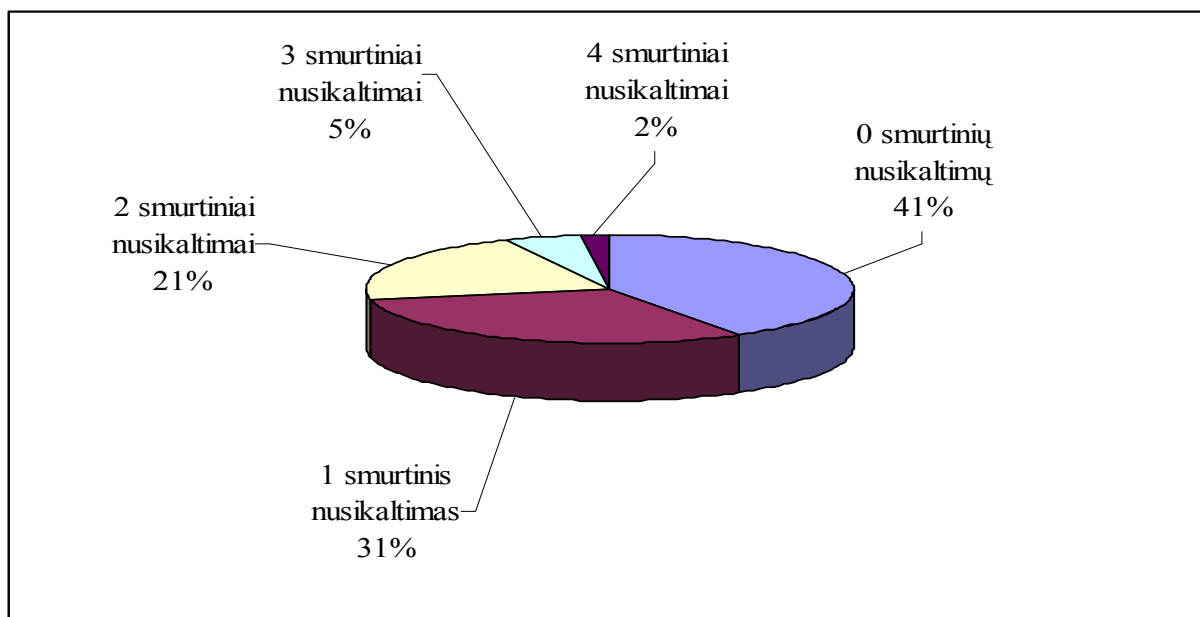
Iš 146 tyrime dalyvavusių asmenų 85 (57,8 %) anketose buvo nurodyta tautybė. Daugiausiai tiriamųjų 69 asmenų anketose nurodyta, jog jie yra lietuviai (81,2 %), rusai – 10 asmenų (11,8 %),

lenkai 3 (3,5 %) bei kitos tautybės asmenys – 3 (3,5 %), tačiau net 43,2 % tiriamųjų anketose tautybė nebuvo nurodyta.

Pagal išsilavinimą tiriamieji pasiskirstė taip: daugiausiai tiriamųjų anketose nurodyta, jog jie turi įgiję vidurinį išsilavinimą – 53 (36 %), kiek mažiau - 50 (34 %) tiriamųjų turi įgiję pagrindinį išsilavinimą, 25 (17 %) tiriamųjų išsilavinimas yra nebaigtas pagrindinis, o 6 (4 %) – aukštesnysis. Mažiausiai tiriamųjų turi įgiję aukštąjį išsilavinimą, iš viso 4 (2,7 %), o 8 (5,5 %) tiriamųjų anketose išsilavinimo duomenys nebuvo nurodyti.

Pagal šeimyninę padėtį dauguma tiriamųjų buvo nesusituokę - 91 tiriamasis (63%), o išsituokę buvo 27 tiriamieji (18 %). Kad yra vedę arba ištekejusios nurodė iš viso 23 tiriamieji (16%), našliai arba našlės buvo 5 tiriamieji (3%). Taip pat buvo klausiama apie tiriamųjų darbinę istoriją. Dauguma tiriamųjų – 108 (74%) nurodė, jog jie nedirba, o kiek mažiau – 34 tiriamieji nurodė, jog jie dirba (23), 4 tiriamųjų (3%) užimtumas nebuvo nurodytas.

Analizuota nuteistųjų imties (n=104) tiriamųjų nusikalstamos veiklos istorija. Dauguma nuteistų tiriamųjų buvo atlikę 4-7 nusikalstamas veikas, už kurias buvo nutesti (įskaitant paskutinį teistumą), t.y. 44 % arba 37 tiriamieji. Kiek mažiau tiriamųjų buvo atlikę 1-3 nusikalstamas veikas, už kurias buvo nutesti (įskaitant ir paskutinį teistumą), t.y. 35 asmenys (41 %). 13 tiriamųjų nuteistų asmenų buvo atlikę 8-12 nusikalstamų veikų, už kurias jiems buvo paskelbti apkaltinamieji nuosprendžiai, t.y. 15 % tiriamųjų, o 19 tiriamųjų teistumų skaičius nebuvo nurodytas. Taip pat buvo klausiama, kiek smurtinių nusikalstamų veikų yra atlikę tiriamieji. Rezultatai atspindimi 3 pav.



3 pav. Tiriamųjų nuteistų asmenų atliktų smurtinių nusikalstamų veikų skaičiai

Kaip parodyta 3 pav., beveik pusė tirtų asmenų - 41 (41%) (vyrų ir moterų) nebuvo atlikę smurtinių nusikalstamų veikų, už kurias būtų nuteisti ir atliktų su laisvės atėmimu susijusią bausmę. 31 tiriamasis (31 %), buvo atlikę po vieną smurtinį nusikaltimą, o po du smurtinius nusikaltimus buvo atlikę - 21 (21 %) tiriamų nuteistųjų. Po tris ir keturis smurtinius nusikaltimus buvo atlikę mažiausiai tiriamų asmenų, atitinkamai po 5 (5%) ir 2 (2%).

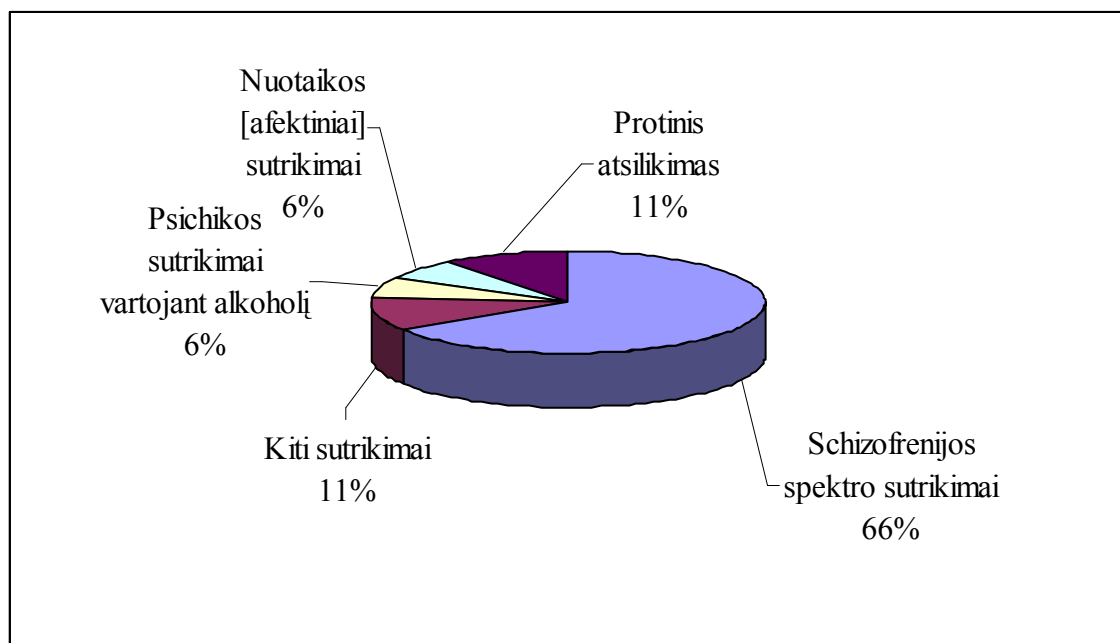
2 lentelė. Tiriamųjų atliktų nusikalstamų veikų pasiskirstymas pagal pobūdį

<i>Nusikalstamos veikos pobūdis</i>	<i>Nusikalstamų veikų skaičius</i>	<i>%</i>
Vagystės	40	31
Plėšimai	22*	17
Turto sunaikinimai	12	9
Viešosios tvarkos pažeidimai	11	9
Narkotinių medž. apyvarta	10	8
Sveikatos sutrikdymai	9*	7
Nužydymai	5*	4
Išžaginimai	4*	3
Kitos veikos	16	12
Iš viso:	129	100

* - smurtinio pobūdžio nusikalstamos veikos

Kaip galima matyti iš 2 lentelėje pateiktų duomenų, daugiausiai tiriamųjų atliktų nusikalstamų veikų buvo turinio pobūdžio: vagystės sudaro didžiąją tiriamųjų atliktų nusikalstamų veikų dalį – 40 (31%). Kiek mažiau yra smurtinio pobūdžio turinių nusikaltimų plėšimų – 22 (17%). Sunkūs smurtiniai nusikaltimai sudaro nedidelę dalį tiriamųjų atliktų nusikalstamų veikų, t.y. sveikatos sutrikdymai – 9 (7%), o nužudymai ir išžaginimai dar mažiau, atitinkamai 5 (4%) ir 4 (3%) visų tiriamųjų atliktų nusikalstamų veikų. Dvylika procentų arba 16 nusikalstamų veikų yra įvairaus pobūdžio, pvz., parolio pažeidimai, sukčiavimai, padirbtų mokėjimo instrumentų gamyba bei naudojimas jais, dokumentų klastojimas, neteisėtas disponavimas ginklu ir pan.

Analizuojant Rokiškio psichiatrijos ligoninės pacientų (klinikinės imties), kuriems taikomos priverčiamosios medicininės priemonės diagnozes galima teigti, jog daugumai jų diagnozuota paranoidinė schizofrenija ir kiti psichozinio lygio sutrikimai. Klinikinės imties tiriamųjų pasiskirstymas pagal diagnozių grupes pavaizduotas 4 pav.



4 pav. Klinikinės imties tiriamųjų pasiskirstymas pagal Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK-10) V skyriaus diagnozių grupes

Schizofreninio spektro sutrikimai įskaitant schizofreniją, schizoafektinį, schizotipinį sutrikimą bei kitus kliesesinius sutrikimus buvo diagnozuoti 31 Rokiškio psichiatrijos ligoninėje gydytam tiriamajam, t.y. 66% visų atvejų. Kitose diagnozių grupėse dominavo protinis atsilikimas su elgesio sutrikimais, kuris buvo diagnozuotas 5 tiriamiesiems (11%). Nuotaikos sutrikimai ir psichikos sutrikimai vartojant alkoholį buvo diagnozuoti po 3 tiriamuosius (6%). Kitos klinikinės diagnozės buvo nustatytos 5 kartus (11%) tiriamųjų.

2.2. Tyrime naudotos vertinimo priemonės ir metodai

2.2.1. HCR-20

Tyrime buvo naudota Ch. D. Webster K. S. Douglas, D. Eaves, S. D. Hart (1997) HCR-20 metodikos antroji versija, kurios lietuviškas leidimas išleistas 2007 m. Metodikos lietuvišką versiją išleido VšĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“, kuri leidimą versti metodiką ir ją platinti Lietuvoje gavo iš Psichikos sveikatos, teisės ir politikos instituto prie Simono Freizerio universiteto (*Simon Fraser University*) (Kanada). Vertimą į lietuvių kalbą atliko dr. Rasa Barkauskienė. Metodika šiame tyrime buvo naudojama su VšĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ leidimu.

HCR-20 metodika yra universali ir gali būti taikoma įkalinimo įstaigose, psichiatrijos ligoninėse, bendruomenės paslaugas teikiančiose programose (Webster et al., 2007). HCR-20 metodika yra smurtinio elgesio rizikos veiksnių aprašas. Jį sudaro 20 teiginių: 10 praeities (istoriniai duomenys) veiksnių, 5 dabarties (klinikiniai duomenys) kintamieji ir 5 ateities (rizikos valdymo duomenys) teiginiai žr. 3 lentelę.

3 lentelė. HCR-20 metodikos skalės ir kintamieji (Webster et al., 2007)

<i>Istoriniai duomenys (praeitis)</i>	<i>Klinikiniai duomenys (dabartis)</i>	<i>Rizikos valdymo duomenys (ateitis)</i>
H1. Ankstesni smurtiniai veiksmai H2. Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje H3. Intymių santykių nestabilumas H4. Su darbu susijusios problemos H5. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemos H6. Pagrindinė psichikos liga H7. Psichopatija H8. Problemos vaikystėje H9. Asmenybės sutrikimai H10. Ankstesni režimo pažeidimai	C1. Savivokos stoka C2. Negatyvios nuostatos C3. Aktyvūs psichotiniai simptomai C4. Impulsyvumas C5. Intervencijos nepriėmimas	R1. Planų realumo stoka R2. Buvimas destabilizuojančioje aplinkoje R3. Asmeninės paramos stoka R4. Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis R5. Aukštas patiriamo streso lygis

Metodika buvo sukurta, atsižvelgiant į empirinius smurto srities tyrimus bei eilės teisės ir klinikinių psichologų pasiūlymus (de Vogel & de Ruiter, 2006). Instrumentas skirtas numatyti būsimam suaugusių asmenų smurtiniam elgesiui ir yra tinkamas tiek asmenų padariusių nusikalstamas veikas vertinimui, tiek asmenims, turintiems asmenybės ar psichikos ir elgesio sutrikimų.

HCR-20 metodikos kintamieji turi būti koduojami patyrusių psichologijos specialistų, kurie turi naudoti įvairius jiems prienamus informacijos šaltinius, bei įvairiais metodais surinktą informaciją, pvz., kriminaliniai duomenys, teisminės bylos, policijos tarnybų įrašai, psichologinio vertinimo išvados, interviu su informuotais asmenimis, elgesio stebėjimo duomenys. HCR-20 kodavimas reikalauja iš vertintojų dviejų tipų sprendimų (Webster et al., 2007). Pirma, teiginio lygmeniu vertintojas turi nuspręsti, ar atliekant konkretaus asmens įvertinimą pasireiškia kiekvienas iš nurodytų 20 rizikos veiksnių. Antra, vertintojas turi apibendrinti teiginio lygmeniu gautą informaciją ir panaudoti ją priimdamas sprendimą apie smurto riziką. Teiginiai vertinami 3 balais, atsižvelgiant į įsitikinimo

tvirtumą, kad vertinamas rizikos veiksnys tikrai yra. Metodikos vadove teigiama (Webster et al., 2007), kad „0“ rodo, jog pagal turimą informaciją rizikos veiksnio nėra; „1“ nurodo, kad rizikos veiksnys galbūt yra arba pasireiškia iš dalies; „2“ parodo, kad rizikos veiksnys tikrai yra. Jeigu nėra jokios informacijos apie tam tikrą teiginį arba manoma, kad turima informacija yra visiškai nepatikima, teiginys praleidžiamas.

Vertintojai apibendrinę HCR-20 metodika surinktą informaciją priima vieną iš trijų sprendimų: „maža rizika“, „vidutinė rizika“ arba „didelė rizika“. Kaip nurodoma literatūroje (Webster et al., 2007) maža rizika reiškia, jog vertintojas tiki, kad jo įvertintas asmuo nekelia pavojaus arba yra labai mažas pakartotinio smurto pavojus. Vidutinė rizika rodo, kad vertintojas tiki, jog vertinamam asmeniui būdinga didesnė smurto rizika. Sprendimas, jog rizika didelė rodo, kad vertintojas mano, jog asmeniui būdinga didelė arba labai didelė kartotinio smurto rizika ateityje. Čia pateiktas kokybinio smurto rizikos vertinimo pavyzdys, tačiau siekiant atlikti kiekybinius skaičiavimus yra sumuojami atskirų HCR-20 metodikos subskalių (istorinės, klinikinės ir rizikos valdymo) balai tokiu būdu suformuojant atskirus kiekybinius šių skalių įverčius.

Istorinės subskalės kiekybinis įvertis formuojamas iš H1-H10 kintamųjų ir gali kisti ribose nuo 0 iki 30 balų, tačiau šiame tyrime nebus koduojamas H7 „Psichopatijos“ kintamasis, todėl istorinė subskalė maksimaliai gali siekti 27 balus. Klinikinės subskalės kiekybinis įvertis formuojamas iš C1-C5 kintamųjų ir gali kisti ribose nuo 0 iki 15 balų. Rizikos valdymo subskalės kiekybinis įvertis formuojamas iš HCR-20 R1-R5 kintamųjų ir gali kisti ribose nuo 0 iki 15 balų. Bendras HCR-20 skalių įvertis yra formuojamas iš istorinės, klinikinės ir rizikos valdymo subskalių kiekybinių įverčių aritmetinės sumos. Šio tyrimo atveju bendras HCR-20 kiekybinis įvertis gali kisti nuo 0 iki 57 balų.

Siekiant įvertinti HCR-20 istorinės, klinikinės, rizikos valdymo bei bendros HCR-20 kiekybinės skalės vidinį suderinamumą mūsų imtyje, jis buvo tikrinamas statistiškai naudojant *Cronbach alpha* kriterijų. Rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. HCR-20 metodikos skalių vidinio suderinamumo (Cronbach alpha) įverčiai

<i>HCR-20 skalė</i>	<i>Skalę sudarantys elementai</i>	<i>Cronbach alpha įvertis</i>
Istorinė skalė	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8, H9, H10	0,65
Klinikinė skalė	C1, C2, C3, C4, C5	0,68
Rizikos valdymo skalė	R1, R2, R3, R4, R5	0,80
HCR-20 bendra skalė	H1-H10 (išsk. H7) + C1-C5 + R1-R5	0,83

Gautieji metodikos vidinio suderinamumo rodikliai yra pakankami. Mokslininkai adaptavę braziliską HCR-20 versiją ir vertinę metodikos skalių vidinį suderinamumą, taip pat pateikia panašius duomenis – žemesnį vidinį istorinės ir klinikinės skalių suderinamumą ir aukštesnį rizikos valdymo ir patį didžiausią – bendros HCR-20 metodikos skalės (Telles et al., 2009).

Analizuojant HCR-20 skalių vidinį suderinamumą atskirose tiriamųjų imtyse matoma, jog klinikinėje tiriamųjų imtyje (Rokiškio psichiatrijos ligoninės pacientų) *Cronbach alpha* koeficientai yra žemesni nei pataisos įstaigų tiriamųjų imtyje bei bendros imties tiriamųjų. Tiesa, šis skirtumas yra nežymus kalbant apie istorinę ir klinikinę skales (atitinkamai klinikinėje imtyje – 0,66, o pataisos įstaigų imtyje atitinkamai – 0,66 ir 0,69). Tačiau skirtumas išryškėja kalbant apie rizikos valdymo ir bendrą HCR-20 metodikos skalę. Klinikinės imties tiriamųjų tarpe rizikos valdymo subskalės vidinis suderinamumas siekė 0,72, o bendros skalės – 0,77, o pataisos įstaigų tiriamųjų tarpe šis suderinamumas buvo didesnis, t.y. rizikos valdymo subskalės siekė 0,82, o bendros HCR-20 skalės – 0,87.

Vertinant atskirų HCR-20 metodikos rodiklių tarpusavyje ryšius buvo atlikta atskirų metodikos skalių ir bendros skalės tarpusavyje koreliacijos analizė. Rezultatai pateikiami 5 lentelėje.

5 lentelė. *HCR-20 skalių interkoreliacinė matrica (Spearman koreliacijos)*

HCR-20 skalės	Klinikinė skalė (C) n = 146	Rizikos valdymo skalė (R) n = 146	Bendra HCR-20 skalė n = 146
Istorinė skalė (H)	$r = 0,45^{**}$	$r = 0,48^{**}$	$r = 0,83^{**}$
Klinikinė skalė (C)		$r = 0,70^{**}$	$r = 0,80^{**}$
Rizikos valdymo skalė (R)			$r = 0,83^{**}$

**** Koreliacija reikšminga kai $p = 0,01$ (2-pusis p)**

Kaip galima matyti iš pateiktos lentelės atskiros HCR- 20 metodikos subskalės yra susijusios koreliacianiais ryšiais tiek tarpusavyje, tiek su bendra HCR-20 skale. Istorinė metodikos subskalė vidutiniško stiprumo ryšiu yra susijusi tiek su klinicine tiek su rizikos valdymo subskale, o klinikinė subskalė gana tvirtu ryšiu susijusi su rizikos valdymo subskale. HCR- 20 bendros skalės rodikliai pasižymi tvirtais teigiamais ryšiais su visomis metodikos subskalėmis.

2.2.2. Anketiniai tiriamųjų duomenys

Siekiant gauti informacijos apie tiriamųjų demografinius duomenis, jų nusikalstamo elgesio istoriją buvo renkami tyrime dalyvavusių asmenų anketiniai duomenys. Šiuos anketinius duomenis rinko pataisos įstaigose arba gydymo įstaigoje dirbantys specialistai, kurie atliko tiriamųjų vertinimą HCR-20 metodika. Kintamųjų, kurie buvo renkami atliekant tyrimą pataisos įstaigose ir Rokiškio psichiatrijos ligoninėje sąrašas ir trumpas aprašymas pateikiami *1 priede*.

Apibendrintai galima pasakyti, jog anketinė informacija buvo suskirstyta į keletą teminių dalių. Pirmoji dalis apėmė bendrąsias ir demografines žinias apie tiriamąjį, pvz., pavardė, gimimo data ir amžius, lytis, išsilavinimo lygis, tautybė ir pilietybė. Kita svarbi teminė sritis apėmė kriminalinio elgesio istorijos kintamuosius, pvz., teistumų skaičius, smurtinių nusikaltimų skaičius, buvusių teistumų pobūdis, paskutinio teistumo pobūdį, amžių pirmojo teistumo metu. Su socialiniu tiriamųjų prisitaikymu susiję kitamieji apėmė tokias sritis kaip šeimininę padėtį, informaciją apie darbinę situaciją, o taip pat gydymo nuo alkoholizmo ir/ar narkomanijos sritis. Kalbant apie gydymą reikia išskirti klinikinę šio tyrimo imtį, kurioje buvo renkama informacija apie asmeniui nustatytą klinikinę diagnozę, t.y. sutrikimą dėl kurio jis buvo gydomas Rokiškio psichiatrijos ligoninėje. Tačiau šioje imtyje nebuvo renkama informacija apie galimus buvusius pacientų nusikaltimus prieš patenkant į psichiatrijos įstaigą, nes nebuvo tokių galimybių.

Kita dalis nagrinėtų kintamųjų yra susijusi su pakartotiniu tiriamųjų asmenų nusikalstamumu. Buvo renkami tokie kitamieji kaip, stebimo asmens naujos nusikalstamos veikos padarymas po paleidimo iš pataisos įstaigos, naujai padarytos nusikalstamos veikos pobūdis (smurtinė/nesmurtinė nusikalstama veika) skirtingais laiko tarpais: praėjus 1 metams po paleidimo iš pataisos įstaigų ir praėjus 2 metams po paleidimo iš pataisos įstaigų.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimas vyko keliais etapais: vertintojų apmokymas, tiriamųjų parinkimas ir duomenų rinkimas, duomenų apie pakartotinį nusikalstamumą rinkimas (po metų ir dvejų metų), rezultatų apdorojimas. Kaip jau minėta HCR-20 į teismo psichologijos ir psichiatrijos praktiką buvo įdiegtas VŠĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ dėka 2006 m. vykdant projektą „Teismo psichiatrijos tarnybų reorganizavimas Lietuvoje“, kurio tikslas – sukurti modernią pagalbos teikimo sistemą teismo psichiatrijos pacientams, tokiu būdu įgyvendinant efektyvią nusikaltimų prevenciją. Buvo pastebėta, kad teismo psichiatrijos srityje dirbantiems specialistams stinga priemonių, kurios padėtų patikimai įvertinti smurtinio elgesio

riziką ateityje. Todėl Olandijos specialistams patarus buvo nuspręsta įdiegti Lietuvoje HCR-20 metodiką.

Todėl pirmame tyrimo etape, bendradarbiaujant olandų specialistams, VšĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ ir Mykolo Romerio universiteto Psichologijos katedros mokslininkams, vyko tarptautinis seminaras „HCR-20 (Smurto rizikos įvertinimo metodikos) adaptavimas ir validavimas Lietuvoje“ 2007 m. sausio 22-23 d. Šio seminaro metu buvo olandų specialistų apmokyti vertintojai, kurie dalyvavo renkant duomenis tyrimui. Vertintojai, kurie dalyvavo šiame etape, tai pataisos ir gydymo institucijose dirbantys profesionalūs psichologai.

Antrame tyrimo etape, vertintojai patogiosios tikslinės atrankos būdu atsižvelgdami į tokius kriterijus kaip tiriamojo paleidimo laikas, jo sutikimas dalyvauti tyrime bei sutikimas duoti leidimą gauti iš atitinkamų institucijų informaciją apie jo būsimus teisės pažeidimus, atrinko tiriamuosius dalyvauti tyrime. Tyrėjai privalėjo gauti iš tiriamųjų informuotą sutikimą gauti informaciją apie jų asmens duomenis iš Informatikos ir ryšių departamento ir Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos. Visi tiriamieji, dalyvavę tyrime, davė tokį sutikimą. Atlikti tyrimą su tiriamaisiais, kurie teismo sprendimu buvo pripažinti nepakaltinamais, davė jų įstatyminiai atstovai. Tiriamieji turėjo teisę atsisakyti dalyvauti tolimesniuose tyrimo etapuose, pakeisdami savo sprendimą.

Šiame etape apmokyti vertintojai (gydymo ir pataisos įstaigose dirbantys psichologai), vadovaudamiesi HCR-20 informacijos rinkimo gairėmis bei rekomendacijomis kodavo HCR-20 metodikos kintamuosius. Šiame tyrime nebuvo koduojamas HCR-20 istorinės skalės H7 „Psichopatijos“ kintamasis, nes jame tiksliai apibrėžtas diagnostinis šio kriterijaus vertinimo pobūdis, t.y. privalomas Hare PCL-R arba PCL:SV naudojimas ir sprendimo priėmimas atsižvelgiant į šiuo instrumentu gaunamus rezultatus, todėl „Psichopatijos“ kintamasis nebuvo koduojamas ir į tyrimą nepateko. Tyrėjai taip pat rinko jiems prieinamą demografinę informaciją apie tiriamuosius, jų socialinę ir kriminalinę istoriją. Renkant informaciją buvo naudojamosi pataisos įstaigose esančiais įskaitos duomenimis, gydymo įstaigoje buvo surinkta informacija apie klinikinės imties tiriamųjų diagnozes iš stacionarinių ligos istorijų. Tyrėjai rinkdami demografinę ir kriminalinės istorijos informaciją neturėjo standartizuotos anketos, todėl šie duomenys varijuoja savo apimtimi ir išsamumu. Surinktą informaciją apie tiriamuosius, HCR-20 metodikos kodavimo lapus, informuotus sutikimus dalyvauti tyrime, tyrėjai perdavė projekto vykdytojams.

Trečiame tyrimo etape buvo renkama informacija apie stebimų asmenų (tiriamųjų) po paleidimo pakartotinai padarytas nusikalstamas veikas. Informacija apie naujai padarytus nusikaltimus buvo vienintelis pakartotinio nusikalstamumo kintamųjų kodavimo šaltinis. Praėjus vieneriems metams po stebimų asmenų paleidimo iš pataisos įstaigų, projekto vykdytojai VšĮ „Globali iniciatyva

psichiatrijoje“ vadovaudamasi tiriamų asmenų sutikimais, raštu (2008-10-20 Nr. 623) kreipėsi į Informatikos ir ryšių departamentą prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos ir gavo duomenis iš *Įtariamų, kaltinamų ir teistų asmenų žinybinio registro* apie iki 2008-10-23 d. šių asmenų naujai padarytas nusikalstamas veikas (2008-11-04 nr. 6(8)-9R-10553). Tokiu pat principu projekto vykdytojai gavo duomenis iš žinybinio registro apie iki 2009-08-25 d. stebimų asmenų padarytas naujas nusikalstamas veikas (Informatikos ir ryšių departamento prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos raštas 2009-09-01 nr. 6(8)-9R-8973). Apie klinikinės imties tiriamuosius, jokia papildoma informacija nebuvo renkama.

Paskutiniame etape buvo atliekamas duomenų tvarkymas ir statistiniai skaičiavimai.

2.4. Statistinė duomenų analizė

Tyrimo metu gauti duomenys buvo koduojami ir įvedami į statistinį paketą SPSS (v.17), kuriuo buvo vykdomas statistinis rezultatų apdorojimas. Prieš atliekant detalę statistinę analizę duomenys buvo pakartotinai patikrinti. Gautų kintamųjų įverinimui buvo naudojami aprašomosios statistikos metodai. Kiekybinių kintamųjų, kurių skirstiniai neatitinka normališkumo kriterijaus vidurkių rangų palyginimui naudotas Mann–Whitney U ranginis kriterijus. Kiekybinių kintamųjų daugybiniais vidurkių rangų palyginimas naudotas Kruskal-Wallis rangų kriterijus. Kintamųjų prognostinėms galimybėms įvertinti naudota gavėjų veiklos charakteristikų (angl. *Receiver Operating Characteristics* - ROC) analizė. Tikrinant statistines hipotezes pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$.

Gavėjų veiklos charakteristikų (ROC) metodas remiasi signalų aptikimo teorija ir pastaruoju metu plačiai naudojamas prognostiniuose pakartotinio nusikalstamumo, smurto rizikos vertinimo ir pan. tyrimuose (Philippe, 2005). Svarbiausias šio metodo pagalba gaunamas rodiklis yra “plotas po kreive” (angl. *Area Under the Curve* – AUC). Jis gali kisti nuo 0 (ideliai negatyvaus prognozavimo) iki 1,0 – ideliai pozityvaus prognozavimo. Kuo prognostinis rodiklis artimesnis 1,0, tuo prognozė yra tikslesnė. Šis rodiklis parodo santykį tarp klasifikacijos jautrumo (sensitivity) ir specifiškumo. Sensityvumas nurodo teisingo pozityvaus klasifikavimo proporciją, o specifiškumas – teisingai negatyvaus klasifikavimo proporciją.

3. REZULTATAI

3.1. Teismo psichiatrijos pacientų ir nuteistųjų asmenų HCR-20 rodiklių palyginimas

Teismo psichiatrijos pacientai, kuriems taikomos priverčiamosios medicininės priemonės ir įvairiose šalies pataisos įstaigose bausmę atliekantys asmenys buvo specialistų įvertinti smurto rizikos vertinimo metodika HCR-20. Siekiant palyginti ar nuteistųjų ir teismo psichiatrijos pacientų rizikos vertinimo rodikliai skiriasi buvo iškelta hipotezė, jog teismo psichiatrijos pacientams priskiriami aukštesni smurto rizikos vertinimo rodikliai. Šių tiriamųjų grupių rodiklių palyginimui buvo naudojamas Mann-Whitney U rangų kriterijus. Kaip matoma iš rezultatų (6 lentelė), lyginant teismo psichiatrijos pacientų ir nuteistųjų asmenų HCR-20 skirtingų skalių rodiklius rezultatai skiriasi.

6 lentelė. *Teismo psichiatrijos pacientų (K) imties ir nuteistųjų (PI) imties HCR-20 skalių rodiklių palyginimas*

<i>HCR-20 skalė</i>	<i>Imtis (n)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann- Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
Istorinė (H)	K (42)	97,65	4101,50	1169,500	-4,404	0,000
	PI (104)	63,75	6629,50			
Klinikinė (C)	K (42)	64,75	2719,50	1816,500	-1,609	0,108
	PI (104)	77,03	8011,50			
Rizikos valdymo (R)	K (42)	62,18	2611,50	1708,500	-2,072	0,038
	PI (104)	78,07	8119,50			
Bendra (HCR-20)	K (42)	79,11	3322,50	1948,500	-1,020	0,308
	PI (104)	71,24	7408,50			

Lyginant šių dviejų grupių rangų vidurkius paaiškėjo, jog klinikinės imties tiriamųjų rangų vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo nuteistųjų asmenų rodiklių rangų vidurkių dviejose HCR-20 metodikos skalėse – istorinėje ir rizikos valdymo. Istorinės skalės vidutinis įvertis klinikinėje imtyje yra 10,14 balų (SD = 3,34), o pataisos įstaigų tiriamųjų imtyje vidutinis šios skalės įvertis siekia 7,02 balo (SD = 3,51) ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -4,04$, $p = 0,000$). Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp šių dviejų imčių išryškėjo ir rizikos valdymo skalėje. Klinikinės imties rizikos valdymo skalės vidurkis yra 3,31 balo (SD = 2,13), pataisos įstaigų tiriamųjų vidurkis didesnis ir siekia 4,53 balus (SD 2,95), taip pat galima teigti, jog šis vidurkių rangų skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -2,072$, $p = 0,038$). Vertinant tiek pagal klinikinę HCR-20 metodikos skalę, tiek pagal bendrą skalę statistiškai reikšmingi skirtumai nebuvo fiksuoti. Rezultatai parodė, kad klinikinės skalės

vidutiniai balai šiose abiejose grupėse yra artimi: klinikinės imties – 2,14 (SD = 2,03), o pataisos įstaigų imties – 2,81 (SD = 2,28) ir šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($Z = -1,609$, $p = 0,108$). Bendros HCR-20 skalės vidutiniai balai buvo nedaug aukštesni klinikinėje imtyje ir siekė 15,57 balus (SD = 5,84), o pataisos įstaigų tiriamųjų tarpe siekė 14,44 balo (SD = 7,78) ir šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas ($Z = -1,020$ $p = 0,308$).

Siekiant detaliau analizuoti galimus HCR-20 rodiklių skirtumus tarp teismo psichiatrijos pacientų ir nuteistųjų imčių buvo palyginti atskiri HCR-20 metodikos kintamieji (7 lentelė).

7 lentelė. Teismo psichiatrijos pacientų (K) imties ir nuteistųjų (PI) imties HCR-20 metodikos kintamųjų rodiklių palyginimas

<i>HCR-20 kintamasis</i>	<i>Imtis (n)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann- Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
H1. Ankstesni smurtiniai veiksmai	K (42)	93,63	3932,50	1296,500	-4,018	0,000
	PI (103)	64,59	6652,50			
H2. Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje	K (42)	80,64	3387,00	1884,000	-1,383	0,167
	PI (104)	70,62	7344,00			
H3. Intymių santykių nestabilumas	K (42)	87,19	3662,00	1441,000	-3,130	0,002
	PI (100)	64,91	6491,00			
H4. Su darbu susijusios problemos	K (42)	87,71	3684,00	1545,000	-2,876	0,004
	PI (103)	67,00	6901,00			
H5. Psichoakt. medžiagų vartojimo problemos	K (42)	65,13	2735,50	1832,500	-1,628	0,104
	PI (104)	76,88	7995,50			
H6. Pagrindinė psichikos liga	K (42)	121,71	5112,00	75,000	-11,026	0,000
	PI (102)	52,24	5328,00			
H8. Problemos vaikystėje	K (41)	73,37	3008,00	2117,00	-0,070	0,944
	PI (104)	72,86	7577,00			
H9. Asmenybės sutrikimai	K (42)	74,06	3110,50	2034,500	-0,571	0,568
	PI (101)	71,14	7185,50			
H10. Ankstesni režimo pažeidimai	K (42)	63,39	2662,50	1759,500	-1,790	0,073
	PI (102)	76,25	7777,50			
C1. Savivokos stoka	K (42)	78,83	3311,00	1918,000	-1,153	0,249
	PI (103)	70,62	7274,00			
C2. Negatyvios nuostatos	K (42)	60,90	8027,00	1655,000	-2,473	0,013
	PI (103)	77,93	8027,00			
C3. Aktyvūs psichotiniai simptomai	K (42)	74,11	3112,50	2032,500	-1,130	0,249
	PI (101)	71,12	7183,50			
C4. Impulsyvumas	K (42)	65,75	2761,50	1858,500	-1,557	0,13
	PI (104)	76,63	7969,50			
C5. Intervencijos nepriėmimas	K (42)	59,36	2493,00	1590,000	-2,763	0,006
	PI (103)	78,56	8092,00			
R1. Planų realumo stoka	K (42)	71,64	3009,00	2106,000	-0,364	0,716
	PI (104)	74,25	7722,00			

R2. Buvimas destabiliz. aplinkoje	K (42)	56,20	2360,50	1457,500	-3,380	0,001
	PI (104)	80,49	8370,50			
R3. Asmeninės paramos stoka	K (42)	67,33	2828,00	1925,000	-1,229	0,219
	PI (104)	75,99	7903,00			
R4. Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis	K (42)	59,61	2503,50	1600,500	-2,808	0,005
	PI (104)	79,11	8227,50			
R5. Aukštas patiriamo streso lygis	K (42)	66,79	2805,00	1902,000	-1,363	0,173
	PI (104)	76,21	7926,00			

Lyginant klinikinės imties tiriamųjų ir pataisos įstaigų tiriamųjų HCR-20 atskirų kintamųjų rodiklius galima teigti, jog statistiškai reikšmingi skirtumais išryškėjo aštuoniuose iš tirtų devyniolikos metodikos kintamųjų. Daugiausiai vidurkių rangais besiskiriančių kintamųjų yra istorinėje metodikos skalėje. Rezultatai rodo, jog teismo psichiatrijos pacientams aukštesni balai priskiriami H1 „Ankstesni smurtiniai veiksmai“, H3 „Intymių santykių nestabilumas, H4 „Su darbu susijusios problemos, taip pat klinikinėje imtyje žymiai išsiskiria H6 „Pagrindinė psichikos liga“ kintamieji. Tačiau vertintojai pastebi, jog pataisos įstaigos tiriamiesiems labiau būdingi rizikos veiksniai tiriami klinicine metodikos skale. C2 „Negatyvios nuostatos“ ir C5 „Intervencijos nepriėmimas“ vidurkių rangai statistiškai patikimai aukštesni pataisos įstaigų tiriamųjų imtyje. Nuteistiesiems tiriamiems asmenis labiau būdingi ir rizikos veiksniai susiję su rizikos valdymo kintamaisiais. Statistiškai reikšmingi vidurkių rangų skirtumai išryškėjo R2 „Buvimas destabilizuojančioje aplinkoje“ ir R4 „Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis“.

Apibendrinus teismo psichiatrijos ir pataisos įstaigų nuteistųjų rezultatus galima teigti, jog kelta hipotezė, jog teismo psichiatrijos pacientams priskiriami aukštesni rizikos balai nepasitvirtino. Kaip matyti iš rezultatų bendro HCR-20 smurto rizikos vertinimo balų skirtumai nėra reikšmingi, tačiau išryškėjo reikšmingi skirtumai tiek tarp atskirų poskalių, tiek tarp atskirų metodikos kintamųjų. Galima teigti, jog teismo psichiatrijos pacientams priskiriami aukštesni balai istorinėje skalėje, o nuteistiesiems – rizikos valdymo. Nors klinikinės skalės rangų vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė, tačiau atskiri šios skalės kintamieji aukštesni pataisos įstaigų tiriamųjų imtyje.

3.2. Nuteistųjų vyrų ir moterų HCR-20 rodiklių palyginimas

Lyginant nuteistųjų vyrų ir moterų HCR-20 smurto rizikos vertinimo rodiklius, kaip ir tikėtas išryškėjo žymūs skirtumai tarp rodiklių priklausomai nuo lyties. Buvo kelta hipotezė, jog nuteistiesiems vyrams priskiriami aukštesni rizikos vertinimo rodikliai nei nuteistosioms moterims. Galima teigti, jog hipotezė pasitvirtino pilnai.

Kaip matoma 8 lentelėje nuteistiesiems vyrams priskiriami aukštesni rizikos vertinimo rodikliai pagal visas HCR-20 metodikos subskales bei bendrą HCR-20 skalę.

8 lentelė. *HCR-20 rodiklių palyginimas tarp nuteistųjų vyrų (V) ir nuteistųjų moterų (M) imčių*

<i>HCR-20 skalė</i>	<i>Imtis (n)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann- Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
Istorinė (H)	M (30)	25,05	4708,50	286,500	-5,939	0,000
	V (74)	63,63	751,50			
Klinikinė (C)	M (30)	22,53	4784,00	211,000	-6,525	0,000
	V (74)	64,65	676,00			
Rizikos valdymo (R)	M (30)	25,33	760,00	295,00	-5,885	0,000
	V (74)	63,51	4700,00			
Bendra (HCR-20)	M (30)	20,50	615,00	150,000	-6,898	0,000
	V (74)	65,47	4845,00			

HCR-20 metodikos istorinės subskalės moterų nuteistųjų balų vidurkis siekia 3,80 balo (SD = 2,631), o vyrų – 8,32 (SD = 2,952) ir šis vidurkių rangų skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -5,936$, $p = 0,000$). Statistiškai reikšmingas priskiriamų balų skirtumas išryškėjo ir klinikinėje skalėje: moterims nuteistosioms priskiriami žemesni balai (vid. 0,73, SD = 0,868), o vyrams aukštesni (vid. 3,65, SD = 2,135) ($Z = -6,525$, $p = 0,000$). Nuteistųjų moterų rizikos valdymo skalės vidutinis įvertis siekia 1,97 balo (SD = 1,691), o nutesitųjų vyrų šios skalės rodikliai yra aukštesni - 5,57 (SD = 2,725) ir šis skirtumas yra statistiškai patikimas ($Z = -5,885$, $p = 0,000$). Statistiškai reikšmingas skirtumas išryškėjo analizuojant ir bendros HCR–20 metodikos skalės rodiklių skirtumus tarp nuteistų vyrų ir moterų ($Z = -6,898$, $p = 0,000$). Šioje skalėje vyrų vidutinis įvertis siekia 17, 61 balų (SD = 6,72), o moterų – 6,63 (SD = 3,567).

Siekiant detaliau analizuoti galimus HCR-20 rodiklių skirtumus priklausomai nuo tiriamų nuteistųjų asmenų lyties buvo palyginti atskiri metodiką sudarantys kintamieji (9 lentelė).

Kaip ir HCR-20 metodikos skalėse, atskiruose ją sudarančiuose kintamuosiuose išryškėjo žymūs skirtumai tarp nuteistų tiriamųjų lyčių. Pastebėtina, jog tiriamiesiems vyrams priskiriami aukštesni tiek istorinėje skalėje, tiek klinikinėje, tiek rizikos valdymo skalėse. Pažymėtina, jog istorinėje skalėje vyrų tarpe statistiškai reikšmingai aukštesni visų kintamųjų rangų vidurkiai išskyrus H6 „Pagrindinė psichikos liga“ ($Z = -0,067$, $p = 0,947$) ir H9 „Asmenybės sutrikimai“ ($Z = -1,137$, $p = 0,076$), o klinikinėje skalėje statistiškai patikimai skyrėsi visi skalės elementai išskyrus C3 „Aktyvūs psichotiniai simptomai“, kurio rangų vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($Z = -1,137$, $p =$

0,255). Rizikos valdymo skalėje, visų skalę sudarančių kintamųjų vidurkių rangai statistiškai reikšmingai aukštesni vyrų nuteistųjų imtyje.

9 lentelė. Nuteistųjų moterų (M) ir vyrų (V) imčių HCR-20 metodikos kintamųjų rodiklių palyginimas

<i>HCR-20 kintamasis</i>	<i>Imtis (n)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann- Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
H1. Ankstesni smurtiniai veiksmai	M (30)	39,77	1193,00	728,000	-2,832	0,005
	V (73)	57,03	4163,00			
H2. Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje	M (30)	28,70	861,00	396,000	-5,496	0,000
	V (74)	62,15	4599,00			
H3. Intymių santykių nestabilumas	M (30)	38,98	1169,80	704,500	-2,864	0,005
	V (70)	55,44	3880,50			
H4. Su darbu susijusios problemos	M (30)	36,47	1094,00	629,000	-3,634	0,000
	V (73)	58,38	4262,00			
H5. Psichoakt. medžiagų vartojimo problemos	M (30)	39,52	1185,50	720,500	-3,018	0,003
	V (74)	57,76	4274,50			
H6. Pagrindinė psichikos liga	M (30)	51,37	1541,00	1076,00	-0,067	0,947
	V (72)	51,56	3712,00			
H8. Problemos vaikystėje	M (30)	33,42	1002,50	537,500	-4,358	0,000
	V (74)	60,24	4457,50			
H9. Asmenybės sutrikimai	M (30)	45,82	1374,50	909,500	-1,776	0,076
	V (71)	53,19	3776,50			
H10. Ankstesni režimo pažeidimai	M (29)	42,05	1219,50	784,500	-2,179	0,029
	V (73)	55,25	4033,50			
C1. Savivokos stoka	M (30)	27,37	821,00	356,000	-5,842	0,000
	V (73)	62,12	4535,00			
C2. Negatyvios nuostatos	M (30)	33,80	1014,00	549,000	-4,337	0,000
	V (73)	59,48	4342,00			
C3. Aktyvūs psichotiniai simptomai	M (30)	49,50	1485,00	1020,00	-1,137	0,255
	V (71)	51,63	3666,00			
C4. Impulsyvumas	M (30)	41,18	1235,50	770,500	-2,675	0,007
	V (74)	57,09	4224,50			
C5. Intervencijos nepriėmimas	M (29)	33,07	959,00	524,000	-4,352	0,000
	V (74)	59,42	4397,00			
R1. Planų realumo stoka	M (30)	33,93	1018,00	553,000	-4,298	0,000
	V (74)	60,03	4442,00			
R2. Buvimas destabiliz. aplinkoje	M (30)	25,38	761,50	296,500	-6,244	0,000
	V (74)	63,49	4698,50			
R3. Asmeninės paramos stoka	M (30)	39,73	1192,00	727,000	-2,989	0,003
	V (74)	57,68	4268,00			
R4. Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis	M (30)	32,25	967,50	502,500	-4,733	0,000
	V (74)	60,71	4492,50			

R5. Aukštas patiriamo streso lygis	M (30)	41,25	1237,50	772,500	-2,623	0,009
	V (74)	57,06	4222,50			

Apibendrinant galima teigti, jog vertinant HCR-20 metodika išryškėjo žymūs skirtumai tarp vyrų ir moterų nuteistųjų. Galima tvirtai teigti, jog vyrams nuteistiesiems priskiriami žymiai aukštesni bendri HCR-20 rizikos balai ir šie skirtumai yra reikšmingi tiek atskirose metodiką sudarančiose istorinėje, klinikinėje, rizikos valdymo subskalėse, tiek bendroje HCR-20 skalėje. Vertinant atskirus metodiką sudarančius kintamuosius taip pat išryškėjo žymūs skirtumai tarp lyčių: nuteistiesiems vyrams priskiriami aukštesni rizikos balai pagal visus kintamuosius išskyrus tuos, kurie susiję su psichikos ir elgesio sutrikimų diagnozavimu.

3.3. Skirtingiems rizikos lygiams priskiriamų nuteistųjų HCR-20 rodiklių palyginimas

Tyrėjai atlikdami rizikos vertinimą HCR-20 ne tik skiria konkrečiam asmeniui balus skirtingose metodikos skalėse, bet ir priskiria konkretų asmenį rizikos lygiui. Galimi trys pasirinkimo variantai: „maža rizika“, „vidutinė rizika“, „aukšta rizika“. Pažymėtina, jog HCR-20 nėra psichometrinis testas, o daugiau klinikinės gairės, kurios nenurodo jokių eksplcitinių taisyklių, kokių būdu asmuo turėtų būti priskirtas vienai iš minėtų kategorijų, todėl galima atvejais, kuomet rizikos lygiui amuo priskiriamas neatsižvelgiant į jo surinktus balus pagal HCR-20 metodikos skales. Tikimasi, jog jog aukštesnės priskirtos rizikos lygmens nuteistiesiems, priskiriami didesni HCR-20 rodikliai (balai). Siekiant patikrinti šį uždavinį, atliktas daugybinis vidurkių rangų palyginimas naudojant Kruskal-Wallis ranginį kriterijų (10 lentelė).

Kaip matome iš gautų rezultatų, tiek pagal atskiras metodikos skales, tiek pagal bendrą HCR-20 skalę didesnės rizikos tiriamiesiems asmenims priskiriami aukštesni balai. Nuteistųjų, kurie tyrėjų buvo priskirti žemai rizikai istorinės skalės vidutinis rangas yra 19,58, o vidutinės rizikos nuteistųjų 34,68, asmenų, kuri buvo klaidinami kaip aukštos smurto rizikos, vidutinis rangas yra didžiausias ir siekia 51,40 ir šie skirtumai yra statistškai reikšmingi ($\chi^2 = 25,637$, $p = 0,000$). Tiriamųjų, kurie buvo priskirti žemai smurto rizikai klinikinės skalės vidutinis rangas yra 21,95, o tiriamųjų, kurių rizika vidutinė - 31,25, nuteistų asmenų, kuriuos tyrėjai priskyrė aukštai pakartotinio nusikalstamumo rizikai vidutinis rangas siekia 53,44 balus ir šie skirtumai yra statistškai reikšmingi ($\chi^2 = 28,112$, $p = 0,000$). Analogiški rezultatai gauti ir rizikos valdymo skalėje. Šioje skalėje mažos rizikos tiriamųjų vidutinis rangas siekia 17,26, vidutinės rizikos tiriamųjų vidutinis rangas - 31,70, o didelės rizikos

tiriamieji surenka daugiausiai balų pagal rizikos valdymo skalę - 56,50 ir šie balų skirtumai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 40,958$, $p = 0,000$). Kaip ir atskirose metodikos skalėse taip ir bendroje HCR-20 skalėje tyrėjo įvertintiems kaip mažos rizikos asmenims priskiriami balai yra mažiausi (vidut. rangas 15,74), vidutinės rizikos - 32,68, asmenų, kurie buvo įvertinti kaip didžiausios rizikos balų vidurkių rangas yra didžiausias ir siekia 56,56 balus, o šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 42,749$, $p = 0,000$).

10 lentelė. Skirtingų rizikos lygių tiriamųjų HCR-20 rodiklių palyginimas

<i>HCR-20 Skalė</i>	<i>Rizikos lygis</i>	<i>n</i>	<i>Vidutinis rangas</i>	<i>χ^2</i>	<i>Laisvės laipsniai (df)</i>	<i>p</i>
Istorinė skalė (H)	Maža	19	19,58	25,637	2	0,000
	Vidutinė	28	34,68			
	Didelė	25	51,40			
	Iš viso:	72				
Klinikinė skalė (C)	Maža	19	21,95	28,112	2	0,000
	Vidutinė	28	31,25			
	Didelė	25	53,44			
	Iš viso:	72				
Rizikos valdymo skalė (R)	Maža	19	17,26	40,958	2	0,000
	Vidutinė	28	31,70			
	Didelė	25	56,50			
	Iš viso:	72				
Bendra HCR-20 skalė	Maža	19	15,74	42,749	2	0,000
	Vidutinė	28	32,68			
	Didelė	25	56,56			
	Iš viso:	72				

Buvo tirta atskirų metodikos skales sudarančių kintamųjų vidurkių skirtumai priklausomai nuo tiriamųjų asmenų priskirto rizikos lygio. Daugybiniams vidurkių rangų palyginimams naudotas Kruskal-Wallis kriterijus, rezultatai pateikiami 11 lentelėje.

Rezultatai parodė, jog keturiolika iš tirtų devyniolikos metodikos kintamųjų balų vidutiniai rangai statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo tiriamųjų rizikos lygio. Šiuos rezultatus panagrinėsime plačiau. Istorinės skalės H1 kintamasis “Ankstesni smurtiniai veiksmai” statistiškai patikimai diskriminavo mažos (22,06), vidutinės (34,64) ir didelės rizikos tiriamus asmenis (47,56) ($\chi^2 = 19,146$, $p = 0,000$). H2 kintamasis “Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje” taip pat skyrėsi priklausomai nuo rizikos lygio, mažos rizikos tiriamųjų vidutinis rangas siekė 22,68, vidutinės rizikos – 38,14, o didelės rizikos vidutinis rangas – 45,16 ir šie skirtumai yra statistiškai reikšmingi (χ^2

= 14,451, $p = 0,001$). H3 kintamajame „Intymių santykių nestabilumas“, statistiškai patikimas vidurkių rangų skirtumas priklausomai nuo rizikos lygio buvo rastas tik tarp žemos (28,18) ar vidutinės (29,00) rizikos lygio ir aukštos (45,16) rizikos, o žemos ir vidutinės rizikos tiriamųjų šie vidurkių rangai statistiškai nesiskyrė ($\chi^2 = 12,341$, $p = 0,002$). H4 istorinės skalės kintamojo „Su darbu susijusios problemos“ rangai varijavo priklausomai nuo tiriamiesiems priskirtos rizikos lygio, mažos – 25,45, vidutinės – 33,91, o didelės – 46,28 ir šie skirtumai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 13,210$, $p = 0,001$). Kintamojo H5 „Psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemos“ kintamojo rangų vidurkiai tarp skirtingos rizikos tiriamų asmenų statistiškai reikšmingai skyrėsi ($\chi^2 = 8,194$, $p = 0,017$). Mažos rizikos asmenų vidutinis rangas siekė 27,97, vidutinės – 35,34, o didelės – 44,28. Keturių istorinės skalės kintamųjų H6 „Pagrindinė psichikos liga“, H8 „Problemos vaikystėje“, H9 „Asmenybės sutrikimai“ ir H10 „Ankstesni režimo pažeidimai“ vidutiniai rangai priklausomai nuo rizikos lygio statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p > 0,05$).

11 lentelė. Skirtingų rizikos lygių tiriamųjų atskirų HCR-20 kintamųjų palyginimas

<i>HCR-20 kintamasis</i>	χ^2	<i>Laisvės laipsniai (df)</i>	<i>p</i>
H1. Ankstesni smurtiniai veiksmai	19,146	2	0,000
H2. Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje	14,451	2	0,001
H3. Intymių santykių nestabilumas	12,341	2	0,002
H4. Su darbu susijusios problemos	13,210	2	0,001
H5. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemos	8,194	2	0,017
H6. Pagrindinė psichikos liga	2,310	2	0,315
H8. Problemos vaikystėje	0,812	2	0,666
H9. Asmenybės sutrikimai	1,839	2	0,399
H10. Ankstesni režimo pažeidimai	1,061	2	0,588
C1. Savivokos stoka	8,412	2	0,015
C2. Negatyvios nuostatos	12,2372	2	0,002
C3. Aktyvūs psichotiniai simptomai	2,250	2	0,325
C4. Impulsyvumas	16,959	2	0,000
C5. Intervencijos nepriėmimas	15,340	2	0,000
R1. Planų realumo stoka	27,900	2	0,000
R2. Buvimas destabilizuojančioje aplinkoje	21,836	2	0,000
R3. Asmeninės paramos stoka	20,088	2	0,000
R4. Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis	14,016	2	0,000
R5. Aukštas patiriamas streso lygis	27,169	2	0,000

Klinikinėje HCR-20 metodikos skalėje iš penkių ją sudarančių kintamųjų statistiškai patikimi skirtumai buvo rasti keturiose skalėse. Pastebėtina, jog statistiškai patikimo skirtumo nebuvo rasta tik

C3 „Aktyvūs psichotiniai simptomai“ ($p > 0,05$). Lyginant vidurkių rangus C1 kintamajame „Savivokos stoka“ rasta, jog priskirtų mažai rizikai tiriamųjų rangų vidurkis siekė 29,18, vidutinei rizikai – 33,54, o didelei rizikai – 45,38 ir šie skirtumai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 8,412$, $p = 0,015$). Rasti skirtumai ir C2 kintamajame „Negatyvios nuostatos“, šiuo atveju mažos rizikos (30,74) ir vidutinės rizikos (30,61) tiriamųjų rangų vidurkiai nesiskyrė, tačiau skyrėsi juos lyginant su didelės rizikos tiriamaisiais asmenimis (47,48) ($\chi^2 = 12,2372$, $p = 0,002$). Lyginant tiriamuosius pagal C4 „Impulsyvumas“ kintamąjį taip pat galima teigti, jog rangų vidurkiai patikimai skyrėsi priklausomai nuo rizikos laipsnio, mažos rizikos tiriamųjų rangų vidurkis siekė 22,89, vidutinės rizikos tiriamųjų jis buvo didesnis – 36,29, o didelės – 47,08 ir šis skirtumas statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 16,959$, $p = 0,000$). Rasti skirtumai ir pagal C5 „Intervencijų nepriėmimas“. Priskirtų mažai rizikai tiriamųjų rangų vidurkis siekė 24,95, vidutinei – 34,13, o didelei – 47,94 ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 15,340$, $p = 0,000$).

Lyginant tiriamuosius pagal rizikos valdymo skalę paaiškėjo, jog visi šios skalės kintamieji diferencijavo mažos, vidutinės ir didelės rizikos tiriamuosius. Pagal R1 kintamąjį „Planų realumo stoka“ mažos rizikos tiriamųjų rangų vidurkis siekė 22,95, vidutinės rizikos – 31,29, o didelės rizikos tiriamųjų – 52,64 ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 27,900$, $p = 0,000$). R2 „Buvimas destabilizuojančioje aplinkoje“ kintamojo rangų vidurkiai taip pat aukštesni, pas didesnės rizikos tiriamuosius. Mažos rizikos tiriamųjų vidurkis siekia 21,74, vidutinės rizikos – 36,13, o didelės rizikos – 48,14 ($\chi^2 = 21,836$, $p = 0,000$). Tas pat pasakytinai apie R3 kintamąjį „Asmeninės paramos stoka“, šiuo atveju mažos rizikos tiriamųjų vidutinis rangas – 24,50, vidutinės rizikos – 32,11, o didelės – 49,94 ir šie skirtumai statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 20,088$, $p = 0,000$). Statistiškai reikšmingi vidurkių rangų skirtumai išryškėjo ir R4 kintamajame „Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis“, mažos rizikos tiriamųjų vidutinis rangas siekia 25,39, vidutinės rizikos – 32,11, o didelės rizikos – 49,86 ($\chi^2 = 14,016$, $p = 0,000$). Pastebėtina, jog pagal R5 kintamąjį „Aukštas patiriamo streso lygis“ taip pat galima teigti, jog skirtingos priskirtos rizikos tiriamųjų vidutiniai balai skiriasi. Pagal šį kintamąjį mažos rizikos asmenų balų vidutinis rangas yra 21,95, vidutinės rizikos – 32,96, o didelės – 51,52 ir šie rangų vidurkių skirtumai yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2 = 27,169$, $p = 0,000$).

Kaip matėme iš rezultatų daugumoje atvejų aukštesnius balus surenkantys tiriamieji yra vertintojų priskiriami aukštesniam rizikos lygiui. Verta pastebėti, jog šis aspektas atsiskleidė visose metodikos skalėse. Kiek labiau rezultatai išsiskyrė analizuojant atskirus metodiką sudarančius kintamuosius. Šiuo atveju kai kurie kintamieji buvo mažai informatyvūs, nes nediferencijavo tiriamųjų

pagal rizikos lygius, pvz., kintamieji susiję su psichikos sveikatos problemomis, diagnozėmis. Labai informatyvūs buvo rizikos valdymo skalės kintamieji.

3.4. Nuteistųjų už smurtinius ir nesmurtinius nusikaltimus HCR-20 rodiklių palyginimas

HCR-20 metodika visų pirma buvo sukurta kaip metodika skirta smurtui įvairiose aplinkose prognozuoti, todėl siekiant įvertinti ar nuteistųjų, kurie buvo atlikę smurtines nusikalstamas ir nuteistųjų ne už smurtines nusikalstamas veikas HCR-20 rodikliai skiriasi, palyginome jų rangų vidurkius naudojant Mann-Whitney U kriterijų. Iškelta hipotezė, jog nuteistiesiems už smurtines nusikalstamas veikas priskiriami aukštesni smurto rizikos balai, nei nuteistiesiems ne už smurtines veikas. Iš tirtų asmenų 41 % nebuvo padarę smurtinių nusikaltimų, o 52 % tiriamųjų buvo nuteisti už 1-2 smurtines nusikalstamas veikas, 7% nuteistųjų tiriamų asmenų buvo nuteisti už 3-4 smurtines nusikalstamas veikas. Galima teigti, jog hipotezė pasitvirtino (12 lentelė).

12 lentelė. *Nuteistųjų už smurtines nusikalstamas veikas (S) ir nuteistųjų ne už smurtines nusikalstamas veikas (NS) HCR-20 rodiklių palyginimas*

<i>HCR-20 skalė</i>	<i>Imtis (n)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
Istorinė (H)	S (59)	60,71	3582,00	607,000	-4,246	0,000
	NS (41)	35,80	1468,00			
Klinikinė (C)	S (59)	60,60	3575,50	613,500	-4,225	0,000
	NS (41)	35,96	1474,50			
Rizikos valdymo (R)	S (59)	55,32	3264,00	925,000	-2,007	0,045
	NS (41)	43,56	1786,00			
Bendra (HCR-20)	S (59)	59,80	3528,00	661,000	-3,850	0,000
	NS (41)	37,12	1522,00			

Kaip matome iš pateiktų rezultatų visose HCR-20 metodikos skalėse, o taip pat bendroje metodikos skalėje išryškėjo statistiškai reikšmingi skirtumai. Istorinėje HCR-20 skalėje asmenų, kurie buvo atlikę bent vieną smurtinę nusikalstamą veiką rangų vidurkis (60,71) buvo statistiškai patikimai didenis už nuteistuosius, kurie nebuvo teisti už smurtines nusikalstamas veikas (35,80) ($Z = -4,246$, $p = 0,000$). Taip pat žymūs skirtumai išryškėjo ir klinikinėje metodikos skalėje, kur nuteistųjų atlikusių smurtines veikas rangų vidurkis buvo 60,60, o nuteistųjų už kitokio pobūdžio nusikaltimus jis buvo mažesnis ir siekė 35,96, galima teigti, jog šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -4,225$, $p =$

0,000). Kiek mažesnis rangų vidurkių skirtumas atspindėjo rizikos valdymo skalėje, kur nuteistųjų atlikusių smurtinės nusikalstamos veikos rangų vidurkis buvo 55,32, o kitų nuteistųjų asmenų – 43,56, tačiau ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -2,007$, $p = 0,045$). Lyginant nuteistuosius, kurie buvo padarę smurtinės veikos ir tuos, kurie nebuvo padarę smurtinių veikų pagal bendrą HCR-20 skalę, skirtumas taip pat didelis. Smurtinės veikos padariusių nuteistųjų rangų vidurkis - 59,80, o tokių veikų nepadariusių 37,12 ($Z = -3,850$, $p = 0,000$).

Siekiant nustatyti, pagal kuriuos HCR-20 skalių kintamuosius labiausiai skiriasi nutesitųjų padariusių smurtinės nusikalstamos veikos ir tokių veikų nepadariusių asmenų rodikliai, jie buvo palyginti (13 lentelė).

Kaip ir buvo tikėtasi žymūs skirtumai išryškėjo istorinės skalės H1 kintamajame „Ankstesni smurtiniai veiksmai, o taip pat H2 kintamajame „Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje“. Rezultatus pangrinėsime plačiau.

13 lentelė. Nuteistųjų už smurtinės nusikalstamos veikos (S) ir nuteistųjų ne už smurtinės nusikalstamos veikos (NS) HCR-20 kintamųjų rodiklių palyginimas

<i>HCR-20 kintamasis</i>	<i>Imtis (n=)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann- Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
H1. Ankstesni smurtiniai veiksmai	S (59)	68,14	4020,00	110,000	-8,103	0,000
	NS (40)	23,25	930,00			
H2. Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje	S (59)	64,81	3824,00	365,000	-6,362	0,000
	NS (41)	29,90	1226,00			
H3. Intymių santykių nestabilumas	S (56)	54,79	3068,00	824,000	-2,549	0,011
	NS (41)	41,10	1685,00			
H4. Su darbu susijusios problemos	S (58)	50,99	2957,50	1131,500	-0,438	0,662
	NS (41)	48,60	1992,50			
H5. Psichoakt. medžiagų vartojimo problemos	S (59)	54,70	3227,50	961,500	-1,882	0,060
	NS (41)	44,45	1822,50			
H6. Pagrindinė psichikos liga	S (58)	49,88	2893,00	1138,000	-0,383	0,702
	NS (40)	48,95	1950,00			
H8. Problemos vaikystėje	S (59)	49,95	2947,00	1177,00	-0,242	0,809
	NS (41)	51,29	2103,00			
H9. Asmenybės sutrikimai	S (57)	48,88	2786,00	1133,000	-0,078	0,938
	NS (40)	49,18	1967,00			
H10. Ankstesni režimo pažeidimai	S (58)	49,47	2869,00	1158,00	-0,016	0,988
	NS (40)	49,55	1982,00			
C1. Savivokos stoka	S (58)	54,44	3157,50	931,500	-1,993	0,046
	NS (41)	43,72	1792,50			

C2. Negatyvios nuostatos	S (58)	56,62	3284,00	805,000	-2,981	0,003
	NS (41)	40,63	1666,00			
C3. Aktyvūs psichotiniai simptomai	S (58)	49,69	2882,00	1149,000	-0,266	0,790
	NS (40)	49,23	1969,00			
C4. Impulsyvumas	S (59)	58,77	3467,50	721,500	-3,764	0,000
	NS (41)	38,60	1582,50			
C5. Intervencijos nepriėmimas	S (59)	56,39	3327,00	803,000	-2,904	0,004
	NS (40)	40,58	1623,00			
R1. Planų realumo stoka	S (59)	51,81	3057,00	1132,000	-0,585	0,559
	NS (41)	48,61	1993,00			
R2. Buvimas destabiliz. aplinkoje	S (59)	54,70	3227,50	961,500	-1,859	0,063
	NS (41)	44,45	1822,50			
R3. Asmeninės paramos stoka	S (59)	55,31	3263,00	926,000	-2,158	0,031
	NS (41)	43,59	1787,00			
R4. Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis	S (59)	53,60	3162,50	1026,500	-1,392	0,164
	NS (41)	46,04	1887,50			
R5. Aukštas patiriamo streso lygis	S (59)	54,79	3232,50	956,500	-1,915	0,056
	NS (41)	44,33	1817,50			

Pirmajame metodikos kintamajame asmenų atlikusių su smurtu susijusias nusikalstamas veikas rangų vidurkis buvo gerokai aukštesnis nei tokių veikų nepadariusių tiriamųjų, atitinkamai 68,14 ir 23,25, šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -8,103$, $p = 0,000$). Aukštesnis rangų vidurkis fiksuotas ir pagal kintamąjį „Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje“, čia smurtinius veiksmus atlikusių tiriamųjų vidutinis rangas – 64, 81, o nesmurtininkų tarpe – 29,90 ($Z = -6,362$, $p = 0,000$). Panašūs rezultatai gauti ir H3 kintamajame „Intymių santykių nestabilumas“, čia smurtininkų rangų vidurkis (54,79) buvo didesnis už nesmurtininkus (41,10) ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -2,549$, $p = 0,011$). Likę istorinės skalės kintamieji H4 „Su darbu susijusios problemos“, H6 „Pagrindinė psichikos liga“, H8 „Problemos vaikystėje“, H9 „Asmenybės sutrikimai“ ir H10 „Ankstesni režimo pažeidimai“, nefiksavo statistiškai reikšmingo skirtumo tarp smurtinės nusikalstamas veikas atlikusių nuteistųjų ir likusių nuteistųjų ($p > 0,05$). Pažymėtina, jog istorinės skalės H5 kintamasis „Psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemos“, nesiskiria ribiniu lygmeniu ($p = 0,060$) ir rodo tendenciją, jog smurtauti linkę nuteistieji gali turėti daugiau problemų su narkotinių medžiagų vartojimu nei nesmurtaujantys nuteistieji.

Lyginant nuteistųjų atlikusių smurtinius nusikaltimus ir tokių nusikaltimų neatlikusių tiriamųjų klinikinės skalės rodiklius paaiškėjo, jog statistiškai reikšmingai skiriasi keturiu skalių vidurkių rangai. Tyrėjų vertinimu, jiems priskirtini didesni balai pagal C4 „Impulsyvumas“ kintamąjį. Smurtininkų tarpe vidutinis šio rodiklio rangas siekia 58,77, o nesmurtininkų tarpe jis mažesnis – 38,60 ir šis

skirtumas yra reikšmingas ($Z = -3,764$, $p = 0,000$). Vertintojų požiūriu, asmenys atlikę smurtinius nusikaltimus buvo labiau linkę išreikšti negatyvias nuostatas (C3 “Negatyvios nuostatos”) ($Z = -2,981$, $p = 0,003$). Taip pat rastas ribinio lygmens statistiškai reikšmingas skirtumas tarp šių grupių tiriamųjų kintamajame C1 “Savivokos stoka”, smurtininkų tarpe vidutinis rangas siekė 54,44, o nesmurtininkų 43,72 ($Z = -1,993$, $p = 0,046$). Smurtininkai taip pat yra labiau linkę nepriimti intervencijų ($Z = -2,904$, $p = 0,004$). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių grupių nebuvo rasta kintamajame C3 “Aktyvūs psichotiniai simptomai” ($p > 0,05$).

Rizikos valdymo skalėje statistiškai reikšmingas skirtumas rastas pagal du kintamuosius, o pagal tris likusius skalės kintamuosius statistiškai patikimo skirtumo tarp smurtaujančių nuteistųjų ir nesmurtaujančių nebuvo rasta. Tyrėjų vertinimu R3 “Asmeninės paramos stoka“ balai buvo didesni smurtaujančių grupėje 55,31, o nesmurtaujančių 43,59 ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -2,158$, $p = 0,031$). Nuteistiesiems atlikusiems su smurtu susijusias nusikalstamas veikas yra priskiriami aukštesni balai pagal R5 “Aukštas patiriamo streso lygis“ (atitinkamai 54,79 ir 44,33), šio kintamojo atveju galime kalbėti tik apie ribinio lygmens statistinį reikšmingumą ($Z = -1,915$, $p = 0,056$).

Apibendrinant galime teigti, jog asmenų, kurie buvo teisti už smurtines nusikalstamas veikas ir nuteistųjų, kurie nebuvo teisti už smurtines nusikalstamas veikas HCR-20 pagrindiniai rodikliai patikimai skiriasi. Ryškiausiai šis skirtumas atsispindi istorinėje, klinikinėje ir bendroje skalėje, o kiek mažiau ryškus, tačiau vis tiek statistiškai reikšmingas šis skirtumas yra HCR-20 metodikos rizikos valdymo skalėje. Šių nuteistųjų grupių skirtumai atsispindi ir metodikos atskiruose kintamuosiuose, labiausiai šie skirtumai išryškėja tokiuose klausimuose kaip „Ankstesni smurtiniai veiksmai“, „Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje“, „Impulsyvumas“ ir kt. Taip pat nustatyta, jog kai kurie metodikos kintamieji šias grupes diferencijuoja ribiniu lygmeniu, pvz., „Aukštas patiriamo streso lygis“. Galima teigti, jog bendri metodikos skalių įverčiai, patikimiau diferencijuoja smurtinius nuteistuosius nei nuteistuosius, kurie nebuvo atlikę smurtinių nusikalstamų veikų, nei atskiri metodikos kintamieji.

3.5. Pakartotinai nusikaltusių ir nenusikaltusių asmenų HCR-20 metodikos rodiklių palyginimas

Vienas iš šio tyrimo uždavinių yra palyginti nuteistųjų asmenų, kurie pakartotinai padarė nusikalstamas veikas, ir tiriamųjų, kurie pakartotinai nenusikalto HCR-20 metodikos rodiklius. Tikrinant ar šių grupių rodikliai skiriasi naudojamas ranginis Mann-Whitney U kriterijus, kai statistinio reikšmingumo lygmuo $p = 0,05$. Galima teigti, jog pakartotinai nusikaltusių asmenų rodikliai yra aukštesni nei pakartotinai nenusikaltusių (15 lentelė).

15 lentelė. *Pakartotinai nenusikaltusių (NN) ir pakartotinai nusikaltusių (PN) tiriamųjų HCR-20 rodiklių palyginimas*

<i>HCR-20 skalė</i>	<i>Imtis (n)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
Istorinė (H)	NN (57)	43,20	2462,50	809,500	-2,266	0,023
	PN (39)	56,24	2193,50			
Klinikinė (C)	NN (57)	44,70	2548,00	895,000	-1,633	0,102
	PN (39)	54,05	2108,00			
Rizikos valdymo (R)	NN (57)	41,39	2359,00	706,000	-3,044	0,002
	PN (39)	58,90	2297,00			
Bendra (HCR-20)	NN (57)	41,93	2390,00	737,000	-2,798	0,005
	PN (39)	58,10	2266,00			

Kaip matoma iš pateiktų duomenų, nusikaltusių ir nenusikaltusių asmenų rodikliai statistiškai reikšmingai skiriasi trijose iš keturių metodikos skalių. Asmenų nepadariusių pakartotinių nusikalstamų veikų istorinės skalės vidutinis rangas siekia 43,20 ir jis yra mažesnis už tiriamųjų, kurie pakartotinai nusikalto (56,24) ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -2,266$, $p = 0,023$). Panašūs rezultatai gauti taip pat ir rizikos valdymo skalėje, kur pakartotinai nusikaltusių asmenų rangų vidurkis siekė 58,90, o nenusikaltusių – 41,39 ($Z = -3,044$, $p = 0,002$). Statistiškai reikšmingas šių rodiklių skirtumas buvo rastas ir HCR-20 bendroje skalėje, kur pakartotinius nusikaltimus atlikusių asmenų rangų vidurkis siekė 58,10, o pakartotinai nenusikaltusių asmenų – 41,93 ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($Z = -2,798$, $p = 0,005$). Pažymėtina, kad tiriamųjų asmenų rodikliai statistiškai reikšmingai nesiskyrė pagal klinikinę HCR-20 metodikos skalę ($p = 0,102$). Siekiant detaliau analizuoti HCR-20 metodikos atskirų kintamųjų vidurkių skirtumus priklausomai nuo to ar tiriamasis atliko pakartotinius nusikaltimus ar ne, buvo lyginti atskirų metodikos kintamųjų vidurkiai (16 lentelė).

16 lentelė. *Pakartotinai nenusikaltusių (NN) ir pakartotinai nusikaltusių (PN) tiriamųjų HCR-20 kintamųjų rodiklių palyginimas*

<i>HCR-20 kintamasis</i>	<i>Imtis (n)</i>	<i>Rangų vidurkis</i>	<i>Rangų suma</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p (2-pusis)</i>
H1. Ankstesni smurtiniai veiksmai	NN (57)	47,47	2706,00	1053,000	-0,243	0,808
	PN (38)	48,79	1854,00			
H2. Pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje	NN (57)	44,62	2543,50	890,500	-1,774	0,076
	PN (39)	54,17	2112,50			

H3. Intymių santykių nestabilumas	NN (56)	42,60	2385,50	789,500	-1,885	0,059
	PN (36)	52,57	1892,50			
H4. Su darbu susijusios problemos	NN (57)	43,25	2465,00	812,000	-2,210	0,027
	PN (38)	55,13	2095,00			
H5. Psichoakt. medžiagų vartojimo problemos	NN (57)	43,61	2485,50	832,500	-2,210	0,024
	PN (39)	55,65	2170,50			
H6. Pagrindinė psichikos liga	NN (56)	47,57	2664,00	1068,000	-0,431	0,667
	PN (39)	48,62	1896,00			
H8. Problemos vaikystėje	NN (57)	46,61	2657,00	1004,000	-0,851	0,395
	PN (39)	51,26	1999,00			
H9. Asmenybės sutrikimai	NN (56)	45,76	2562,50	966,500	-1,121	0,262
	PN (38)	50,07	1902,50			
H10. Ankstesni režimo pažeidimai	NN (56)	45,93	2572,00	976,000	-0,945	0,344
	PN (39)	50,97	1988,00			
C1. Savivokos stoka	NN (57)	46,57	2654,50	1001,500	-0,890	0,374
	PN (39)	51,32	2001,50			
C2. Negatyvios nuostatos	NN (57)	46,07	2626,00	973,000	-1,132	0,257
	PN (39)	52,05	2030,00			
C3. Aktyvūs psichotiniai simptomai	NN (55)	47,71	2624,00	1061,000	-0,290	0,772
	PN (39)	47,21	1841,00			
C4. Impulsyvumas	NN (57)	44,32	2526,50	873,500	-1,957	0,050
	PN (39)	54,60	2129,50			
C5. Intervencijos nepriėmimas	NN (57)	43,79	2496,00	843,000	-1,961	0,050
	PN (38)	54,32	2064,00			
R1. Planų realumo stoka	NN (57)	41,70	2377,00	724,000	-3,101	0,050
	PN (39)	58,44	2279,00			
R2. Buvimas destabiliz. aplinkoje	NN (57)	43,18	2461,50	808,500	-2,420	0,016
	PN (39)	56,12	2194,50			
R3. Asmeninės paramos stoka	NN (57)	43,29	2467,50	814,500	-2,421	0,015
	PN (39)	56,12	2188,50			
R4. Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis	NN (57)	45,71	2605,50	952,500	-1,283	0,199
	PN (39)	52,58	2050,50			
R5. Aukštas patiriamas streso lygis	NN (57)	42,18	2404,50	751,500	-2,900	0,004
	PN (39)	57,73	2251,50			

Kaip matoma iš gautų rezultatų devyniuose iš tirtų 19 HCR-20 metodiką sudarnčių kintamųjų rasti statistiškai reikšmingi rangų vidurkių skirtumai pakartotinai nusikaltusių ir pakartotinai nenusikaltusių asmenų imtyse. Labiausiai šie rodikliai skyrėsi rizikos valdymo skalėje. Pakartotinai nusikaltę asmenys aukštesnius balus už pakartotinai nenusikaltusius asmenis surinko tiek R1 “Planų realumo stoka“ ($Z = -3,101$, $p = 0,050$), tiek R2 “Buvimas destabilizuojančioje aplinkoje“ ($Z = -2,420$, $p = 0,016$), tiek R3 “Asmeninės paramos stoka“ ($Z = -2,421$, $p = 0,015$) kintamuosiuose. Tarp šių grupių vidurkių skirtumo nebuvo rasta tik R4 kintamajame „Nesutikimas su siūlomomis paslaugomis“

($p = 0,199$). Taip pat pakartotinai nusikaltusiems asmenims buvo būdingas „Aukštas patiriamas streso lygis“ (R5) ($Z = -2,900$, $p = 0,004$).

Klinikinėje metodikos skalėje tarp šių grupių tiriamųjų rasti skirtuma dvejuose kintamuosiuose. Pakartotinai nusikaltusių asmenų vidutinis rangas buvo statistiškai reikšmingai didesnis nei nenusikaltusių tiriamųjų pagal C4 kintamąjį „Impulsyvumas“ ($Z = -1,957$, $p = 0,050$) ir C5 „Intervencijos nepriėmimas“ ($Z = -1,961$, $p = 0,050$). Pagal kitus klinikinės skalės kintamuosius statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta ($p > 0,05$).

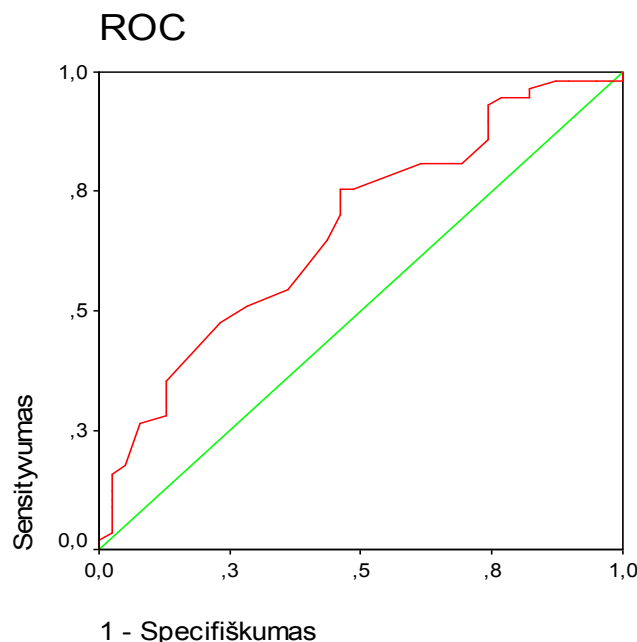
Istorinėje metodikos skalėje, pagal minėtas tiriamųjų grupes išsiskyrė tik trys skalės iš tirtų devynių. Statistiškai patikimo skirtumo nebuvo rasta tokiose skalėse kaip H1 „Ankstesni smurto veiksmai“ ($p = 0,808$) ir kituose statinius rizikos veiksnius tiriančiuose kintamuosiuose. Statistiškai ribinio lygmens vidurkių skirtumas rastas H3 kintamajame „Intymių santykių nestabilumas“ ($Z = -1,885$, $p = 0,059$). Skirtumai rasti ir H4 kintamajame „Su darbu susijusios problemos“ ($Z = -2,210$, $p = 0,027$) bei H5 „Psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemos“ ($Z = -2,210$, $p = 0,024$).

Apibendrinant rezultatus gautus lyginant tiriamųjų, kurie atliko pakartotinius nusikaltimus su tų tiriamųjų, kurie tokių veikų neatliko galima teigti, jog daugumoje HCR-20 metodikos skalių šie rezultatai statistiškai patikimai skiriasi (išskyrus klinikinę skalę). O tai rodo, jog metodika pasižymi gebėjimu diferencijuoti pakartotinio nusikalstamumo rizikos asmenis nuo likusių nuteistųjų. Gauti rezultatai taip pat leidžia teigti, jog vertinant atskirus metodikos kintamuosius, didžiausią reikšmę turėjo rizikos valdymo kintamieji, kurie geriausiai diferencijavo šias grupes. Pažymėtina, jog mažiau patikimai šias grupes diferencijavo istoriniai metodikos kintamieji.

3.6. HCR-20 pakartotinio nusikalstamumo prognostiniai rodikliai

Siekiant patikrinti hipotezę, jog HCR-20 metodika gauti rizikos vertinimo rodikliai patikimai prognozuoja pakartotinį nusikalstamumą, buvo suformuluotas uždavinys patikrinti šią hipotezę naudojant gavėjų veiklos charakteristikų (ROC) analizę. Siekiant nustatyti ar HCR-20 metodikos rodikliai patikimai prognozuoja pakartotinį nusikalstamumą buvo gauta informaciją apie tirtų asmenų naujai padarytas nusikalstamas veikas. 2008 m. duomenimis, iš tirtų 104 asmenų pakartotinį nusikaltimą buvo padarę 17 asmenų (16 %), buvo žinoma, jog 55 asmenys (53%), informacijos negauta apie 32 asmenis (31 %). 2009 m. duomenimis, 57 asmenys (55 %) nebuvo padarę naujų nusikalstamų veikų, o 39 (38 %) buvo padarę nusikalstamas veikas, apie 8 asmenis negauta

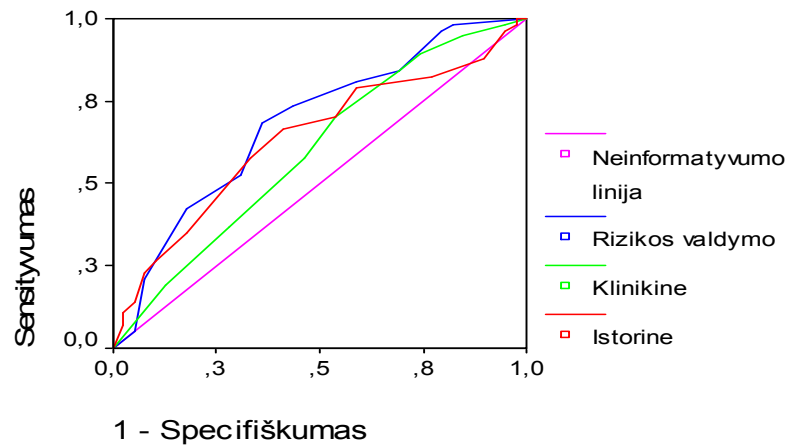
informacijos (7%). Gauti bendrojo pakartotinio nusikalstamumo prognostiniai rodikliai pateikiami 5 pav.



5 pav. *Pakartotinio nusikalstamumo prognostiniai rodikliai (HCR-20 bendra skalė)*

Kaip matoma iš gautų rezultatų, vertinant pakartotinio nusikalstamumo galimybę bendros HCR-20 skalės rodiklių pagalba, prognostinės galimybės viršija atsitiktinio spejimo ribą. Šio tyrimo atveju $AUC = 0,66$ (S.E. = 0,05) ir šis prognostinis rodiklis yra statistškai reikšmingas ($p = 0,005$) esant 95% pasikliautiniam intervalui, kurio apatinė riba siekia 0,55, o viršutinė riba – 0,77. Vertinant atskirų HCR-20 metodikos skalių prognostines galimybes išryškėjo skirtumai tarp istorinės, klinikinės ir rizikos valdymo skalių vertinant bendrojo pakartotinio nusikalstamumo galimybę (6 pav.) Galima teigti, jog dvi iš trijų metodikos skalių buvo prognostiškai vertingos prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą.

ROC



6 pav. *HCR-20 metodikos skalių pakartotinio nusikalstamumo prognostinės galimybės*

Gauti rezultatai leidžia teigti, jog HCR-20 istorinė skalė pasižymi didesnėmis nei atsitiktinis spėjimas pakartotinio nusikalstamumo prognostinėmis galimybėmis. Istorinės skalės $AUC = 0,63$ (S.E. = 0,05) ir šis prognostinis rodiklis yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,025$) esant 95% pasikliautiniam intervalui, kurio apatinė riba siekia 0,52, o viršutinė – 0,748. Didžiausiu prognostiniu rodikliu mūsų tyrimo atveju pasižymėjo HCR-20 metodikos rizikos valdymo skalė. Šis rodiklis nežymiai viršijo bendros skalės prognostinį ir siekė $AUC = 0,68$ (S.E. = 0,05) ir šis rodiklis yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,002$) esant 95% pasikliautiniam intervalui, kurio apatinė riba – 0,57, o viršutinė – 0,79. Prognostinės vertės šio tyrimo atveju neturėjo HCR-20 metodikos klinikinė skalė, šios skalės $AUC = 0,59$ (S.E. = 0,06), tačiau šis rodiklis nėra statistiškai patikimas ($p = 0,106$).

Apibendrinant galima teigti, jog hipotezė, kad HCR-20 rodikliai patikimai (su didesne nei atsitiktinumas tikimybe) prognozuoja bendrąjį pakartotinį nusikalstamumą pasitvirtino. Prognostinį efektą mūsų tyrimo atveju turėjo tiek bendra metodikos skalė, tiek atskiros (istorinė, rizikos valdymo) skalės. Didžiausią statistiškai reikšmingą rodiklį prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą, turėjo rizikos valdymo skalė, o klinikinė skalė – neturėjo prognostinio efekto.

Siekiant detalčiau analizuoti gautus rezultatus buvo įvertintos HCR-20 prognostinės galimybės atskirai vyrų ir moterų nuteistųjų imtyse, o taip pat prognozuojant smurtinį pakartotinį nusikalstamumą. Kaip matoma iš 14 lentelės egzistuoja tam tikri skirtumai tarp lyčių.

14 lentelė. HCR-20 vyrų ir moterų nuteistųjų prognostiniai rodikliai

Tiriamųjų lytis	HCR-20 Skalė	AUC	S.E.	p	95 % pasikliautinis intervalas	
					Apatinė riba	Viršutinė riba
Vyrų	Istorinė	0,606	0,068	0,135	0,472	0,739
	Klinikinė	0,621	0,069	0,087	0,487	0,755
	Rizikos valdymo	0,682	0,065	0,010	0,555	0,810
	Bendra HCR-20	0,667	0,066	0,018	0,538	0,796
Moterų	Istorinė	0,676	0,113	0,143	0,455	0,897
	Klinikinė	0,454	0,144	0,700	0,230	0,677
	Rizikos valdymo	0,670	0,157	0,157	0,412	0,961
	Bendra HCR-20	0,750	0,108	0,037	0,539	0,961

Kaip matoma iš pateiktų duomenų, vyrų tiriamųjų imtyje HCR-20 istorinė ir klinikinė skalės nepasižymėjo prognostinėmis galimybėmis ($p > 0,05$). Tačiau rizikos valdymo skalė ($AUC = 0,68$, $p = 0,010$) ir bendra HCR-20 metodikos skalė ($AUC = 0,66$, $p = 0,018$) statistiškai reikšmingai prognozavo pakartotinį nusikalstamumą. Moterų nuteistųjų imtyje situacija kiek skiriasi nuo vyrų, šiuo atveju prognostinio efekto neturėjo nei viena iš atskirų metodikos skalių ($p > 0,05$), tačiau gerą prognostinį efektą pademonstravo bendra HCR-20 metodikos skalė ($AUC = 0,75$, $p = 0,037$), tačiau pastebėtina, jog moterų imtyje yra išaugusi standartinė paklaida ($S.E. = 0,10$).

Vertinant vien smurtinius nusikaltimus pakartotinai atlikusius tiriamuosius nebuvo gauta statistiškai patikimo prognostinio efekto ($AUC = 0,43$, $p = 0,525$). Šiuo atveju prognostinės metodikos galimybės prilygo spėjimui. Siekiant prognozuoti pakartotinį nusikalstamumą nuteistųjų imtyje praėjus metams po jų paleidimo iš pataisos įstaigų, prognostinį efektą turėjo HCR-20 rizikos valdymo skalė ($AUC = 0,66$, $p = 0,047$) bei buvo fiksuota nežymi statistinė tendencija prognostinių HCR-20 bendros skalės galimybių ($AUC = 0,64$, $p = 0,081$).

Apibendrinant galima teigti, jog kaip ir tikėtasi HCR-20 metodikos rodikliais galima patikimai prognozuoti bendrąjį pakartotinį nusikalstamumą. Šio tyrimo atveju prognostinis efektas buvo žemesnis nei vidutinis (0,66). Prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą, geromis prognostinėmis savybėmis pasižymėjo rizikos valdymo skalė. Ji buvo vertinga prognozuojant tiek bendrą pakartotinį nusikalstamumą, tiek pakartotinį nusikalstamumą vyrų imtyje, tiek nusikalstamumą parėjus metams po paleidimo iš pataisos įstaigų. Moterų imtyje bendros HCR-20 metodikos skalės prognostinis rodiklis buvo didžiausias, tačiau atskiros skalės prognostinėmis galimybėmis nepasižymėjo. Taip pat pastebėtina, jog metodika neprognozavo pakartotinio smurtinio nusikalstamumo.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo pagrindinis tikslas buvo įvertinti HCR-20 smurto vertinimo metodikos prognostines galimybes prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą Lietuvos nuteistųjų asmenų imtyje. Siekiant įgyvendinti šį tikslą buvo gauti įvairiose šalies pataisos įstaigose bausmę atliekančių nuteistųjų HCR-20 rodikliai. Šie asmenys buvo stebimi dvejus metus po jų paleidimo gaunant informaciją apie jų padarytas arba nepadarytas naujas nusikalstamas veikas. Gauti duomenys panaudoti atliekant HCR-20 prognostinio validumo tyrimą.

Mūsų tyrimo atveju gavome vidutiniškus bendros HCR-20 metodikos skalės prognostinius rodiklius bendroje nuteistųjų (vyrų ir moterų) imtyje. Šie prognostiniai rodikliai, kurie siekia AUC - 0,66 yra statistiškai patikimi, o tai reiškia, jog naudojant HCR-20 metodikos bendros skalės rodiklius galima su didesne nei atsitiktinumas tikimybe prognozuoti pakartotinį nusikalstamumą. Kai kurie autoriai nurodo tokias AUC interpretavimo gaires: praktiniuose tyrimuose nuo 0,54 iki 0,63 – nedidelis efektas, nuo 0,64 iki 0,71 – vidutiniškas efektas ir virš 0,71 – didelis efektas (Rice & Harris, 2005, pgl. Gray et al., 2008). Remiantis šiomis gairėmis galima teigti, jog HCR-20 bendros skalės rodikliai turėjo vidutinišką prognostinį efektą. Panašius bendrojo pakartotinio nusikalstamumo prognostinius rezultatus gauna autoriai tyrę HCR-20 prognozavimo galimybes kitose šalyse (Dahle, 2006; Gray et al., 2004; 2008; Warren et al., 2005).

N. Gray (2008) su bendraautorais atliktuose tyrimuose Jungtinėje Karalystėje, HCR-20 bendrojo pakartotinio nusikalstamumo, praėjus dvejiems metams po paleidimo iš institucijos, dydis siekė AUC – 0,69, taigi yra artimas mūsų tyrimo rezultatams. Kitame didelės apimties Jungtinės Karalystės nuteistųjų asmenų imties tyrime (Coid et al., 2007). HCR-20 bendros skalės prognozavimo galimybės siekė AUC – 0,63, jos yra kiek mažesnės, tačiau artimos gautosioms mūsų tyrime. Vokietijos nuteistųjų populiacijos imtyje (Dahle, 2006), recidyvizmo prognozavimo dydis, praėjus penkeriems metams po paleidimo iš institucijos, siekė AUC – 0,69 ir jis nedaug skiriasi nuo gauto mūsų tyrime.

Vertinant atskirų metodikos skalių prognostinius efektus, rezultatai parodė, kad šiuo požiūriu vertingos yra istorinė ir rizikos valdymo skalės, o HCR-20 klinikinė skalė šiame tyrime neparodė prognostinių galimybių. Istorinės skalės AUC – 0,63 ir pagal Rice ir Harris (2005, pgl. Gray et al., 2005) pateikimas interpretacijas atitinka ribą tarp nedidelio ir vidutinio prognostinio įverčio. Verta pažymėti, jog mūsų tyrimo atveju istorinės skalės prognostinis efektas pasireiškė silpniau nei kitų autorių tyrimuose (Coid et al., 2007; Gray et al., 2008). Tokius rezultatus patvirtina ir skirtumų tarp

HCR-20 rodiklių pakartotinai nusikaltusių ir pakartotinai nenusikaltusių asmenų grupėse. Nustebino tai, jog statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo rasta tokiuose statiniuose rizikos veiksmuose kaip ankstesni smurtiniai veiksmai, pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje ir pan. Gali būti, jog tokie rezultatai patvirtina kitų autorių mintis apie tai, jog istoriniai (statiniai) veiksniai neturėtų būti perversinti prognozuojant būsimą nusikalstamą elgesį. Pabrėžiama dinaminių rizikos veiksmų, kurie iš esmės susiję ne su praeities įvykiais, o su dabarties ir ateities kintamaisiais, kurie gali iš esmės redukuoti riziką.

Tam tikrų užuominų į tokios hipotezės patvirtinimą galima rasti jau mūsų tyrimo istorinės skalės kintamuosiuose, kurie reikšmingai skyrėsi pakartotinai nusikaltusių ir nenusikaltusių tiriamųjų grupėse. Tokie skirtumai buvo rasti psichoaktyvių medžiagų vartojimo, intymių santykių nestabilumo bei su darbu susijusiose problemų kintamuosiuose. Galima teigti, jog šie kintamieji žymią įtaką turi ir aktualiai asmens situacijai, todėl pasireiškė jų prognostinis efektas.

Negalima atmesti ir kitų veiksmų, kurie galėjo turėti įtakos tokiems istorinės skalės rezultatams. Vienas iš galimų veiksmų – imties ypatumai. Kaip žinoma, mūsų imtyje dauguma smurtinių nusikaltimų buvo plėšimai, o kurių užsienio autorių tyrimuose gaunami istorinės skalės prognostiniai rodikliai plėšimų atveju taip pat mažesni nei kitų nusikalstamų veikų prognozavimo atveju (Coid et al., 2007). Taip pat pastebėtina, jog istorinės skalės rodikliai geriau prognozuoja smurtines pasekmes (Gray et al., 2008).

Dinaminių rizikos veiksmų reikšmę atspindi rizikos valdymo skalės prognostinis įvertis, kuris buvo nežymiai didesnis už bendros HCR-20 skalės rodiklį. Analizuojant buvo nustatyta, jog pakartotinai nusikaltusius asmenis nuo nenusikaltusių diferencijavo bendri šios skalės balai bei atskiri kintamieji. Mūsų tyrimo atveju pakartotinai nusikaltusiems asmenims buvo būdingi aukštesni planų realumo stokos, buvimo destabilizuojančioje aplinkoje, asmeninės paramos stokos bei aukšto patiriamo streso lygio balai, kas taip pat patvirtina į ateitį nukreiptų rizikos veiksmų svarbą.

Mūsų tyrimo atveju reikšmingo rezultato prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą neturėjo HCR-20 metodikos klinikinė skalė. Šiuo atveju AUC - 0,59, tačiau šis rodiklis nėra statistiškai reikšmingas. Tokie rezultatai nenustebino, nes jie atitinka Jungtinėje Karalystėje atliktų naujų tyrimų rezultatus (Gray et al., 2008). Kaip ir šio tyrimo atveju klinikinės skalės rodikliai patikimai neprognozavo nei smurtinio nei bendrojo pakartotinio nusikalstamumo. Autoriai šią klinikinės skalės prognostinę nesėkmę aiškina tokiais faktoriais kaip sėkmingas ja matuojamų rizikos veiksmų valdymu, atitinkamos pagalbos nuteistajam teikimu. Šio tyrimo atveju bendri klinikinės skalės rodikliai patikimai nediferencijavo pakartotinai nusikaltusių ir nenusikaltusių asmenų, tačiau šios grupės skyrėsi kai kuriais atskirais kintamaisiais. Galima tvirtinti, jog pakartotinai nusikaltusiems asmenims būdingi

aukštesni impulsyvumo ir intervencijos nepriėmimo rodikliai, kas rodo šių dinaminių rizikos veiksnių reikšmę pakartotiniam nusikalstamumui.

Vertinant vien smurtinius nusikaltimus atlikusių tiriamųjų asmenų pakartotinio nusikalstamumo rodiklius, statistiškai reikšmingo efekto nebuvo gauta. Tai reiškia, jog mūsų tyrimo atveju metodika neparodė geresnio rezultato nei gautume atsitiktinio spėjimo atveju. Mūsų manymu, tokius rezultatus galėjo lemti bent kelios priežastys. Viena iš priežasčių, tai sąlyginai nedidelis pakartotinai smurtinius nusikaltimus padariusių asmenų skaičius nuo bendros pakartotinai nusikaltusiųjų imties. Dėl šios priežasties nebuvo gauta statistiškai reikšmingo rezultato. Kita galima priežastis dėl ko nebuvo patikimai prognozuotas smurtinis pakartotinis nusikalstamumas, tai per didelio prognostinio svorio suteikimas istoriniams (statiniams) rizikos veiksniams, t.y. tyrėjai pernelyg sureikšmino su tiriamojo pareitimi susijusius veiksnus kartu nepakankamai įvertindami smurtinio elgesio riziką veikiančius dinامينius veiksnus. Tokią spekuliatyvią prielaidą reikėtų patvirtinti kitais tyrimais. Dar viena tikėtina tokio rezultato priežastis gali būti tai, jog tyrėme registruotą pakartotinį nusikalstamumą, o ne visos padarytos nusikalstamos veikos buvo registruotos kaip padarytos tam tikro asmens.

Apibendrinant galima teigti, jog gauti rezultatai patvirtina, kad HCR-20 metodika yra prognostiškai naudinga prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą. Prognostiškai vertingiausios yra bendra HCR-20 skalė bei rizikos valdymo skalė, kiek mažiau – istorinė metodikos skalė. Prognostinio vertingumo šio tyrimo atveju neturėjo klinikinė skalė, tačiau vertinant riziką nuteistųjų tarpe yra vertingi kai kurie šios skalės kintamieji.

Vertinant pakartotinio nusikalstamumo riziką vyrų ir moterų nuteistųjų imtyse, gauti rezultatai parodė, kad vyrams nuteistiesiems priskiriami aukštesni rizikos įverčiai. Šio tyrimo atveju statistiškai reikšmingi skirtumai priklausomai nuo nuteistojo lyties išryškėjo visose HCR-20 metodikos skalėse ir šie skirtumai buvo labai reikšmingi. Pažymėtina, jog aukštesni rezultatai vyrams priskiriami ir pagal atskirus metodikos kintamuosius. Statistiškai patikimo skirtumo nebuvo rasta tik kalbant apie tokius kintamuosius kaip „Pagrindinė psichikos liga“, „Asmenybės sutrikimai“ ir „Aktyvūs psichotiniai simptomai“. Pagal visus kitus kintamuosius vyrams tyrimą atlikę vertintojai priskyrė aukštesnę rizikos laipsnį.

Apžvelgiant vyrų nuteistųjų pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo galimybes gauti rezultatai parodė, kad HCR-20 metodikos istorinė ir klinikinė skalės patikimai neprognozavo pakartotinio nusikalstamumo. Istorinės skalės AUC – 0,60 buvo pats mažiausias ir statistiškai nepatikimas, o klinikinės skalės rodiklis buvo kiek aukštesnis, tačiau taip pat neįgijo statistinio reikšmingumo. Geriausiai vyrų pakartotinį nusikalstamumą prognozavo rizikos valdymo skalė, kurios AUC – 0,68, kas rodo, jog ši skalė pasižymi vidutinėmis pakartotinio nusikalstamumo vertinimo

galimybėmis. Panašūs rezultatai gauti ir prognozuojant vyrų pakartotinį nusikalstamumą HCR-20 bendros skalės rodikliais ($AUC = 0,66$). Pažymėtina, jog šie rezultatai yra artimi pakartotinio nusikalstamumo vertinimo rodikliams bendroje tiriamųjų imtyje. Tai, jog istorinė metodikos skalė nebuvo efektyvi prognozuojant pakartotinį vyrų nusikalstamumą, o rizikos valdymo skalė demonstravo didžiausią efektą reiškia, jog vyrų nuteistųjų imtyje itin svarbūs yra dinaminiai rizikos veiksniai ir įvarūs kriminogeniai poreikiai, kurie gali turėti įtakos nusikalstamo elgesio pasireiškimui, pvz., buvimas destabilizuojančioje aplinkoje, asmeninės paramos stoka, aukštas patiriamo streso lygis. Vertintojai atlikdami vyrų smurto ir pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimą, turėtų ypatingai atkreipti dėmesį į šiuos veiksnius.

Moterų tiriamųjų imtyje statistiškai reikšmingai pakartotinį nusikalstamumą prognozavo tik viena - bendra HCR-20 metodikos skalė. Pastebėtina, jog šio tyrimo atveju, prognostinis efektas buvo gana didelis ir siekė $AUC = 0,75$, tačiau gana didelė šio rodiklio standartinė paklaida (S.E. 0,108). Tokiems rezultatams įtakos galėjo turėti nedidelis pakartotiniai nusikaltusių moterų procentas. Preliminariai iš šio tyrimo gautų duomenų galima teigti, jog bendras HCR-20 metodikos rodiklis patikimai prognozuoja pakartotinį nusikalstamumą, t.y. aukštus metodikos balus surenkančios nuteistosios turi didelę pakartotinio nusikalstamumo riziką. Kai kurie autoriai tyrę moterų nuteistųjų pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo ypatumus pažymi, jog HCR-20 moterų nuteistųjų imtyse patikimiau prognozuoja nesmurtinius ir smulkius nusikaltimus pvz., nužudymų prognozės tikslumas siekė tik $AUC = 0,30$, smurtinių nusikaltimų – $AUC = 0,49$. Tuo tarpu kitų autorių (Warren et al, 2005) pateikiami moterų smulkių nusikaltimų prognostiniai rodikliai gerokai didesni – $AUC = 0,74$. Jie artimi mūsų rezultatams. Šis tyrimas patvirtino daugelio autorių išvadas, jog HCR-20 metodika yra vertinga prognozuojant moterų kriminalinę riziką (de Vogel et al., 2004; Strand & Belfrage, 2001). Tačiau moterų pakartotinio nusikalstamumo prognostinius rodiklius vertėtų patikslinti būsimais tyrimais. Daugiausiai klausimų būsimiems tyrimams kyla dėl atskirų metodikos skalių prognostinių galimybių patikrinimo, smurtinio nusikalstamumo prognozavimo galimybių ir pan.

Apibendrinant galima teigti, jog HCR-20 rodikliai yra vertingi prognozuojant tiek vyrų nuteistųjų, tiek moterų pakartotinį nusikalstamumą. Prognozuojant vyrų pakartotinį nusikalstamumą didžiausią reikšmę turi rizikos valdymo skalės bei bendros metodikos skalės įverčiai. Prognozuojant moterų pakartotinį nusikalstamumą yra naudinga bendra HCR-20 metodikos skalė, tačiau metodikos prognostinę vertę moterų nuteistųjų imtyje vertėtų patikrinti diesnėje imtyje, galimai atsžvelgiant į nusikalstamos veiklos pobūdį bei kontroliuojant statistinį pakartotinio nusikalstamumo bazinės normos efektą.

Kaip žinoma, HCR-20 metodika visų pirma skirta smurtiniam elgesiui prognozuoti, tačiau mūsų tyrimo atveju metodika patikimai neprognozavo smurtinio pakartotinio nusikalstamumo. Tai atrodo kiek paradoksaliai, tačiau galimos tokio netikėto rezultato priežastys aptartos anksčiau, o siekiant bent iš dalies patikrinti metodikos validumą diferencijuojant nuteistuosius, kurie daro smurtinius nusikaltimus ir tuos, kurie nedaro smurtinių nusikaltimų, buvo palygintos šios dvi tiriamųjų grupės. Šiuo atveju HCR-20 parodė pakankamą diskriminavimo galią.

Rezultatai leidžia teigti, jog labiausiai smurtinius nusikaltėlius nuo nesmurtinių skiria istorinė, klinikinė ir bendra HCR-20 metodikos skalės. Mūsų tyrimo atveju šios skalės smurtininkus ir nesmurtininkus diskriminavo pakankamai patikimai. Rizikos valdymo skalė šias dvi grupes diskriminavo kiek silpniau, tačiau taip pat statistiškai patikimai.

Istorinės skalės trys kintamieji gerai diferencijavo šias dvi tiriamųjų grupes. Pagal gautus rezultatus galima teigti, jog smurtiniams nusikaltėliams buvo labiau būdingi ankstesni smurtiniai veiksmai, pirmas smurto atvejis ankstyvame amžiuje bei intymių santykių nestabilumas. Išryškėjo statistinė tendencija, jog smurtaujantys nuteistieji turi didesnę polinkį į psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemas, tačiau šis rizikos veiksnys nebuvo statistiškai reikšmingas. Rizikos valdymo skalėje statistiškai reikšmingi buvo dviejų kintamųjų skirtumai, tai asmeninės paramos stoka bei aukštas patiriamas streso lygis.

Verta pažymėti klinikinės skalės reikšmę diferencijuojant smurtinius ir nesmurtinius nusikalstamus veiksmus atlikusius asmenis. Nors kaip jau žinome iš ankstesnių rezultatų aptarimo klinikinė skalė nebuvo pakankamai statistiškai reikšminga prognozuojant pakartotinį nusikalstamumą bendrojo recidyvizmo, moterų ir vyrų recidyvizmo atveju, tačiau ši skalė kaip tik buvo efektyvi diferencijuojant smurtinius ir nesmurtinius nusikaltusius asmenis. Mūsų tyrimo atveju net keturi šios skalės kintamieji patikimai diferencijavo šias grupes.

Apibendrinant galima pasakyti, jog asmenims atlikusiems su smurtu susijusias nusikalstamas veikas labiau būdinga savivokos stoka, neigiamos nuostatos, impulsyvumas bei intervencijos nepriėmimas. Statistiškai reikšmingai nesiskyrė tik vienas iš kintamųjų – aktyvūs psichotiniai simptomai, tačiau toks rezultatas ir buvo lauktas, nes mažai tikėtina, jog nuteistajam pataisos įstaigoje būtų būdingi tokie simptomai. Tokiu atveju jam turėtų būti taikomas atitinkamas gydymas.

Nors kaip jau minėta skalė neprognozavo pakartotinio nusikalstamumo, tačiau aukščiau aptarti rezultatai yra vertingi esamai situacijai ir aktualiam rizikos lygiui įvertinti smurtaujančių nuteistųjų grupėje. Šie rodikliai gali būti gairėmis ir specialistams, kurie siekia sumažinti smurtinio elgesio pasireiškimo tikimybę pataisos įstaigos aplinkoje.

Kaip žinoma iš literatūros analizės (Hanson, 2009, Philipse, 2005, Heilbrun, 2009), HCR-20 metodika priskiriama klinikiams vertinimo instrumentams arba profesionalioms smurto rizikos vertinimo gairėms. Šios gairės apibrėžia smurto rizikos veiksnius, tačiau nenurodo griežtų taisyklių kaip informacija turi būti integruota ir koku būdu vertintojas turi priskirti vertinamą asmenį vienam iš rizikos lygių. Šiame tyrime mes tikrinome ar vertintojų priskiriami rizikos lygiai ir vertinamų asmenų surenkami rizikos balai tarpusavyje siejasi.

Apibendrinant galima teigti, jog aukštesnės rizikos lygiui priskiriami asmenys surenka aukštesnius balus pagal visas vertinamas metodikos skales. Pastebėtina, jog šie skirtumai ypač gerai atsispindi vertinant metodikos rizikos valdymo skalę, kur yra stipri priklausomybė tarp rizikos lygio ir priskiriamų balų pagal visus skalės kintamuosius. Panašios tendencijos išryškėjo ir klinikinėje skalėje, išskyrus aktyvių psichotinių simptomų kintamajame, kuris nediferencijavo šių rizikos lygių vertinamų asmenų. Kai kurie istorinės skalės kintamieji taip pat patikimai nediferencijavo skirtingų rizikos lygių tiriamųjų, pvz., pagrindinė psichikos liga, asmenybės sutrikimai, problemos vaikystėje. Šiuo atveju tikriausiai pataisos įstaigoje dirbantys specialistai neturėjo pakankamai informacijos patikimai vertinti šiuos kintamuosius. Išryškėjo tendencija, jog daugumoje atvejų vertintojai atsižvelgia į rizikos balus priskirdami vertinamą asmenį vienai iš trijų rizikos grupių.

Asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, atžvilgiu, visuomenė dažnai būna nusiteikusi priešiška, laiko juos pavojingais, sieja su sunkiais, sveiku protu nesuvokiamais nusikaltimais. Mūsų tyrime neturėjome galimybės vertinti teismo psichiatrijos pacientų pakartotinio nusikalstamumo prognostinių galimybių, tačiau galėjome palyginti šių asmenų HCR-20 rodiklius su nuteistųjų, kurie neserga psichikos liga rodikliais. Kėlėme prielaidą, jog gali būti, kad sergantiems psichikos ligomis asmenis, kuriems taikomos priverčiamosios medicininės priemonės, priskiriami aukštesni smurto rizikos vertinimo rodikliai. Tačiau ši hipotezė pasitvirtino tik iš dalies ir atskleidė kai kuriuos nuteistųjų asmenų ir nepakaltinamais pripažintų pacientų rizikos skirtumus. Svarbu pabrėžti, jog buvo vertinami išskirtinai tik teismo psichiatrijos pacientai ir apibendrinimų apie bendrosios psichiatrijos pacientus daryti negalima.

Rezultatai parodė, kad teismo psichiatrijos imties ir nuteistųjų imties bendri HCR-20 rodikliai statistiškai reikšmingai nesiskiria, t.y. kad jų rizikos lygis yra vienodas. Tačiau išryškėjo skirtumai tarp šių imčių atskirose metodikos skalėse. Teismo psichiatrijos pacientų imtyje buvo labiau akcentuojami statiniai (istoriniai) rizikos veiksniai, t.y. ankstesni smurtiniai veiksmai, intymių santykių nestabilumas, su darbu susijusios problemos bei pagrindinė psichikos liga. Reikia pripažinti, jog tokie rezultatai tikėti, nes asmenys, kuriems taikomos priverstinės medicininės priemonės dažniausiai būna atlikę smurtinio pobūdžio veikas, taip pat jie būna nedarbingi, jiems sunku užmegzti arba išlaikyti stabilius

intymiu santykius. Pataisos įstaigų imties tiriamiesiems labiau būdingi rizikos veiksniai, susiję su ateities (rizikos valdymo) kintamaisiais. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, jog tyrėjų vertinimu šie asmenys dažniau nesutinka su siūlomomis paslaugomis, grįžta į destabilizuojančią aplinką, kas yra mažiau būdinga teismo psichiatriniais pacientams. Iš gautų rezultatų taip pat galima daryti išvadą, jog nuteistiesiems labiau būdingos neigiamos nuostatos, intervencijų nepriėmimas, kas didina aktualaus smurtinio elgesio riziką.

Apibendrinant mūsų tyrime gautus rezultatus galima teigti, jog HCR-20 metodika yra patikimas ir naudingas instrumentas prognozuojant bendrąjį pakartotinį nusikalstamumą. Tačiau kaip parodė ši rezultatų apžvalga, siekiant tinkamai interpretuoti gautus rezultatus bei daryti pagrįstas išvadas reikia žinoti šio instrumento ypatumus taikant jį įvairioms tiriamųjų imtis, pavyzdžiui vyrų ar moterų nuteistųjų, teistų už smurtinius nusikaltimus ir pan. Šis tyrimas, atskleidė dalį šių ypatumų, tačiau paliko ir neatsakytų klausimų. Mūsų nuomone, vienas svarbiausių kylančių klausimų yra metodikos validumas prognozuojant smurtinį pakartotinį nusikalstamumą. Būtų naudinga patikslinti HCR-20 galimybes prognozuoti smurtinį pakartotinį nusikalstamumą. Tyrėjai galėtų atkreipti dėmesį į mūsų tyrime išvardintas galimas smurtinio pakartotinio nusikalstamumo prognozavimo nesėkmes priežastis ir pasistengti jas geriau kontroliuoti. Kita galima tyrimų kryptis tai atskirų metodikos elementų – skalių prognostinės galimybės ir apskritai, šių skalių svarba diferencijuojant skirtingas tiriamųjų grupes. Mūsų tyrime įdomiai atsiskleidė klinikinės skalės, kuri šiaip nepasižymėjo prognostine verte, svarba diferencijuojant smurtinius ir nesmurtinius nusikaltimus atlikusius nuteistuosius. Tikėtina, kad tokių metodikos skalių ypatumų galima rasti daugiau. Kadangi šiame tyrime buvo tirti teismo psichiatrijos pacientai, tačiau nebuvo galimybių atlikti pilną prognostinį tyrimą, būtų vertinga patikslinti HCR-20 metodikos prognozavimo galimybes teismo psichiatrijos pacientų imtyje, galimi tyrimai ir bendrosio psichiatrijos srityje. Tikslingi ir praktiškai naudingi būtų lygtinai paleistų, ar pataisos inspekcijų priežiūroje esančių teisės pažeidėjų tyrimai. Turint šių grupių rezultatus būtų galima patikimiau taikyti HCR-20 metodiką vertinant šių asmenų kriminalinę riziką.

5. IŠVADOS

1. HCR-20 metodika yra naudinga prognozuojant pakartotinį nuteistųjų nusikalstamumą, nes pasižymi prognostiniu validumu, t.y. remiantis metodikos rodikliais galima patikimiau nei atsitiktinai spėjant prognozuoti nuteistųjų kriminalinę riziką.
2. HCR-20 subskalių prognostinė vertė yra nevienoda: geriausiai pakartotinį nusikalstamumą prognozuoja rizikos valdymo ir istorinė subskalės, tuo tarpu klinikinė metodikos subskalė pakartotinio nusikalstamumo neprognozuoja.
3. Pakartotinai nusikalstamas veikas padariusių asmenų HCR-20 rodikliai yra aukštesni už pakartotinai nusikalstamų veikų nepadariusių asmenų.
4. Nuteistųjų už smurtines nusikalstamas veikas asmenų HCR-20 rodikliai yra aukštesni nei nuteistųjų už nesmurtines nusikalstamas veikas.
5. Nuteistųjų vyrų HCR-20 rodikliai yra aukštesni nei nuteistųjų moterų.
6. Aukštesniam rizikos lygiui priskiriamų nuteistųjų HCR-20 rodikliai yra didesni nei žemesniam rizikos lygiui priskiriamų nuteistųjų.
7. Nuteistų asmenų ir teismo psichiatrijos pacientų HCR-20 bendras rodiklis nesiskiria, tačiau nuteistiesiems priskiriami aukštesni rizikos valdymo, o teismo psichiatrijos pacientams, istorinės subskalės rodikliai.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Arbach K., Pueyo A. A. Violence Risk Assessment In Mental Disorders With The HCR-20 // Papeles Del Psicólogo, 2007, vol. 28 (3), p. 174-186.
2. Bartol R. C. Criminal Behavior: A Psychosocial Approach. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2005.
3. Bonta J., Hanson K., Law M. The Prediction of Criminal and Violent Recidivism Among Mentally Disordered Offenders: A Meta analysis // Psychological Bulletin, 1998 vol. 123 (2), p. 123-142.
4. Coid. J., Yang M., Ullrich S., Zhang T., Roberts A., Roberts C., Farrington D. Predicting and Understanding risk of Re-Offending: the Prisoner Cohort Study. Ministry of Justice, 2007 <<http://www.justice.gov.uk/publications/docs/prison-cohort-study.pdf>> [žiūrėta 2010-04-16].
5. Cooke D. J. Evaluating Risk for Violence: A Preliminary Study of the HCR-20, PCL-R and VRAG in a Scottish Prison Sample, Scottish Prison Service, 2004, 137 p.
6. Conroy M. A., Murrie D. C. Forensic Assessment of Violence Risk. A Guide for Risk Assessment and Risk Management. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2007.
7. Čėsnienė I., Bandzevičienė R. Jaunuolių pakartotinio nusikalstamo elgesio prognozė: galimybės ir problemos // Socialinis darbas, 2009. vol. 8 (1), p. 92-102.
8. Čėsnienė I. Nepilnamečių pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimas // Nepilnamečių justicija Lietuvoje: teorija ir praktika. Vilnius: Nusikalstamumo prevencijos Lietuvoje centras, 2007. p. 170-179.
9. Daffern M. The predictive validity and practical utility of structured schemes used to assess risk for aggression in psychiatric inpatient settings // Aggression and Violent Behavior, 2007, vol. 12 p. 116-130.
10. Dahle K. P. Strengths and Limitations of Actuarial Prediction of Criminal Reoffence in a German Prison Sample: A Comparative Study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R // International Journal of Law and Psychiatry, 2006, vol. 29, p. 431-442.
11. Dempster R. J. Issues in the Assessment, Communication, and Management of Risk for Violence // W. O'Donohue, E. Levensky (Eds.). Handbook of Forensic Psychology: Resource for Mental Health and Legal Professionals. New York: Academic Press, Inc., 2004. p. 103-127.

12. Dernevik M., Grann M., Johansson S. Violent Behavior in Forensic Psychiatric Patients: Risk Assessment and Different Risk Management Levels Using The HCR-20 // *Psychology, Crime & Law*, 2002, vol. 8, p. 83-111.
13. De Vogel V., De Ruiter C. Differences Between Clinicians and Researchers in Assessing Risk of Violence in Forensic Psychiatric Patients // *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 2004, vol. 15, 145-164.
14. De Vogel V., De Ruiter C. The HCR-20 in Personality Disordered Female Offenders: A Comparison With a Matched Sample of Males // *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2005 vol. 12, 226-240.
15. De Vogel V., De Ruiter C. Structured Professional judgement of Violence Risk in Forensic Clinical Practice: A Prospective study Into the Predictive Validity of The Dutch HCR-20 // *Psychology, Crime & Law*, 2006, vol. 12 (3), p. 321-336.
16. Dolan M., Khawaja A. The HCR-20 and Post-discharge Outcome in Male Patients Discharged From Medium Security in The UK // *Aggressive Behavior*, 2004, vol. 30, p. 469-483.
17. Douglas K. S., Ogloff J. R. P., Nicholls T. L., Grant I. Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, vol. 67, p. 917-930.
18. Douglas K. S., Ogloff J. R. P., Hart S. D. Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients // *Psychiatric Services*, 2003, vol. 54, p. 1372-1379.
19. Douglas, K. S., Yeomans M., Boer D. Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior* // 2005, vol. 32, p. 479-510.
20. Eccleston L., Ward T. Assessment of Dangerousness And Criminal Responsibility // W. O'Donohue, E. Levensky (Eds.). *Handbook of Forensic Psychology: Resource for Mental Health and Legal Professionals*. New York: Academic Press, Inc., 2004. p. 85-101.
21. Gray N. S., Snowden R. J., MacCulloch S., Phillips H., Taylor, J. & MacCulloch, M. J. Relative Efficacy of Criminological, Clinical, and Personality Measures of Future Risk of Offending in Mentally Disordered Offenders: A Comparative Study of HCR-20, PCL:SV, and OGRS // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, vol. 72, p. 523-530.
22. Gray S. N., Fitzgerald S., Taylor J., MacCulloch M. J., Snowden R. J. Predicting Future Reconviction in Offenders With Intellectual Disabilities: The Predictive Efficacy of VRAG, PCL-SV, and the HCR-20 // *Psychological Assessment*, 2007, vol. 19 (4), p. 474-479.

23. Gray N. S., Taylor J., Snowden R. J. Predicting Violent Reconvictions using the HCR-20 // The British Journal of Psychiatry, 2008, vol. 192, p. 384-387
24. Grann M., Belfrage H., Tengström A. Actuarial Assessment of Risk for Violence: Predictive Validity of the VRAG and the Historical Part of the HCR-20 // Criminal Justice and Behavior, 2000, vol. 27 (1), p. 97-114
25. Grann M., Långström N. Actuarial Assessment of Violence Risk: To Weigh or Not to Weigh // Criminal Justice And Behavior, 2007, vol. 34 (1), p. 22-36.
26. Grubin D. Communicating Risk to the Court // M. R. Kebbell, G. M. Davies (Eds.). Practical Psychology for Forensic Investigations and Prosecutions. Wiley & Sons Ltd., 2006. P. 203-218.
27. Haggård-Grann U. Assessing Violence Risk: A Review and Clinical Recommendations // Journal of counseling & Development, 2007, vol. 85, p. 294-301.
28. Hall H. V. Violence Prediction and Risk Analysis // H. V. Hall (Ed.). Forensic Psychology and Neuropsychology for Criminal and Civil Cases. CRC Press, 2008. p. 207-235.
29. Hanson R. K. The Psychological Assessment of Risk for Crime and Violence // Canadian Psychology. 2009, vol. 50, p. 172-182.
30. Hare R. D. Psychopathy as a risk factor for violence // Psychiatric Quarterly, 1999, vol. 70, p. 181-197.
31. Hare R. D. Psychopathy: A clinical and forensic overview // Psychiatric Clinics of North America, 2006, vol. 29 p. 709-724.
32. Hart S. D. Preventing Violence: The Role of Risk Assessment and Management // A. C. Baldry, F. W. Winkel (Eds.). Intimate Partner Violence Prevention and Intervention: The Risk Assessment and Management Approach. New York: Nova Science Publisher, Inc., 2008. p. 7-18.
33. Heilbrun K. Violence Risk: From Prediction to Management // D. Carson, R. Bull (Eds.). Handbook of Psychology in Legal Contexts. John Wiley & Sons, Ltd., 2003. p. 127-142.
34. Heilbrun K., Rogers R., Otto R. Forensic Assessment: Current Status And Future Directions // Otto R. (Ed.). Taking Psychology and Law in to The Twenty – First Century. Perspectives in Law and Psychology vol. 14. New York: Kluwer Academic Publishers, 2004.
35. Heilbrun K. Evaluation for Risk of Violence in Adults. New York: Oxford University Press, 2009, 187 p.
36. McNiel D., Gregory A., Lam J., Binder R., Sullivan, G. Utility of Decision Support Tools for Assessing Acute Risk of Violence // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2003, vol. 71, p. 945-953.

37. Neves A. C., Gonçalves R. A. Criminal Recidivism and Violation of Conditional Release: A Comparative Study of The LSI-R and The HCR-20 in Portuguese Probationers/Parolees. IAFMHS 8th Annual Conference Vienna 14-16 July 2008 <http://www.ambitushominis.com/pdf/7.pdf> [žiūrėta 2010-04-16].
38. Nicholls T. L. Comparing Risk Assessments With Female and Male Civil Psychiatric Patients: The Utility of HCR-20 and PCL:SV. Thesis Submitted in Partial Fullfilment of the Requierements for the Degree of Master of Arts. Simon Fraser University, 1997 <http://ir.lib.sfu.ca/bitstream/1892/8714/1/b18913970.pdf> [žiūrėta 2010-03-27].
39. Nicholls T. L., Ogloff J. R. P., Douglas K. S. Assessing Risk for Violence Among Male And Female Psychiatric Patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC // Behavioral Sciences and the Law, 2004 ,vol. 22, p.127-158.
40. Philipse M. W. G. Predicting Criminal Recidivism: Empirical Studies and Clinical Practice in Forensic Psychiatry. Proefschrift. Radbound Universiteit, 2005 <http://dare.ubn.kun.nl/dspace/bitstream/2066/26944/1/26944_predcrre.pdf> [žiūrėta 2010-03-19].
41. Pinals. D. A., Tillbrook Ch. E., Mumley D. L. Violence Risk Assessment // F. M. Saleh [et al.] (Eds.). Sex Offenders: Identifications, Risk Assessment, Treatment and Legal Issues. New Yourk: Oxford University Press, 2009. P. 49-69.
42. Rich P. Juvenile Sexual Offenders: A Comprehensive Guide to Risk Evaluation. New Jersey: Wiley & Sons Ltd., 2009. 484 p.
43. Stone M. H. Prediction of violent recidivism // Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002, vol. 412, p. 44-46.
44. Strand S., Belfrage H. Comparison of HCR-20 Scores in Violent Mentally Disordered Men And Women: Gender Differences And similarities // Psychology, Crime & Law, 2001, vol. 7, p. 71-79.
45. Telles L. E., Day V. P., Folino J. O., Taborda J. G. V. Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence / Confiabilidade da versão brasileira do HCR-20 Assessing Risk for Violence // Rev. bras. Psiquiatr, 2009 vol. 31(3), p. 253-256.
46. The Cambridge Dictionary of Psychology // D. Matsumoto (Ed.). New Yourk: Cambridge University Press, 2009. 587 p.
47. Tikkanen R. Predictors of Violent Reconvictions and Mortality Among Impulsive Alcoholic Violent Offenders : A Prospective Study. Academic Dissertation. University of Helsinki, 2009 <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/46994/predicto.pdf?sequence=1> [žiūrėta 2010-03-25].

48. Ustinavičiūtė L., Žukauskienė R., Laurinavičius A. Lietuvos nuteistųjų pakartotinio nusikalstamumo rizikos veiksniai: OASys metodikos diskriminantinio validumo analizė // Socialinių mokslų studijos. 2009, vol. 4, p. 339-356.
49. Warren J. I., South S.C., Burnette M. L., Rogers A., Friend R., Bale R., Van Patten I. Understanding the Risk Factors for Violence and Criminality in Women: The Concurrent Validity of The PCL-R and HCR-20 // International Journal Of Law And Psychiatry, 2005, vol. 28, p. 269-289.
50. Webster Ch. D., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. D. HCR-20. Smurto rizikos įvertinimas. Vilnius: Justitia, 2007. 112 p.
51. Žukauskienė R. Kriminalinio elgesio psichologija. - Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2006. - 604 p.

Santrauka

Marijus Mitrauskas. Pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo galimybės naudojant HCR-20. Magistro baigiamasis darbas

Šio darbo tikslas – įvertinti pakartotinio nusikalstamumo rizikos vertinimo galimybes naudojant HCR-20 metodą. HCR-20 yra Kanados mokslininkų sukurtas smurto rizikos vertinimo instrumentas, skirtas smurtinio elgesio prognozavimui įvairiose aplinkose, pavyzdžiui, teismo psichiatrijos institucijose, pataisos įstaigose ir kt. Atsakymai į šiame tyrime iškeltus uždavinius leis sužinoti, ar naudojantis HCR-20 metodikos lietuviško leidimu galima patikimai ir validžiai prognozuoti pakartotinį nusikalstamumą.

Tyrime dalyvavo 146 asmenys, iš kurių 104 asmenys, atliekantys laisvės atėmimo bausmes įvairiose Lietuvos Respublikos pataisos įstaigose, ir 42 asmenys, kuriems taikomos priverčiamosios medicininės priemonės gydant Rokiškio psichiatrijos ligoninėje. Dauguma tyrime dalyvavusių asmenų yra vyrai $n = 113$ (77,4 %); moterų $n = 33$ (22,6 %). Tiriamųjų amžiaus vidurkis 36,5 metų ($SD = 12,2$), o amžiaus ribos 20 – 76 metai. Tyrime naudota HCR-20 smurto rizikos vertinimo metodikos lietuviška versija (Webster et al. 2007), o informacija apie tiriamųjų pakartotinį nusikalstamumą buvo gauta iš Informatikos ir ryšių departamento prie Lietuvos Respublikos Vidaus reikalų ministerijos. Atliekant prognostinių galimybių vertinimą naudota gavėjų veiklos charakteristikų (ROC) analizė.

Rezultatai parodė, kad HCR-20 rodikliai patikimai prognozuoja bendrąjį pakartotinį nusikalstamumą ($AUC = 0,66$). Prognozuojant būsimą nusikalstamumą vertingos buvo rizikos valdymo ($AUC = 0,68$) ir istorinė ($AUC = 0,63$) subskalės, tačiau klinikinė metodikos subskalė prognostinio efekto neturėjo. Taip pat rasti skirtumai lyginant vyrų ir moterų nuteistųjų HCR-20 rodiklius. Rezultatai leidžia teigti, kad vyrų smurto rizikos vertinimo rodikliai yra aukštesni už moterų. Be to, gauti rezultatai parodė, kad asmenų, nuteistų už smurtinius nusikaltimus, HCR-20 rodikliai yra aukštesni nei nuteistųjų, kurie nebuvo teisti už smurtinius nusikaltimus.

Raktiniai žodžiai: rizikos vertinimas, pakartotinis nusikalstamumas, HCR-20.

Summary

Marijus Mitrauskas. Predicting future reconviction: risk assessment possibilities of the HCR-20. MA paper.

The purpose of this research is to evaluate HCR-20 method possibilities to assess future reconviction. The HCR-20 is an assessment tool created by Canadian scientists and designed to estimate violence probability of individuals in various environments: in institutions of forensic psychiatry, in correctional institutions and in others. Solutions to the tasks of this research should help to determine if using Lithuanian version of HCR-20 can help to estimate credibly and reliably the probability of future reconviction.

146 individuals took part in this research. Among them – 104 individuals were serving their sentence in correctional institutions of Republic of Lithuania, 42 individuals were inpatients of forensic psychiatry in Rokiškio psichiatriinė ligoninė. Majority of investigated individuals were males: $n = 113$ (77.4 %), females $n = 33$ (22.6 %). Average age was 36.5 years ($SD = 12.2$) with age range from 20 to 76 years. In this research a Lithuanian version of violence risk assessment method HCR-20 (Webster et al. 2007) was used and reconviction data of investigated individuals was taken from Information Technology and Communications Department under the Ministry of the Interior of the Republic of Lithuania. Receiver operating characteristic (ROC) analysis was used when carrying out an assessment of possibilities to evaluate future reconviction.

Results clearly demonstrate that scores of HCR-20 are reliable to foresee general reconviction ($AUC = 0.66$). Moreover, risk management ($AUC = 0.68$) and historical ($AUC = 0.63$) subscales are valuable to foresee general future conviction; however clinical methodology scale did not have any prognostic effect. As well there were differences were found between male and female convicts HCR-20 scores, showing that males violence scores were higher than the scores of females. Results also showed that scores of individuals convicted of violence acts are higher than of individuals of non violence acts.

Keywords: risk assessment, reconviction, HCR-20.

1 priedas. HCR-20 tyrimo Lietuvos pataisos įstaigose ir Rokiškio PL ligoninėje kintamieji

1. **Įstaigos pavadinimas** - įstaiga, kurioje nuteistasis/-oji atlieka bausmę arba jam yra taikomos priverčiamosios medicinos priemonės.
2. **Tyrėjo pavardė**-psichologas atlikęs HCR-20 tyrimą PĮ arba Rokiškio PL.
3. **Tiriamąjo vardas ir pavardė** - asmens atliekančio bausmę PĮ arba gydomo Rokiškio PL ir dalyvavusio HCR-20 tyrime vardas ir pavardė.
4. **Tiriamąjo amžius ir gimimo data** - asmens dalyvavusio HCR-20 tyrime amžius tyrimo metu ir jo gimimo data.
5. **Lytis** - tiriamąjo lytis.
6. **Baigtos klasės** - tiriamąjo baigtos klasės.
7. **Tiriamąjo išsilavinimas** - tiriamąjo išsilavinimo lygis: aukštasis, aukštesnysis/profesinis, vidurinis, pagrindinis, nebaigtas pagrindinis.
8. **Tautybė ir pilietybė** -kintamieji nusakantys tiriamųjų tautinę ir pilietybės priklausomybę.
9. **Teistumų skaičius** -kintamasis nusako kiek iš viso kartų buvo teistas tiriamasis įskaitant pastarąjį teistumą pagal kurį jis atlieka bausmę PĮ. Į šio kintamojo reikšmę įskaičiuojami ir pasibaigę teistumai.
10. **Smurtinių nusikaltimų skaičius** -kintamasis nusako kiek kartų tiriamasis buvo teistas už smurtinį nusikaltimą.
11. **Buvę teistumai** - kintamasis apima konkrečią informaciją apie buvusių tiriamąjo asmens teistumus išskyrus paskutinį teistumą, t.y. straipsniai pagal kuriuos asmuo yra teistas.
12. **Paskutinis teistumas** - kintamasis apima LR BK straipsnius/-į pagal kuriuos/-į tiriamasis teistas pastarąjį kartą, ir pagal kuriuos/-į atlieka bausmę PĮ. Kintamasis apima straipsnių numerius ir paaiškinimus.
13. **Amžius pirmojo teistumo metu** - kintamasis apima tyrimo dalyvio amžių metais pirmojo teistumo metu.
14. **Šeimyninė padėtis** - kintamasis apima informaciją apie tiriamąjo asmens šeimyninę padėtį: vedęs, nevedęs, išsituokęs, našlys/-ė.
15. **Gydymas dėl alkoholizmo ir/ar narkomanijos** - kintamasis apima informaciją apie tiriamąjo asmens gydymą nuo alkoholizmo ar narkomanijos TIK teismo nutartimi, neapima savanoriško ar kitokio gydymosi.
16. **Informacija apie darbą** - kintamasis apima informaciją apie tiriamąjo asmens darbinę istoriją, konkrečiai ar jis buvo įsidarbinęs prieš patekdamas į PĮ ar ne.
17. **Diagnozė** - kintamasis apima klinikinę diagnozę, kuri nustatyta tiriamam asmeniui, kuriam Rokiškio PL yra taikomos priverstinės medicinos priemonės, ir kuris yra padaręs nusikalstamą veiką, tačiau yra pripažintas nepakaltinamu. Diagnozė apima TLK-10 V(F) skyriaus kodą su papildomais kodais bei iššifruotą diagnozę.
18. **Nauja nusikalstama veika** - kintamasis apima informaciją apie tiriamąjo asmens naujai padarytą nusikalstamą veiką jau po jo paleidimo iš PĮ. Informacija apima laikotarpį nuo 2008 iki 2009.
19. **Naujos nusikalstamos veikos pobūdis** - kintamasis apima tiriamąjo padarytos naujos nusikalstamos veikos pobūdį, t.y. LR BK straipsnius bei paaiškinimus.

20. **Smurtinis/nesmurtinis nusikaltimas** - apima konkrečią informaciją apie naujai padarytą asmens nusikalstamą veiką, t.y. jis padarė smurtinį ar nesmurtinį nusikaltimą.