

Az agresszív magatartás rizikóját felmérő skála alkalmazása akut pszichiátriai felvételre kerülő betegeken

Gazdag Gábor dr.^{1,2} ■ Takács Rozália dr.¹ ■ Sinka Lászlóné Adamik Erika^{3,4}

¹Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

⁴NEVES Egyesület a Betegbiztonságért, Budapest

Bevezetés: A pszichiátriai betegek körében agresszív viselkedés a leggyakrabban az akut pszichiátriai osztályos kezelés során fordul elő, jelentős betegbiztonsági és dolgozói biztonsági kockázatot okozva.

Célkitűzés: A Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház akut pszichiátriai részlegén, a fizikai agresszió előfordulási gyakoriságának csökkentésére irányuló projekt részeként, kockázatbecslő eszköz napi rutinban történő használatának bevezetése az agresszív betegek korai azonosítására.

Módszerek: Az agresszív magatartás kockázatának felmérésére szolgáló eszköz kiválasztása irodalomkutatás alapján történt. A V-RISK-10 magyar fordításának elkészítése után minden, az osztályra sürgősséggel felvett betegnél a felvő orvos kitöltötte a kérdőívet. A kérdőív predikciós értékének felmérésére az első 50 felvett kérdőív esetében visszamenőleg megvizsgáltuk, hogy a betegek felvételét követő egy hétben hány alkalommal és milyen időtartamban volt szükség korlátozó intézkedés alkalmazására veszélyeztetett magatartás miatt.

Eredmények: A V-RISK-10 skálán elért átlagpontszám $6,78 \pm 3,36$ pont volt (a skálán minimum 0, maximum 20 pont kapható). A betegek korlátozás alatt töltött összes ideje $6,96 \pm 17,21$ óra volt. A V-RISK-10 skála összpontszáma közepes erősségű, szignifikáns korrelációt mutatott a korlátozás alatt töltött összesített órással ($r = 0,447$; $p = 0,001$).

Megbeszélés: Az eredmények alapján a V-RISK-10 skála alkalmas a felvételt követő egy hétben megjelenő, fizikai korlátozást igénylő agresszív magatartás előrejelzésére. Az előzményben szereplő erőszakos magatartásnak, szerhasználatnak és a már diagnosztizált pszichiátriai betegségnek, az aktuálisan észlelhető tünetek közül a gyanakvásnak volt a leginkább prediktív szerepe.

Következtetés: A V-RISK-10 skála a rutin-betegellátásban könnyen alkalmazható, az agresszív magatartást közepes erősséggel előre jelző kockázatfelmérő eszköznek bizonyult, mellyel már az osztályos felvételnél azonosíthatók az agresszió szempontjából magas kockázatú betegek, akiknél szoros betegkövetéssel, az agresszív magatartás elkerülését szolgáló technikák időben történő alkalmazásával az agresszív magatartás előfordulása csökkenthető.

Orv Hetil. 2023; 164(8): 293–299.

Kulcsszavak: agresszív magatartás, kockázatbecslő skála, V-RISK-10, akut pszichiátriai beteg

Introduction of a risk assessment tool to evaluate the risk of aggressive behavior during acute psychiatric admission

Introduction: Aggressive behavior among psychiatric patients occurs the most frequently during acute inpatient treatment causing significant safety risk for patients and staff.

Objective: As part of a risk-reducing project targeting the reduction of the frequency of physical aggression, a daily routine use of a risk evaluation tool was introduced in the acute psychiatric unit of the Jahn Ferenc South Pest Hospital.

Methods: Selection of the appropriate risk evaluation tool was based on a thorough search of the literature. After preparing the Hungarian translation of V-RISK-10, all acutely admitted patients were assessed with this rating scale completed by the duty psychiatrist. To evaluate the predictive validity of the scale, the authors retrospectively surveyed the number and length of necessary physical restraints due to aggressive behavior in the first week after admission.

Results: The mean score on V-RISK-10 was 6.78 ± 3.36 points and the time patients spent under restraints was 6.96 ± 17.21 hours. The sum score of the V-RISK-10 showed a moderate strength, and significant correlation with the time spent under restraint ($r = 0.447$; $p = 0.001$).

Discussion: The results confirmed that V-RISK-10 is an appropriate tool for predicting physical aggression necessitating restraints in the first days following an acute psychiatric admission. History of violent behavior, drug use, and a psychiatric diagnosis and suspiciousness among current symptoms had the strongest predictive value.

Conclusion: The V-RISK-10 is a risk assessment tool that is user-friendly in the context of acute psychiatric inpatient care and has a moderate power for predicting aggressive behavior. Patients with high risk of aggression can be identified with this tool at the time of admission. With careful monitoring and timely initiation of aggression prevention strategies, the occurrence of aggressive behavior can be minimized.

Keywords: aggressive behavior, risk assessment scale, V-RISK-10, acute psychiatric patient

Gazdag G, Takács R, Sinka Adamik E. [Introduction of a risk assessment tool to evaluate the risk of aggressive behavior during acute psychiatric admission]. *Orv Hetil.* 2023; 164(8): 293–299.

(Beérkezett: 2022. november 13.; elfogadva: 2022. december 18.)

Rövidítések

BVC = (Brøset Violence Checklist) Brøset Agresszió Csekklista; DASA-IV = (Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version) A szituatív agresszió dinamikus értékelése – fekvőbeteg-változat; DSM = (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) Mentális betegségek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve; ESzCsM = Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium; HCR-20V3 = (Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3) Történeti, klinikai, kockázatkezelési skála – 20 kérdéses 3. változat; V-RISK-10 = Az agresszió kockázatának szűrése – 10 kérdés

A súlyos pszichiátriai betegségek és az agresszív viselkedés összefüggésére vonatkozóan ellentmondásos eredmények találhatók az irodalomban [1]. Az utóbbi évtizedben született vizsgálatok egyre inkább abba az irányba mutatnak, hogy a pszichiátriai betegek körében az agresszív magatartás gyakoribb előfordulását nem maga a betegség, hanem az ahhoz társuló egyéb körülmények okozzák [2].

A pszichiátriai betegek körében agresszív viselkedés az esetek több mint 50%-ában az akut pszichiátriai osztályos kezelés során fordul elő [3], jelentős megbízhatósági és dolgozói biztonsági kockázatot okozva ezzel [4, 5]. Az agresszív viselkedés előfordulási gyakoriságát akut pszichiátriai osztályon kezelt betegeknél felmérő vizsgálatok eredményei széles határok (3–44%) között szórnak, az eredményeket összegző metaanalízisben átlagosan 17%-osnak találták az előfordulását. Az agresszióra hajlamosító tényezők közül a férfinem és a szerfüggőség, akárcsak az általános populációban, a pszichiátriai betegek között is megjelenik. Agresszióra hajlamosít az is, ha a kezelés a beteg akarata ellenére történik [6]. Az agresszív viselkedés megjelenésének kockázatát a beteg élet-történetében korábban előfordult agresszivitás is nagy biztonsággal jelzi előre [7].

Az agresszió a leggyakrabban a személyzet, ritkábban egy másik beteg felé irányul, verbális és fizikai formában

nyilvánulhat meg. A pszichiátriai ellátásban dolgozó ápolók háromszor nagyobb valószínűséggel vannak fizikai támadásnak kitéve, mint a nem pszichiátriai ellátásban dolgozó társaik. A pszichiátrián dolgozó ápolónőket inkább a verbális, míg a férfi ápolókat a fizikai agresszió fenyegeti [8]. Ennek következtében a pszichiátriai ápolóknál gyakran alakul ki stresszreakció, szorongás, depresszió, aminek hatására nő a betegállományban töltött idő, gyakoribb a munkahelyi fluktuáció és a pályaelhagyás [9].

A beteg agresszív viselkedésének a gyógyulási folyamatra is negatív hatása van. Ha a beteg egy betegtársa agressziójának áldozatává válik, akkor az esemény benne stresszreakciót, szorongást, félelmet válthat ki, gyengítve a személyzetbe, a terápiás közegbe vetett bizalmat és hátráltatva ezzel a gyógyulás folyamatát. Az agresszív magatartást mutató betegekre pedig az agresszió fokozódásának kivédésére tett korlátozó intézkedéseknek lehet negatív pszichés vagy fizikai hatása [10].

Az agresszió előfordulása a különböző pszichiátriai kórképekben jelentős különbségeket mutat [11]. Kifejezetten magas kockázatúnak találták a szerfüggőség különböző formáit, a pszichotikus állapotok közül elsősorban az első epizódot, illetve azokat az eseteket, amikor a beteg üldözve, megtámadva érzi magát. Hangulatzavarok kapcsán főként a mániás, illetve a kevert epizódok járnak az agresszió komolyabb kockázatával. A személyiségzavarok közül a DSM-IV szerint a B klaszterbe tartozó formák (borderline, narcisztikus, hisztrionikus és antiszociális), valamint az A klaszterből a paranoid forma jár az agresszív magatartás nagyobb kockázatával. A demográfiai jellemzők közül elsősorban a férfinemnek és a szociális státusznak van szerepe az agresszív magatartás kialakulásában [6].

Az agresszió előrejelzésére, mérésére számos módszert alkalmaznak: interjúkat, megfigyeléseket, valamint projektív teszteseteket és önkítöltő kérdőíveket. Mindezeknek a módszereknek azonban vannak korlátaik, mint például a kognitív működés hatása az egyén önértékelésére

vagy a megfigyelő hatása a megfigyelés eredményére. Az önköltő kérdőívek csak akkor jósolják meg helyesen az agresszív viselkedést, ha a betegek beismerik, hogy erőszakos cselekményeket követtek el. A közvetlen agresszió előrejelzésére szolgáló strukturált, szisztematikus értékelési eszközök viszonylag újak a klinikai gyakorlatban. Ezeknek az eszközöknek az a céljuk, hogy előre jelezzék és értékeljék az erőszak kockázatát a pszichiátriai populációkban.

Az agresszió kockázatának előrejelzésére leggyakrabban használt eszközök

Brøset Agresszió Csekklista (BVC) [12]

A BVC 6 tételes, az erőszak kockázatát értékelő lista, amely 6 olyan viselkedésbeli változást (zavartság, ingerlékenység, féktelenség, fizikai fenyegetések, verbális fenyegetések és tárgyak elleni támadások) értékel, amelyek további agressziót jeleznek előre a fekvőbetegek körében. A BVC gyorsan és egyszerűen értékelhető („1” a viselkedés jelenlétét, „0” a hiányát jelöli), és célja, hogy előre jelezze a következő 24 órában várhatóan bekövetkező agresszív viselkedés kockázatát.

A szituatív agresszió dinamikus értékelése – fekvőbeteg-változat (DASA-IV) [13]

A DASA-IV 7 részből álló (negatív attitűdök, impulzivitás, ingerlékenység, verbális fenyegetések, érzékenység az észlelt provokációra, könnyen feldühödik, ha kéréseit elutasítják, és nem hajlandó követni az utasításokat) strukturált kockázatértékelési eszköz, amelyet fekvőbetegek agressziójának értékelésére használnak. A DASA-IV jó hatásfokkal használható az agresszív események előrejelzésére is.

Az agresszió kockázatának szűrése – 10 kérdés (V-RISK-10) [14]

A V-RISK-10 teszt egy, a vizsgáló által a pszichiátriai vizsgálat alapján könnyen kitölthető rizikóbecslő eszköz. Az agresszív viselkedés kockázatát értékelő kérdőív 10 kérdésből áll, amely 6 statikus (a beteget általánosságban jellemző) és 4 dinamikus (a beteg aktuális állapotát jellemző) tételt tartalmaz. A kérdések az erőszakos magatartásra, a fenyegetésre, a szerhasználatra, a pszichiátriai kórképre, a személyiségzavarra, a betegségbelátásra, a gyanakvásra, az empátia hiányára, az irreális tervekre és az előre látható jövőbeli stresszhelyzetekre vonatkoznak. Az egyes rizikótényezők értékeléséhez rövid útmutató ad segítséget. Az értékelés 3 fokozatú skálán történik. Ha nincs jelen az adott rizikótényező, akkor 0 ponttal, ha lehetséges, akkor 1 ponttal, ha biztosan jelen van, akkor 2 ponttal történik az értékelés. Az adott betegre vonatkozó kockázat az egyes tételek pontszámainak ösz-

szegzésével számolható ki. A pontszám 0 és 20 pont között lehet (1. melléklet). A kérdőív klinikai mintán megbízhatóan előre jelzi az agresszív viselkedést [15].

Történeti, klinikai, kockázatkezelési skála – 20 tétel (HCR-20V3) [16]

A HCR-20V3 20 elemből álló értékelési eszköz, amely előre jelzi az interperszonális erőszak kockázatát. A történeti (H) skála 10 olyan, az erőszakkal kapcsolatos tételből áll, amelyek jelenléte várhatóan nem csökken az idővel vagy a kezeléssel, még akkor sem, ha ezeknek a tényezőknek a relevanciája idővel változhat. A klinikai (C) skála 5 olyan elemből áll, amelyek dinamikus jellegűek, és idővel vagy a kezelés hatására változhatnak. A kockázatkezelési (R) skála 5 olyan tételből áll, amelyek dinamikusak, és a jövővel kapcsolatos kockázatokat értékelik. A HCR-20V3 jó prediktív értékkel bír a 6–12 hónapos nyomon követési időszak alatt előforduló erőszakra vonatkozóan [17].

Adatok és módszerek

Az agresszív magatartás kockázatának felmérésére használt eszköz kiválasztása, magyarra fordítása

A megfelelő kockázatbecslő eszköz kiválasztása irodalomkutatás alapján történt. Az eszköz kiválasztásakor szempont volt, hogy a vizsgáló által kitöltendő skála legyen, mivel a felvételre kerülő betegek jelentős részénél nem várható megfelelő együttműködés, ami az önköltő teszt alkalmazását lehetetlenné teszi. További szempont volt a teszt kiválasztásakor, hogy egyszerű, a mindennapi klinikai munkában könnyen alkalmazható teszt legyen, amelynek felvétele nem igényel jelentős időráfordítást. Mindezeknek a feltételeknek az irodalmi áttekintésben szereplő tesztek közül a V-RISK-10 [14] teszt felelt meg a leginkább, ezért ezt választottuk ki.

A V-RISK-10 teszt angol változata szabadon elérhető az interneten, felhasználása nincs engedélyhez kötve. A vizsgálathoz az angol változathoz két, egymástól független magyar fordítás (Gazdag Gábor és Takács Rozália által) készült, majd a két fordítást egy független harmadik – mindkét nyelvet anyanyelvi szinten beszélő – szakember (Ungvári S. Gábor) vetette össze. Az ő javaslatai alapján készült el a teszt végleges magyar változata (1. melléklet).

A kockázatbecslő skála alkalmazásának bevezetése

2021. szeptember 28-ával a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályára sürgősséggel felvett betegeknél az agresszív magatartás kockázatának felmérésére strukturált kockázatbecslő

skálát vezettek be. A kérdőívet a felvevő orvos töltötte ki. A kockázatbecslő kérdőívnek a klinikai gyakorlatba történő bevezetése után két hónappal visszajelzést kértünk a sürgősségi felvételt végző szakorvosoktól a kérdőív használhatóságára vonatkozóan.

A kérdőív predikciós értékének felmérése

A kérdőív predikciós értékének felmérésére az első 50, felvett kérdőív esetében retrospektíven megvizsgáltuk, hogy a betegek felvételét követő egy hétben hány alkalommal és milyen időtartamban volt szükség korlátozó intézkedés alkalmazására veszélyeztető magatartás miatt. A fizikai és kémiai korlátozó intézkedésekről a pszichiátriai osztályokon a 60/2004. ESzCsM rendelet [18] alapján minden esetben adatlapot kell felvenni, amely tartalmazza a korlátozás módját és időtartamát.

Adatfeldolgozás

A kockázatfelmérő kérdőíven szerzett összpontszám és a felvételt követő egy hétben előfordult korlátozó intézkedések összesített időtartama (órában megadva) mellett a beteg életkora és neme került rögzítésre. Az adatok kiértékelése SPSS 22.0 statisztikai programmal (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) történt. A leíró adatokat az átlaggal és a szórással adtuk meg. A rizikóbecslő skálán elért pontszám és a korlátozó intézkedések összesített időtartama, valamint az életkor közötti összefüggés vizsgálata – mivel mindkét változó normáloszlást mutatott – Pearson-féle R korrelációs próbával, a nemek közötti különbség vizsgálata pedig *t*-próbával történt.

Eredmények

A vizsgálatban 50, akut felvételre került beteg adatait dolgoztuk fel. A betegek közül 28 nő, 22 férfi volt. Átlagéletkoruk $52,8 \pm 16,2$ év volt. A V-RISK-10 skálán elért átlagpontszám: $6,78 \pm 3,36$ pont volt. A betegek korlátozás alatt töltött összes ideje $6,96 \pm 17,21$ óra volt. A férfiak és a nők között nem találtunk szignifikáns különbséget sem a V-RISK-10 pontszám, sem a korlátozás alatt töltött idő vonatkozásában. A V-RISK-10 skála tételenkénti eredményét az 1. táblázat mutatja. A V-RISK-10 szerinti pontszámok és a korlátozásban töltött idő kórképek alapján történő bontásban a 2. táblázatban látható.

A korrelációs vizsgálat eredménye

A betegek életkora sem a V-RISK-10 szerinti összpontszámmal, sem a korlátozás alatt töltött összesített óraszámmal nem mutatott szignifikáns összefüggést. A V-RISK-10 skála összpontszáma közepes erősségű, szignifikáns korrelációt mutatott a korlátozás alatt töltött összesített óraszámmal ($r = 0,447$, $p = 0,001$).

1. táblázat | A V-RISK-10 skála eredménye

Rizikófaktor	Nem	Lehetséges	Igen
Erőszakos magatartás	26	7	17
Fenyegetés	39	5	6
Szerhasználat	27	0	23
Pszichiátriai betegség	12	0	38
Személyiségzavar	47	0	3
A belátás hiánya	44	0	6
Gyanakvás	18	6	26
Az empátia hiánya	37	7	6
Irreális tervek	40	4	6
Jövőbeli várható stressz	21	10	19

V-RISK-10 = Az agresszió kockázatának szűrése – 10 kérdés

Megbeszélés

Az irodalomkutatás alapján kiválasztott, majd magyarra lefordított V-RISK-10 skálának a rutin sürgősségi pszichiátriai betegfelvételbe történő bevezetése sikeres volt. A skála a felvételt végző orvosok tapasztalata alapján a mindennapi gyakorlatban könnyen alkalmazhatónak bizonyult, felvétele nem igényelt 4–5 percnél több időt, kitöltése a rutin pszichiátriai vizsgálat során feltett kérdések alapján megoldható volt.

Az első 50 beteg adatainak retrospektív feldolgozása alapján a V-RISK-10 skála alkalmasnak mutatkozott a felvételt követő egy hétben megjelenő, fizikai korlátozást igénylő agresszív magatartás előrejelzésére (közepes erősségű, szignifikáns korreláció mutatkozott a V-RISK-10 pontszáma és a korlátozás alatt töltött idő között). Ennek alapján a V-RISK-10 skála alkalmasnak látszik a rutin pszichiátriai betegellátásban való használatra az agresszív magatartás szempontjából fokozott kockázatú betegek kiszűrésére.

A V-RISK-10 tételei közül az előzményben szereplő erőszakos magatartás, szerhasználat és a már diagnosztizált pszichiátriai betegség esetében érték el magas pontszámokat a vizsgálat résztvevői (1. táblázat). A skála felvételekor észlelhető tünetek közül a gyanakvás és a közeljövőben várható stresszhatások voltak a legmagasabb pontszámú tételek.

Az agresszív magatartásnak az egyes kórképekhez társuló kockázatát elemezve, a V-RISK-10 skálán kapott eredmények többségében egybeestek az irodalmi adatokkal. Magas összpontszámot értek el a betegek mánia [19], kevert affektív tünetek [20], pszichózis [21], drog indukálta pszichózis [22], organikus pszichiátriai kórképek [23, 24] és mentális retardáció [25] esetén. Két kórképnél – drog indukálta pszichózis és mentális retardáció esetén – azonban a V-RISK-10 magas összpontszáma nem járt hosszabb időtartamú fizikai korlátozással (2. táblázat). Ezt az eredményt a leginkább a vizsgált mintában ebben a két kórképben szenvedők alacsony esetszáma (2, illetve 1 beteg) magyarázhatja. Ugyancsak

2. táblázat | A V-RISK-10 szerinti pontszámok és a korlátozásban töltött idő kórképenként

Kórkép	Betegszám	A V-RISK-10 szerinti pontszám	Korlátozásban töltött idő (óra)
Depresszió	11	4,00 ± 1,73	0
Mánia	3	10,67 ± 3,22	15,00 ± 13,75
Kevert affektív tünetek	6	8,67 ± 3,10	10,33 ± 21,21
Alkoholfüggőség	7	3,71 ± 1,50	0,87 ± 2,27
Pszichózis	9	9,56 ± 2,79	14,33 ± 28,47
Drog indukálta pszichózis	2	8,00 ± 0	0
Organikus kórképek	8	7,25 ± 2,32	13,25 ± 21,43
Szorongásos zavarok	3	4,33 ± 1,53	0
Mentális retardáció	1	12	0

A V-RISK-10 szerinti pontszámot és a korlátozásban töltött időt az átlaggal és a szórással adtuk meg

V-RISK-10 = Az agresszió kockázatának szűrése – 10 kérdés

az irodalmi adatokat tükrözta a depressziós és a szorongásos kórképekben talált alacsony, V-RISK-10 szerinti összpontszám [26], ami egybecsengett azzal, hogy az ezekben a kórképekben szenvedő betegeknél – eredményeink alapján – egyáltalán nem volt szükség fizikai korlátozásra (2. táblázat).

A vizsgálat korlátai

A kis esetszám miatt az eredmények csak korlátozottan értékelhetők. Különösen igaz ez az egyes diagnosztikus alcsoportok eredményeire. A vizsgálat további gyengesé-

ge, hogy az adatgyűjtés keretében nem dolgoztuk fel a kémiai korlátozó intézkedéseket. A V-RISK-10 skála magyar változatának validálása eddig nem történt meg.

Következtetés

A V-RISK-10 skála a rutin-betegellátásban könnyen alkalmazható, az agresszív magatartást közepes erősséggel előre jelző kockázatfelmérő eszköznek bizonyult. A kockázatfelmérő eszköz rutinszerű alkalmazásával már az osztályos felvételnél azonosíthatók az agresszió szempontjából magas kockázatú betegek, akiknél szoros betegkövetéssel, az agresszív magatartás elkerülését szolgáló technikák időben történő alkalmazásával az agresszív magatartás előfordulása csökkenthető.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: A vizsgálat alap gondolata G. G.-től származik, a módszertan kidolgozásához javaslataival S. L. A. E. is hozzájárult. Az adatgyűjtés G. G. és T. R. munkája volt. A kézirat első változatát G. G. írta, majd azt T. R. és S. L. A. E. kommentálta és javította. A kézirat végső változatát mindhárom szerző olvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek a kéziratban ismertett témával kapcsolatban érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki *prof. dr. Ungvári S. Gábornak* és *dr. Csibi Leventének* a V-RISK-10 skála magyarra fordításában, valamint *Berezi Edinának* az adatrögzítésben nyújtott segítségért.

1. melléklet | Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10) (Az agresszió kockázatának szűrése – 10 kérdés)

Név:

Születési dátum:

Nem: férfi nő

A felvétel időpontja: év hónap nap

Felvező orvos:

Pontozási útmutató

Az értékelő információt gyűjt a V-RISK-10 skálában szereplő mind a 10 rizikófaktorra vonatkozóan. Minden tétel alatt szerepelnek fontos példák a pontozásra vonatkozóan. Jelölje a négyzetbe tett x-szel annak valószínűségét, hogy az adott rizikófaktor mennyire vonatkozik az adott betegre:

Nem: egyáltalán nem vonatkozik a betegre

Lehetséges/közepesen: vonatkozhat/jelen lehet közepesen súlyos mértékben

Igen: egyértelműen, súlyos mértékben vonatkozik

Nem tudom: túl kevés az információ a válaszadáshoz

1. melléklet folyt.

	Nem	Lehetséges/ közepes	Igen	Nem tudom
<i>Korábbi és/vagy jelenlegi erőszakos magatartás</i> A súlyosan erőszakos magatartás arra vonatkozik, ha azzal a céllal támad meg egy másik személyt (akár valamilyen eszközzel), hogy annak súlyos sérülést okozzon. Igen: A vizsgált személy legalább 3 közepesen súlyos vagy 1 nagyon súlyos erőszakos cselekményt követett el. Az olyan, közepesen vagy kevésbé súlyosan erőszakos magatartást, mint az olyan rúgás, ütés, lökés, amely nem okoz súlyos sérülést az áldozatnak, lehetséges/közepesnek kell értékelni.				
<i>Korábbi és/vagy jelenlegi fenyegetés (verbális/fizikai)</i> Verbális: Olyan, emelt hangon tett kijelentések, amelyekben a másik személyt fizikai sérülés okozásával fenyegeti. Fizikai: Fizikai támadást jelző mozdulatok vagy gesztusok.				
<i>Korábbi és/vagy jelenlegi szerhasználat</i> A páciens kórelőzményében alkohol, gyógyszer, és/vagy más szerek (például amfetamin, heroin, kannabisz) abúzus szerepel. A hígító és a ragasztó abúzus is idetartozik. Az 'igen' válaszhoz a páciensnek a múltban vagy jelenleg is jelentős abúzus/függőség tüneteit kell mutatnia, csökkent munkahelyi vagy iskolai aktivitással, egészségkárosodással és csökkent szabadidős tevékenységgel.				
<i>Korábbi és/vagy jelenlegi nagy pszichiátriai kórkép</i> NB: A páciensnek volt vagy van pszichotikus betegsége (például szkizofrénia, paranoia vagy pszichotikus hangulatzavar). A személyiségzavart az 5. pontban kell értékelni.				
<i>Személyiségzavar</i> Az értékelés szempontjából az excentrikus (szkizoid, paranoid) és az impulzív, gátlástalan (érzelmileg labilis, antiszociális) formákat kell figyelembe venni.				
<i>A belátás hiányát mutatja a betegségére és/vagy a viselkedésére</i> Ez annak mértékére vonatkozik, hogy a páciensnek mennyire van belátása a mentális betegségére, arra, hogy gyógyszert kell szednie, a betegsége szociális következményeire vagy a betegségéhez, személyiségzavarához társuló viselkedésére.				
<i>Gyanakvását fejezi ki</i> A páciens gyanakvását fejezi ki verbálisan vagy nonverbálisan mások felé. A vizsgált személy résen van a környezetével szemben.				
<i>Az empátia hiányát mutatja</i> A páciens érzelmileg hidegnek látszik, érzéketlennek mások gondolataival szemben, érzelmileg érintett helyzetekben.				
<i>Irreális tervei vannak</i> Ez azt méri fel, hogy a páciensnek mennyire vannak a jövőre vonatkozó irreális tervei (az osztályon belül vagy kívül). Reálisak az elképzelései például arról, hogy milyen támogatásra számíthat a családjától, a szakemberektől vagy szociális környezetétől? Fontos felmérni, hogy a páciens együttműködő és motivált-e a tervek követésében.				
<i>Jövőbeli stresszhelyzetek</i> Ez azt méri fel, hogy a páciens mennyire lesz potenciálisan kitéve a jövőben stresszes helyzeteknek, és mennyire van képessége megküzdeni a stresszel. Például (az osztályon belül és azon kívül): csökkent alkalmazkodóképesség a határokhöz, a fizikai agresszió potenciális áldozatainak közelsége, szerhasználat, hajléktalanság, erőszakos környezetben tartózkodás/erőszakos környezethez tartozás, fegyverhez való könnyű hozzáférés stb.				

Összefoglaló értékelés:

A klinikai értékelés, az egyéb rendelkezésre álló információk és a becslőskála alapján:

Milyen súlyos az agresszió kockázata ennél a betegnél?

Alacsony	Közepes	Magas
----------	---------	-------

Irodalom

- [1] Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, et al. Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health* 2016; 70: 223–225.
- [2] Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 152–161.
- [3] Spidel A, Lecomte T, Greaves C, et al. Early psychosis and aggression: predictors and prevalence of violent behaviour amongst individuals with early onset psychosis. *Int J Law Psychiatry* 2010; 33: 171–176.
- [4] Whittington R, Richter D. From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. In: Richter D, Whittington R (eds.) *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. Springer, New York, NY, 2006; pp. 47–68.
- [5] Ráczkevy-Deak G, Besenyő J. Violence against healthcare workers. Hungarian experiences. [Egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszakos cselekedetek. Hazai tapasztalatok.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1112–1122. [Hungarian]
- [6] Iozzino L, Ferrari C, Large M, et al. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2015; 10: e0128536.
- [7] Amore M, Menchetti M, Tonti C, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008; 62: 247–255.
- [8] Edward KL, Stephenson J, Ousey K, et al. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs.* 2016; 25: 289–299.
- [9] Reininghaus U, Craig T, Gournay K, et al. The High Secure Psychiatric Hospitals' Nursing Staff Stress Survey 3: identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. *Pers Individ Diff.* 2007; 42: 397–408.
- [10] Olofsson B, Jacobsson L. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2001; 8: 357–366.
- [11] Girasek H, Nagy VA, Fekete Sz, et al. Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World J Psychiatry* 2022; 12: 1–23.
- [12] Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Violence* 2000; 15: 1284–1296.
- [13] Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law* 2006; 24: 799–813.
- [14] Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, et al. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: an introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 388–394.
- [15] Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 85–91.
- [16] Douglas KS, Hart SD, Webster CD, et al. HCR-20: Assessing risk for violence (Version 3). Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute, Burnaby, BC, 2013.
- [17] Archer-Power L, Doyle M, Coid J, et al. Predicting post-discharge community violence in England and Wales using the HCR-20V3. *Int J Forensic Ment Health* 2014; 13: 140–147.
- [18] Regulation on possible physical restraints of psychiatric patients at admission and management. [60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól – 2021. 12. 10-i állapot.] [Hungarian]
- [19] Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Symptom profile consistency in recurrent manic episodes. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 179–181.
- [20] Blanco EA, Duque LM, Rachamalla V, et al. Predictors of aggression in 3,322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders evaluated in an emergency department setting. *Schizophr Res.* 2018; 195: 136–141.
- [21] Taylor PJ, Leese M, Williams D, et al. Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 218–226.
- [22] Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE* 2013; 8: e55942. Erratum: *PLoS ONE* 2013; 8(9). doi: 10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38.
- [23] Takács R, Ungvári GS, Gazdag G. Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2015; 17: 141–145.
- [24] Balázs N, Kovács T. Heterogeneity of Alzheimer's disease. [Az Alzheimer-kór heterogenitása.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 970–977. [Hungarian]
- [25] Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y, et al. Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2006; 50: 652–661.
- [26] Dutton DG, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: a critical review. *Aggress Violent Behav.* 2013; 18: 310–319.

(Gazdag Gábor dr.,
Budapest, Köves út 1., 1204
e-mail: gazdag@lamb.hu)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)