

Dobre (lub złe) przeczucia: intuicja kliniczna przy ocenie ryzyka przemocy

Andrew Carroll

Advances in psychiatric treatment (2012), vol. 18, 447–456

Ocena ryzyka przemocy w psychiatrii i radzenie sobie z tym zagrożeniem nieuchronnie, co zrozumiacie, jest związane z opartym na emocjach, intuicyjnym sposobem myślenia, a także z rozważnym myśleniem analitycznym. W tym artykule autor omawia pojęcie „intuicji” i proponuje krótki zestaw wytycznych opracowanych na podstawie badań psychologa poznawczego Robina Hogartha, którymi mogą kierować się lekarze posługujący się przy ocenie zagrożenia myśleniem intuicyjnym. Wytyczne są następujące: uwzględniaj struktury uczenia się mające znaczenie przy zadaniu polegającym na ocenie ryzyka; wykorzystuj własne emocje jako źródło danych uwzględniaj „czynniki wyłamujące się”, takie jak analiza stosunku kosztów do korzyści wykorzystuj podejście narracyjne do stworzenia konceptualizacji. Te wytyczne mają na celu stworzenie ram do nieustannego podejmowania wysiłków opartych na refleksji przy ocenie ryzyka i radzeniu sobie z nim.

Podejmowanie decyzji dotyczących ryzyka jest integralnym elementem pracy klinicznej w dziedzinie zdrowia psychicznego.¹ Obecnie wykorzystuje się bardzo wiele narzędzi i metod oceny²⁻⁴ pomocnych przy realizowaniu tego zadania w sytuacji zagrożenia przemocą. Ogromny postęp empiryczny, jaki dokonał się w tej dziedzinie w ciągu ostatnich 20 lat,⁵ doprowadził do pożądanego zwiększenia nacisku na ustrukturyzowane, systematyczne metody oceny. Jednocześnie z tymi odkryciami zaczęto jednak marginalizować lub nawet pomniejszać znaczenie intuicji klinicznej.² W tym artykule autor broni znaczenia intuicyjnego modelu myślenia, jako mającego istotną wartość dla lekarzy stojących przed zadaniem oceny ryzyka przemocy, pod warunkiem że będzie wykorzystywany w rozważny i systematyczny sposób. Zostaną wymienione praktyczne wytyczne takiego postępowania, oparte na badaniach psychologa poznawczego Robina Hogartha.

Współczesne modele intuicji

Psycholodzy od dawna rozróżniali dwa modele myślenia, określając je jako „myślenie rozważne” i „myślenie intuicyjne” (oparte na intuicji). Najważniejsze różnice między tymi dwoma rodzajami myślenia wymieniono w tabeli 1. Betsch⁵ definiuje intuicję jako:

proces myślowy. Wsad do tego procesu stanowi przede wszystkim wiedza przechowywana w pamięci długotrwałej, nabywana głównie podczas uczenia się opartego na skojarzeniach (asocjacyjnego). Ten wsad jest przetwarzany automatycznie, bez udziału świadomości. Wynikiem są emocje, które mogą stanowić podstawę oceny i podejmowania decyzji.

Ta definicja niekoniecznie uwzględnia zachowania instynktowne, chociaż inne teorie przyjmują, że intuicyjne reakcje mogą obejmować mieszaninę wrodzonych lub wyuczonych zachowań.⁶

Osiowym punktem tej definicji jest pojęcie magazynowania w pamięci długotrwałej informacji nabywanych drogą osobistego doświadczenia w wyniku ekspozycji na różne rodzaje bodźców, a także towarzyszących temu reakcji i konsekwencji. Te skojarzenia są nabywane w wyniku doświadczenia w procesie uczenia się opartego na obserwacji, instrumentalnie i w wyniku klasycznego warunkowania.⁷ Są dwie zasady takiego uczenia się:⁶

- obserwacja częstości zdarzeń i obiektów w środowisku oraz ich wzajemnych zależności;
- zasada wzmocnienia: tzn. pozytywna (nagroda) lub negatywna (koszty) wartość zjawisk środowiskowych.

Co ważne, produktem systemu intuicyjnego są w większym stopniu emocje niż stwierdzenia słowne. Często polega to sub-

Andrew Carroll jest starszym wykładowcą psychiatrii sądowej na Monash University, gdzie zajmuje się koordynacją prac nad kierunkiem behawioralnym w ramach kursu Master of Mental Health Science. Jest również konsultantem w dziedzinie psychiatrii sądowej w ośrodku rehabilitacyjnym Thomas Embling Hospital (Forensicare) w Melbourne. Jego główne zainteresowania badawcze dotyczą zależności między psychozami, poznaniem społecznym a przemocą.

Adres do korespondencji: Dr Andrew Carroll, Senior Lecturer in Forensic Psychiatry, Centre for Forensic Behavioural Science, Monash University, 505 Hoddle Street, Clifton Hill VIC 3068, Australia; e-mail: andrew.carroll@monash.edu

Konflikt interesów: brak.

telnym włączaniu emocji,⁸ wskazującym na określoną wartość, taką jak dobro, zło lub zagrożenie. Mogą jednak wystąpić również odczucia mniej angażujące emocjonalnie, takie jak przeświadczenie.⁹ Uważa się, że tego rodzaju odczucia pomagają ludziom w szybkim i skutecznym poruszaniu się w systemie skomplikowanych i czasami ryzykownych zagrożeń codziennego życia. Były one określane różnymi terminami, np. przeczuciami – zdefiniowanymi jako „niejasne odczucia, takie jak zaniepokojenie lub podniecenie”.⁷

Wpływowi, neurobiologiczny model procesu podejmowania decyzji (hipoteza markera somatycznego¹⁰) analogicznie proponuje hipotezę, zgodnie z którą uczucia wywodzące się z magazynu pamięci długotrwałej pomagają kierować zachowaniem. Model ten zakłada, że magazyn pamięci długotrwałej

Tabela 1. Cechy charakterystyczne intuicyjnych i racjonalnych procesów myślowych⁷

Intuicyjne	Rozważne
Oparte na doświadczeniu: automatyczny układ uczenia się	Racjonalne: świadome procesy wnioskowania
Nieświadome	Świadome
Automatyczne	Przemysłane
Konkretne: kodują rzeczywistość w formie obrazów, metafor i narracji	Abstrakcyjne: kodują rzeczywistość w formie symboli, słów i liczb
Holistyczne	Analityczne
Asocjacyjne: skojarzenia na zasadzie podobieństw i ciągłości	Oparte na związkach przyczynowo-skutkowych
Ścisłe związane z emocjami	Pozbawione emocji
Postępuje się „zasadą przyjemności” (opartą na dobrym samopoczuciu)	Postępuje się „zasadą rzeczywistości” (opartą na logice i dowodach)
Schematy są nabywane przez uczenie się w wyniku doświadczenia	Przekonania są kształtowane w procesie świadomego uczenia się i wnioskowania logicznego
Zorientowane na wynik	W większym stopniu zorientowane na proces
Zachowanie wynika z klimatu poprzednich doświadczeń	Zachowanie wynika ze świadomej oceny zdarzeń
Szybkie procesy: zorientowane na natychmiastowe działanie	Wolniejsze procesy: umożliwiające podjęcie działań ze znacznym opóźnieniem
Oporność na zmianę: zmiana zachodzi po wielokrotnym lub intensywnym doświadczeniu	Mniejsza oporność na zmianę: może dochodzić do zmiany przy przyspieszeniu myślenia
Stabo zróżnicowane: duży gradient generalizacji; myślenie kategorialne	Myślenie oparte na niuansach o większym stopniu różnicowania
Doświadczane biernie i nieświadomie: jesteśmy kierowani przez nasze emocje	Przeżywane jako proces aktywny i świadomy: jesteśmy przekonani, że mamy kontrolę nad naszym myśleniem
Wiarygodność przez samodowodzenie: „doświadczenie to wiara”	Wymaga uzasadnienia logiką i dowodami

wiąże nowe bodźce z markerami somatycznymi (wewnętrznymi reprezentacjami psychicznymi, które cechują pozytywne lub negatywne emocje związane z odrębnymi stanami somatycznymi) kierujące decyzjami w sposób korzystny i w dużej mierze nieświadomy.

Potwierdziły to badania z dziedziny psychologii poznawczej. W zależności od predyspozycji danej osoby i charakterystycznych cech zadania, które ma podjąć, niektóre decyzje są podejmowane przede wszystkim w wyniku nasilonych rozważań, a inne przeważnie na podstawie gwałtownych, zabarwionych emocjonalnie przeczuć.¹¹

Obecnie większość teoretyków zajmujących się podejmowaniem decyzji podziela pogląd, zgodnie z którym podejmowanie optymalnych decyzji wymaga integracji modułów „rozważnych” i „intuicyjnych”.^{12,13} Wydaje się, że te dwa systemy działają równolegle i w sposób zależny od siebie.⁸ W zależności od wymogów sytuacyjnych i osoby podejmującej decyzję, względny udział każdego z nich może być różny.⁷ W praktyce możemy mieć przemyślane refleksje dotyczące naszych emocji oraz intuicyjne uczucia dotyczące naszych myśli, co oznacza, że te dwa systemy działają jednocześnie i sekwencyjnie.⁷ Tworzono różne terminy na określenie właściwej integracji obydwu modułów myślenia, która miałaby skutkować w pełni racjonalnym podejmowaniem decyzji, z uwzględnieniem pojęcia „racjonalnej emocjonalności”¹⁴ oraz „tańca emocji i rozsądku”.¹⁵

Problemy z intuicją przy ocenie ryzyka

Postęp dotyczący oceny ryzyka przemocy w praktyce klinicznej odzwierciedla uświadomienie sobie tego, że obydwa moduły myślenia mają potencjalną wartość. Wcześniej stosowane metodologie ograniczały się do całkowicie nieustrukturyzowanych podejść dających pełną swobodę intuicji klinicznej¹⁶ albo do nadmiernie racjonalnych modeli aktuarialnych, które starały się pomniejszać znaczenie intuicyjnej oceny klinicznej.² Jest jednak również trzeci sposób, przeważnie nazywany „ustrukturyzowaną oceną profesjonalną”, który próbuje zintegrować najlepsze cechy obydwu tych podejść. Wykazano, że charakteryzuje się on dobrą trafnością i rzetelnością.¹⁷

Kształtujący się konsensus w piśmiennictwie omawiającym podejmowanie decyzji uznaje, że najważniejszym podejściem zaspokajającym potrzeby wynikające z rzeczywistych warunków jest stosowanie modeli zintegrowanych, obejmujących zarówno ukierunkowane przemyślenia, jak i ocenę opartą na intuicji. Dokładna rola systemu intuicyjnego pozostaje jednak zbyt mało znana w kontekście oceny ryzyka przemocy. Jest to spowodowane kilkoma możliwymi przyczynami (ramka 1).

OBAWY DOTYCZĄCE TRAFNOŚCI I RZETELNOŚCI

W pierwszej serii badań empirycznych, w której oceniano zdolność lekarzy do przewidywania zagrożenia powodowanego przez pacjentów, w dłuższej perspektywie uderzające są

wyniki, zgodnie z którymi nawet doświadczeni klinicyści charakteryzują się niewiele większą od przypadkowej zdolnością do prognozowania odległych zjawisk u pacjentów, u których w przeszłości występowały zachowania przemocowe.¹⁶ Ponieważ różni lekarze mają bardzo odmienne doświadczenia i w związku z tym różne zasoby wiedzy, nie jest to niczym zaskakującym. (Oczywiście jest możliwe, że różnice między badanymi dotyczące prawdopodobieństwa przemocy odzwierciedlają idiosynkratyczne różnice w odniesieniu do ich własnych reakcji afektywnych na te same bodźce.)

NIEJASNOŚĆ

Kwestia ta została podniesiona przez Meehla¹⁸ w odniesieniu do tzw. kompetencji klinicznej, która jest najbardziej „irytująca dla nielekarzy [...] kiedy podczas pytania o dowody lekarz stwierdza po prostu, że intuicyjnie czuje, że tak po prostu jest.” Takie prześmiewcze użycie doświadczenia klinicznego doprowadziło do jego lekceważenia jako „prestżowego określenia dowodu anegdotycznego”.¹⁹ W przypadku oceny ryzyka przemocy podczas obrony opinii przed sądem lub trybunałem, taka niejasność czyni opinię ekspertów podatną na podważenie na podstawie zarzutów dotyczących ich słuszności i trafności.

TENDENCJE HEURYSTYCZNE (WYNIKAJĄCE Z POPRZEDNICH DOŚWIADCZEŃ)

Ogromna baza danych naukowych dotyczących skłonności do przewidywalnych tendencji ludzkich sądów poszerzyła się obecnie o dane kliniczne,²⁰ również dotyczące oceny ryzyka przemocy.²¹ Decyzje podejmowane bez uwzględnienia w istotnym stopniu systemu racjonalnego wydają się narażone na błędy. Wyróżnia się różne rodzaje takich błędów, jednak przy

Ramka 1

Najważniejsze problemy związane z posługiwaniem się intuicją przy ocenie ryzyka przemocy

Przeskakiwanie do wniosków:

- Trafność i rzetelność: badania sugerują, że system intuicyjny charakteryzuje się niewielką trafnością i rzetelnością przynajmniej odnośnie do niektórych aspektów oceny (np. oceny długoterminowej)
- Niejasność: ocena oparta na intuicji jest niejasna w ocenie innych
- Tendencyjność heurystyczna (wynikająca z poprzednich doświadczeń): ludzki osąd jest podatny na różnego rodzaju tendencje wynikające z poprzednich doświadczeń, takie jak heurystyki afektywne, uprzedzenia na tle rasowym, myślenie grupowe i dysonans poznawczy

ocenie ryzyka przemocy szczególnie istotne mogą być „heurystyki afektywne”.^{8,22} Istotą tego rodzaju błędów jest to, że wyobraźność, pamiętliwość i podobieństwo mogą stanowić złudne wskazówki przy ocenie prawdopodobieństwa (oparte na założeniu dostępności i reprezentatywności), skutkiem czego sygnały emocjonalne również mogą być mylące, biorąc pod uwagę ocenę prawdopodobieństwa i konsekwencji w konkretnych przypadkach. Wykazano na przykład, że nawet doświadczeni klinicyści zajmujący się medycyną sądową ulegają tendencji w kierunku bardziej konserwatywnej oceny ryzyka, jeżeli otrzymują informację w formie zachęcającej do tworzenia konkretnych wyobrażeń (które z większym prawdopodobieństwem stymulują układ oparty na emocjach), a nie w formie abstrakcyjnej informacji procentowej.²¹ Wykazano także, że fatalna tendencyjność wynikająca z uprzedzeń rasowych jest związana z błędną oceną ryzyka przemocy.^{23,24} Ponadto, szczególnie w sytuacjach dotyczących zdrowia psychicznego, gdzie normą jest praca w zespole,²⁵ decyzje mogą ulegać za-

Tabela 2. Uproszczony schemat analizy stosunku korzyści do kosztów przy podejmowaniu decyzji o przymusowym przyjęciu do szpitala mężczyzny chorego na schizofrenię

Kontynuowanie leczenia w środowisku		Przyjęcie do szpitala bez zgody	
Korzyści (zalety)	Wynik, jednostki emocjonalne	Korzyści (zalety)	Wynik, jednostki emocjonalne
Utrzymanie zaufania terapeutycznego i zwiększenie możliwości radzenia sobie z zagrożeniem w dłuższej perspektywie	+3	Zagwarantowanie stosowania się do zaleceń	+2
Unikanie zakłócenia życia pacjenta; opcja mniej restrykcyjna	+2	Ograniczenie ryzyka dla społeczeństwa	+3
		Ograniczenie dostępu do broni	+2
Koszty (wady)		Koszty (wady)	
Utrzymujące się pewne zagrożenie dla społeczeństwa; ocena ryzyka przy pomocy HCR-20 sugeruje scenariusz o wysokim ryzyku	-3	Możliwe wyzwolenie przemocowych zachowań	-2
Trudno zagwarantować stosowanie się do zaleceń w domu	-3	Zakłócenie życia pacjenta	-2
	W sumie: -1		W sumie: +3

Ramka 2

Wskazówki dla intuicyjnego podejmowania decyzji³³

Uwzględnij struktury uczenia się

- Struktury sprzyjające: duże, reprezentatywne próby; szybkie informacje zwrotne; wyniki ściśle związane z decyzjami
- Struktury odporne: niewielkie, podatne na zniekształcenia próby; opóźnione informacje zwrotne; na wyniki wpływa wiele innych zmiennych

Wykorzystuj swoje własne emocje jako źródło danych

- Dynamika interpersonalna
- Kalibracja swoich własnych emocji

Uwzględnij nakładanie się „czynników wytamujących się”

- Analiza stosunku kosztów do korzyści
- Ustrukturyzowane narzędzia oceny profesjonalne

Twórz opowieści

- Twórz konceptualizację, uwzględniając: wiarygodne hipotezy indywidualne teorie

falszowaniu pod wpływem czynników interpersonalnych w wyniku takich mechanizmów jak myślenie grupowe²⁶ czy dysonans poznawczy.²⁷

Wytyczne dotyczące wykorzystywania intuicji

System oparty na intuicji może prowadzić do niebezpiecznej tendencji decyzji opartych na uprzedzeniach. Dlatego nie dziwi, że obecnie rzadko zaleca się wykorzystywanie wyłącznie nieustrukturyzowanej intuicji klinicznej jako najlepszej praktyki przy ocenie ryzyka przemocy w psychiatrii. Natomiast powszechnie zalecana metoda oceny ryzyka, ustrukturyzowana ocena kliniczna²⁸ musi siłą rzeczy uwzględniać profesjonalną ocenę intuicyjną. Dlatego pytanie nie brzmi: „czy intuicja odgrywa jakąś rolę?”, ale „w jaki sposób najlepiej wykorzystać rolę intuicji?”

Najlepiej byłoby dokonać ostrożnej syntezy modelu „racjonalnego” i „intuicyjnego”, z względny znaczeniem i udziałem każdego z nich, w zależności od rodzaju decyzji lub bieżącego zadania. Na podstawie wyników przedklinicznych badań laboratoryjnych sugerowano, że „jeden z tych systemów może wypierać drugi, w zależności od charakteru aktualnego problemu”.⁷ Należy odpowiednio wykorzystywać myślenie w celu łagodzenia silnych emocji wyzwalanych przez niektóre problemy związane z ryzykiem, a także uwzględniać „potrzebną dawkę emocji” w okolicznościach, w których brak doświadczenia może powodować, że podejmowane decyzje są zbyt chłodno racjonalne.

Piśmiennictwo dotyczące ustrukturyzowanej oceny profesjonalnej^{29,31} i warsztaty szkoleniowe na ten temat³² skupiają się przeważnie w dużej mierze na aspekcie „ustrukturyzowania” – zoperacjonalizowania i oceny uwarunkowanych empirycznie czynników ryzyka, natomiast dostarczają mniej

wskazówek na temat profesjonalnej oceny. W następnej części artykułu autor podjął próbę przedstawienia takich wytycznych, opierając się na propozycjach opracowanych przez Hogartha,³³ psychologa poznawczego, który prowadził obszerne badania dotyczące funkcji i ograniczeń myślenia opartego na intuicji. Propozycje te w istocie stanowią zestaw wytycznych, dzięki którym można systematycznie wykorzystywać układ rozważny w celu kierowania układem intuicyjnym, co pomaga optymalizować całościowy proces podejmowania decyzji. Każda z tych wytycznych (ramka 2) zostanie omówiona w kontekście oceny ryzyka przemocy.

WYTYCZNA 1: UWZGLĘDNIJ STRUKTURY UCZENIA SIĘ

Na podstawie wyników badań prowadzonych w warunkach laboratoryjnych sugeruje się, że system intuicyjny może umożliwiać trafną ocenę w swoistych zadaniach związanych z podejmowaniem decyzji, pod warunkiem że wcześniejszy zbiór doświadczeń (na których opiera się właściwa baza dowodowa) jest reprezentatywny dla zadania.⁵ Zatem znaczenie kontekstu, w którym dochodzi do uczenia się istotnych informacji jest krytyczne dla jakości późniejszych związanych z tym osądów opartych na intuicji. Hogarth⁶ odnosi się do tych kontekstów sytuacyjnych jako „struktur uczenia się” i wysuwa hipotezę, zgodnie z którą „trafność intuicji zależy od struktur uczenia się dominujących podczas nabywania odpowiednich doświadczeń.” Rozróżnia sprzyjające struktury uczenia się, które dostarczają informacji zwrotnych dotyczących błędów w procesie uczenia się i umożliwiają trafne wykorzystywanie intuicji, oraz struktury odporne, które nie są w stanie korygować błędów i dlatego prowadzą do późniejszych nietrafnych ocen opartych na intuicji.

Sprzyjające struktury uczenia się charakteryzują się następującymi cechami: duża wielkość próby (wiele istotnych doświadczeń dotyczących decyzji i ich konsekwencji), wiarygodne i natychmiastowe informacje zwrotne, wyniki ściśle związane z decyzjami dotyczącymi oceny i doświadczeniami dotyczącymi raczej grup reprezentatywnych niż zniekształconych. Jeżeli informacje zwrotne są adekwatne do trafności dokonywanych ocen, automatycznie następuje właściwe uczenie się, jednak kiedy nie ma istotnych informacji zwrotnych, przeważnie z powodu wpływu licznych czynników zakłócających, wtedy nie można zaufać leczeniu opartemu na intuicji.³⁴

Średnio- i długoterminowa ocena ryzyka:**oporne struktury uczenia się**

Biorąc pod uwagę zadanie przewidywania przemocy, dostępne są dowody, że nawet doświadczeni klinicyści przeważnie słabo wypadają w przewidywaniu prawdopodobieństwa przemocy u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w perspektywie średnio- i długoterminowej, kiedy posługują się nieustrukturyzowanymi metodami oceny.^{35,36} To nie zaskakuje, jeżeli rozważamy zaangażowane struktury uczenia się: intuicja kliniczna dotycząca średnioterminowego (tygodnie do miesięcy)

ryzyka przemocy w społeczeństwie opiera się prawdopodobnie na opornych strukturach uczenia się. Rozważmy przykład lekarza, który ma podjąć decyzję o wypisaniu pacjenta na podstawie oceny prawdopodobieństwa przemocy w ciągu najbliższych 3 miesięcy. Biorąc pod uwagę obowiązujące modele dominujące w większości ośrodków zdrowia psychicznego, lekarz pewnie nie będzie miał dostępu do informacji dotyczących kolejnych aktów przemocy popełnianych przez tego pacjenta. Ponadto wpływ takich zmiennych jak kontekst społeczny, tzn. miejsce pacjenta w społeczeństwie, powoduje, że zależność między decyzją o wypisie a przemocowym zachowaniem jest zaburzana przez wiele czynników znajdujących się poza kontrolą lekarza. Co więcej, klinicyści nieuchronnie podejmują działania na podstawie własnej oceny (np. mogą nie wypisywać pacjentów, o których sądzą, że stwarzają bardzo duże zagrożenie), co oznacza, że okoliczności uczenia się są narażone na tendencyjność, ponieważ lekarze nie są w stanie uczyć się na podstawie wiedzy o tym, co mogłoby się zdarzyć, jeżeli ci pacjenci zostaliby zwolnieni. Struktury uczenia się są oporne. Świadomość tego faktu przy dokonywaniu takiej oceny będzie zwracać uwagę lekarza na potrzebę uwzględnienia w większym stopniu przemyślanych procesów analitycznych, zamiast polegania jedynie na intuicji klinicznej (nawet u doświadczonych klinicystów).

Institutionalna ocena ryzyka przemocy: bardziej sprzyjające struktury uczenia się

Zadanie polegające na ocenie ryzyka przemocy w warunkach instytucjonalnych, szczególnie w krótkiej perspektywie, angażuje raczej odmienne struktury uczenia się. Biorąc pod uwagę powszechność zachowań przemocowych w szpitalach,³⁷ prawdopodobne jest, że lekarze z adekwatnym doświadczeniem w opiece nad hospitalizowanymi chorymi będą dysponować danymi pochodzącymi z dosyć dużej próby różnych przemocowych incydentów, na których mogą budować swoją bazę doświadczeń. Zwykle do lekarzy docierają informacje zwrotne dotyczące takich zdarzeń, ponieważ są one dostępne w ciągu godzin lub dni. Cechy te świadczą o udziale stosunkowo sprzyjających struktur uczenia się. Rzeczywiście są pewne dowody, że przy ocenie przemocy w warunkach instytucjonalnych wystarczająco dobrze może sprawdzać się nieustrukturyzowana ocena kliniczna.^{23,38,39} Korzystnie byłoby ją jednak wzmocnić za pomocą prostych narzędzi, które nałożą pewien rodzaj struktury na „intuicyjne poczucie, że pacjenci stwarzają bezpośrednie zagrożenie przemocą”.^{40,41} Wyniki badań jakościowych sugerują również, że styl reagowania personelu pielęgniarstwa, intuicyjny i doraźny, a także uwarunkowany rozumieniem, które ukształtowało się na podstawie wielu sytuacji klinicznych oraz obserwacji różnych wzorów eskalacji, jest najskuteczniejszym sposobem oceny, a w rzeczywistości również radzenia sobie z ostrym zagrożeniem przemocą w warunkach szpitalnych.⁴² Dlatego uzasadnione może być położenie większego nacisku na znaczenie intuicyjnej oceny dokonywanej przez do-

świadczone osoby z personelu przy określaniu bezpośredniego zagrożenia przemocą w warunkach instytucjonalnych.

WYTYCZNA 2: WYKORZYSTUJ SWOJE WŁASNE EMOCJE JAKO ŹRÓDŁO DANYCH

Hogarth⁶ jest zdania, że emocje lub przeczucia generowane przez system intuicyjny mogą z powodzeniem być traktowane po prostu jako matryca informacyjna, którą można wykorzystać przy podejmowaniu dowolnej decyzji: „zamiast ignorować własne emocje lub ślepo im wierzyć, jestem przekonany, że najlepiej traktować je jako dane, jedne z wielu danych, które należy uwzględnić”.

W odniesieniu do oceny ryzyka przemocy przydatne jest uwzględnienie dwóch odrębnych rodzajów takich danych, do których klinicysta będzie mieć dostęp: emocje dotyczące pacjentów, które pojawiają się w kontekście relacji terapeutycznej, oraz emocje dotyczące dokładności lub, innymi słowy, własnej oceny ryzyka dokonywanej przez lekarza. Zostaną one po kolei omówione.

Dynamika interpersonalna relacji terapeutycznej

Najważniejszą zasadą psychodynamicznej praktyki terapeutycznej jest założenie, że klinicyści mogą zrozumieć swoich pacjentów na głębszym poziomie, wykorzystując jako wskazówki swoje własne emocje dotyczące pacjenta. Te emocje często wrzuca się do rubryki „przeciwp przeniesienie”, zaś świadomość relacji przeniesienia/przeciwp przeniesienia „umożliwia raczej refleksję i przemyślane reakcje zamiast bezmyślnych reakcji lekarza”, co opisywano już na łamach tego czasopisma.⁴³

Psycholog akademicki Paul Meehl, który jest najbardziej znany ze zdecydowanego zalecania wykorzystywania metod aktuarialnych przy podejmowaniu decyzji, zauważył jednak, że określanie znaczenia dynamicznych czynników interpersonalnych dochodzących do głosu w relacji klinicznej jest zadaniem, którym niewątpliwie można się zająć, przede wszystkim wykorzystując system intuicyjny, a nie rozważny:¹⁸

Podczas kontaktu terapeutycznego lekarz nie może w środku rozmowy wstać i powiedzieć pacjentowi: 'pozostań przez 48 godzin w stanie zamrożenia. Zanim zareaguje na ostatni sygnał, musisz dokonać pewnych wyliczeń na moim komputerze' [...] w tym punkcie akcji w sytuacji klinicznej trafność zachowania będzie zależna częściowo od czynników, które są kształtowane wyłącznie przez mnogość konkretnych doświadczeń, a nie przez formalną dydaktyczną ekspozycję. (str. 81-82)

Zatem docenia on, że znaczenie refleksyjnego doświadczenia klinicznego jest podstawowe w głębszym rozumieniu i radzeniu sobie w dynamiką interpersonalną w kontekście terapeutycznym.

Styl interpersonalny

Empiryczne uwzględnienie znaczenia emocji lekarza jako źródła danych wymaga jednak stworzenia teoretycznych ram, które stanowiłyby podstawę do opracowania operacyjnych de-

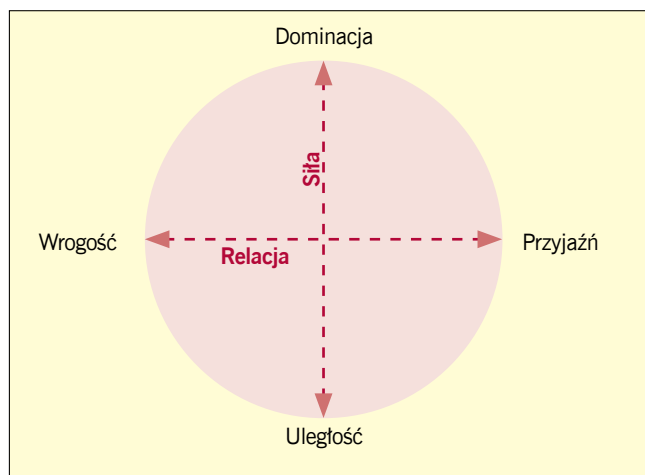
finicji tego rodzaju emocji. Można wykorzystać do tego pojęcie „stylu interpersonalnego”, stworzone na podstawie teorii Kieslera dotyczącej zachowań interpersonalnych.⁴⁴ Styl interpersonalny oznacza sposób, w jaki ludzie przeważnie wchodzą ze sobą w relacje i jak postrzegają siebie w relacji z innymi. Chociaż uważa się, że styl interpersonalny jest charakterystyczną cechą danej osoby, ludzie reagują na swoje otoczenie interpersonalne i wskutek tego wpływają na relacje, które mają z nimi inne osoby. Tego rodzaju interakcje można rozważać i rozumieć w kontekście osiowych wymiarów, takich jak „siła” lub „status” (rozciągający się od dominacji do uległości) (rycina).^{44,45} Dane zachowanie przeważnie wywołuje odpowiednią reakcję w wymiarze relacyjnym (np. postawa przyjacielska wywołuje postawę przyjacielską, wrogość wyzwala wrogość), natomiast odwrotną reakcję w wymiarze kontroli (tzn. dominacja wywołuje uległość i vice versa).

Poznanie stylu interpersonalnego i towarzyszących mu emocji przeciwprzeniesieniowych może pomóc lekarzom uniknąć zbyt bezpośrednio reaktywnego podejmowania decyzji, który czasami wyzwala reakcje emocjonalne na pacjentów. Tego rodzaju strategia jest przeważnie uważana za nieskuteczną w procesie podejmowania decyzji w warunkach interpersonalnych.¹²

Znaczenie reakcji emocjonalnych

Uważne rozważenie przez lekarzy informacyjnej wartości ich własnych reakcji emocjonalnych może poprawić ocenę kliniczną i podejmowanie decyzji. W odniesieniu do oceny ryzyka przemocy, poznanie stylu interpersonalnego (przez wsłuchiwanie się lekarza we własne reakcje emocjonalne w sytuacji interpersonalnej) może pomóc, wskazując na prawdopodobieństwo konfliktów interpersonalnych w przyszłości. Może również dostarczać wskazówek dotyczących konkretnych, dynamicznych „sygnatur ryzyka”⁴⁶ lub „znaczenia”¹⁷ swoistych interakcji interpersonalnych w przypadku konkretnej osoby.

Rycina. Diagram zależności interpersonalnych⁴⁴



Na przykład narcystyczny styl interpersonalny, który charakteryzuje dominacją może być niebezpiecznie wrażliwy nawet na drobne uchybienia, które są postrzegane jako silnie upokarzające.⁴⁷

Narzędzia badawcze

CIRCLE (Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments⁴⁸) i IMI-C (Impact Message Inventory – Circumplex⁴⁹) są empirycznymi narzędziami, które składają się z ustrukturyzowanych kwestionariuszy wypełnianych przez lekarza, z możliwością oceny stylu interpersonalnego pacjenta na podstawie emocjonalnych reakcji klinicysty.

Ocena stylu interpersonalnego za pomocą tych narzędzi charakteryzowała się dobrą zgodnością pomiarów między ocenami poszczególnych osób.^{48,49} Badania sugerowały, że styl interpersonalny może w rzeczywistości stanowić dodaną wartość predykcijną przy ocenie ryzyka przemocy, przynajmniej w ośrodkach zinstytucjonalizowanych. W badaniu, w którym wykorzystywano CIRCLE do oceny pacjentów przebywających na internacji (przede wszystkim cierpiących na zaburzenia psychiczne), stwierdzono, że dominujący, wrogi i represyjny styl interpersonalny był związany z większym ryzykiem przemocowych zachowań w ciągu następnych 3 miesięcy, natomiast styl interpersonalny oparty na współpracy działał ochronnie wobec wystąpienia przemocy w przyszłości.⁵⁰ Inne badanie dotyczące pacjentów internowanych, w którym wykorzystywano CIRCLE⁵¹ wykazało, że represyjny styl interpersonalny był związany ze zwiększeniem ryzyka agresji i autoagresji w ciągu następnych 6 miesięcy. W badaniu dotyczącym pacjentów przyjmowanych na doraźne oddziały psychiatryczne stwierdzono, że wrogi, dominujący styl interpersonalny oceniany w IMI-C był ważniejszym czynnikiem predykcijnym przemocy podczas kolejnej hospitalizacji niż ostre objawy psychiatryczne czy postrzeganie przez pacjenta sytuacji jako przymusowej.⁵²

Wykorzystywanie emocji

Systematyczne wykorzystywanie przez lekarza własnych emocji jako źródła danych może stanowić rodzaj pomostu między podejściem psychodynamicznym a bardziej powszechnymi metodami oceny ryzyka. Nie uzasadnia to jednak powrotu do całkowicie nieustrukturyzowanych metod oceny. Niektórzy zorientowani psychodynamicznie krytycy systematycznych podejść opartych na podstawach empirycznych błędnie postrzegali ten nacisk na strukturę jako mający znaczenie obronne, przeszkadzające w pełni zrozumieć zachodzące między ludźmi interakcje.^{53,54} Inni natomiast uznawali, że w rzeczywistości wcale nie ma takiego konfliktu, twierdząc, że „wraz z nabywaniem doświadczenia, lekarze zaczynają rozpoznawać reakcje przeciwprzeniesieniowe w niektórych rodzajach sytuacji klinicznych, a także zmniejsza się prawdopodobieństwo ich bezpośredniego odgrywania, a reakcje te zaczynają być wykorzystywane jako narzędzia pomocne przy ustalaniu rozpoznania, ale również przy analizowaniu rodzaju zagrożenia”.¹

Meehl¹⁸ dokonuje kluczowego rozróżnienia między istotnymi faktami, które mogą obejmować „natychmiastowe oceny kliniczne oparte na wrażeniu” (w których oparte na intuicji wrażenie kliniczne jest traktowane jako fakt – lekarz staje się rodzajem testującego narzędzia) oraz metodami łączonymi. Twierdzi, że takie metody mogą mieć charakter aktuarialny, nawet w odniesieniu do tego rodzaju danych opartych na emocjach. Argumentuje, że wartość takich faktów w przewidywaniu wyników jest pytaniem empirycznym, na które można odpowiedzieć w sposób naukowy: „nadal pozostaje pytaniem otwartym, czy fakt, że pacjent działa w sposób wrogi lub dominujący, powinien być traktowany jako znaczący, w związku z tym, że pojawił się w przewidywaniach lekarza.” Takie badania jak opisane powyżej rozpoczęto w pół wieku po ukazaniu się dorobku Meehla, a ich celem jest udzielenie empirycznej odpowiedzi na to pytanie.

Emocje dotyczące trafności ocen

Lekarze mają również emocjonalny stosunek do przypuszczalnej trafności ich własnej oceny, co oznacza określony poziom pewności do własnych szacunków. Pojęcie „kalibracji” odnosi się do zależności między poczuciem pewności lekarza a późniejszą trafnością oceny (słusznością podjętych decyzji). Jeżeli lekarze są w dużym stopniu pewni przy ocenie ryzyka przemocy i okazuje się, że ich przewidywania były trafne; natomiast są mniej pewni w przypadku przewidywań, które okazały się nietrafne, wówczas są „dobrze skalibrowani”. Badania w tej dziedzinie są ograniczone. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazano dodatnią korelację między trafnością a pewnością w przypadku nieustrukturyzowanych⁵³ i ustrukturyzowanych⁵⁶ metod oceny profesjonalnej. W innych badaniach przeprowadzonych w Holandii⁵⁷ stwierdzono jednak, że lekarze prowadzący mogą być nadmiernie pewni i mniej trafni przy ocenie ryzyka przemocy u swoich własnych pacjentów. Kanadyjskie badanie, w którym wykorzystywano Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START³¹), ustrukturyzowane profesjonalne narzędzie oceny, nie potwierdziło istotnych korelacji między pewnością a trafnością w odniesieniu do oceny ryzyka przemocy.⁵⁸ Będzie to ważnym obszarem dalszych badań dotyczących oceny ryzyka.

WYTYCZNA 3: UWZGLĘDNIJ NAKŁADANIE SIĘ CZYNNIKÓW WYŁAMUJĄCYCH

Hogarth twierdzi, że potencjalnie szkodliwe konsekwencje heurystycznych zniekształceń można ograniczyć przez jawne i celowe wykorzystywanie czynników wyłamujących. W tym kontekście ma na myśli świadome procesy, które przerywają automatyczne procesy podejmowania decyzji i zachęcają osobę podejmującą decyzję do uwzględnienia logicznego myślenia. Jednym z takich czynników wyłamujących jest dobrze poznany proces analizy korzyści do kosztów. Są w nim porównywane różne opcje przez systematyczne zestawianie ich możliwych

kosztów i korzyści w celu określenia, która z nich jest optymalna.

Przy ocenie ryzyka i radzeniu sobie z zagrożeniem w warunkach klinicznych często mamy do czynienia z wieloma różnymi współzawodniczącymi czynnikami, które można rozważyć, posługując się poniższymi pytaniami:⁵⁹

- Co może się zdarzyć najgorszego?
- Jakie są prawdopodobne konsekwencje w dłuższej perspektywie w przeciwieństwie do tych krótkoterminowych?
- Jakie są dowody naukowe i w jakim stopniu pacjent jest podobny do osób, z udziałem których uzyskano te dowody?
- Jakie są dostępne zasoby?
- Jakie są istotne aspekty prawne i etyczne?

Od razu widać, że te współzawodniczące czynniki dotyczą wielu różnych dziedzin, w tym kwestii klinicznych, prawnych, etycznych i politycznych. Wysunięto hipotezę,^{14,60} zgodnie z którą ludzki system podejmowania decyzji przy rozważaniu zalet i wad z tak szerokiego wachlarza różnych dziedzin wykorzystuje emocje jako wspólną walutę. Umożliwia to porównywanie wartości z bardzo różnych wyborów decyzyjnych, np. przy porównywaniu jabłek z pomarańczami, każdy owoc jest wprawdzie tłumaczony na określoną liczbę jednostek afektywnych, których nominalnie może być dodatni lub ujemny. Peters¹⁴ następująco opisuje ten proces:

przez przekładanie bardziej złożonych myśli na prostsze oceny oparte na emocjach, osoby podejmujące decyzje mogą porównywać i integrować dobre i złe emocje zamiast próbować nadać znaczenie wielości sprzecznych uzasadnień logicznych. Ta funkcja polega na rozszerzeniu funkcji informacji traktowanych jak emocje na bardziej złożone decyzje, wymagające integrowania informacji.

Dlatego schemat analizy stosunku korzyści do kosztów²⁵ jest wbrew pozorom prostym narzędziem, które odzwierciedla integrację dwóch podejść: rozważnego (opartego na systematycznym rozważaniu wszystkich istotnych z logicznego punktu widzenia danych) i intuicyjnego (umożliwiającego przełożenie danych informacyjnych na ogólny sygnał emocjonalny, przemawiający na korzyść jednego ze szlaków decyzyjnych).

W tabeli 2 przedstawiono uproszczoną analizę stosunku korzyści do kosztów na przykładzie dylematu klinicznego polegającego na tym, czy należy przyjąć przymusowo do szpitala mężczyznę chorego na schizofrenię, który ujawnia namawiające do przemocy omamy imperatywne. Wykorzystano ustrukturyzowane, oparte na dowodach podejście w celu upewnienia się, że uwzględniono wszystkie istotne czynniki. Dla zobrazowania tego przykładu każdemu z nich przyznano arbitralną wartość w jednostkach afektywnych. W tym przykładzie ogólne „poczucie” lekarza przechyla się na korzyść przyjęcia do szpitala.

Narzędzia do oceny ryzyka

Innym czynnikiem wyłamującym jest narzędzie do oceny ryzyka przemocy. Obecnie wszechstronnie potwierdzono przewagę tego rodzaju narzędzi nad podejściami nieustrukturyzowanymi, opartymi jedynie na intuicji.¹⁷ Jest to niewątpliwie

uwarunkowane różnymi przyczynami, m.in. tym, że lekarz jest zmuszony do skupienia się na pozycjach charakteryzujących się wartością predykcyjną i ignorowania czynników niemających takiej wartości. Narzędzia te nie są przeważnie traktowane jako coś co miałyby masowo zastąpić ocenę kliniczną, ale raczej jako pomocnicze środki przy podejmowaniu decyzji.⁶¹ Narzędzia oceny ryzyka mogą być zatem odpowiednio wykorzystywane w połączeniu z analizą stosunku korzyści do kosztów. Złożoność decyzji związanych z radzeniem sobie z zagrożeniem w codziennym życiu oznacza, że przydzielenie pacjentów do kategorii niskiego, średniego lub wysokiego ryzyka stanowi zaledwie początek ścieżki decyzyjnej i rzadko samo w sobie ma wartość deterministyczną. Należy jeszcze po kolei rozważyć zalety i wady różnych sposobów radzenia sobie z zagrożeniem (takich jak przymusowe leczenie psychiatryczne). Takie skomplikowane podejście do oceny ryzyka i radzenia sobie z nim bardziej wyrafinowani krytycy uznają obecnie za standard,⁶² jednak niestety pojawiają się również przeciwnicy.⁶³

WYTYCZNA 4: TWÓRZ OPowieści

Inną metodą możliwego okiełznania intuicyjnego sposobu myślenia jest świadome i celowe wykorzystywanie opowieści (narracji) do „tworzenia zależności, które mogłyby nie wynikać z bardziej logicznego sposobu myślenia”.³³ Opracowanie spójnej narracji w celu lepszego odczucia kłopotliwego położenia pacjentów, chociaż nie jest całkiem nowym podejściem, przeżywa renesans w psychiatrii klinicznej.⁶⁴ Zadanie przeważnie jest wykonywane pod szerokim szyldem konceptualizacji, dokonywania destylacji przypadku klinicznego ze stworzeniem wyjaśniającego podsumowania, dającego wysoki stosunek sygnału do szumu.⁶⁵ Opracowano wiele modeli konceptualizacji klinicznej,⁶⁶⁻⁶⁹ jednak wspólnym elementem ich wszystkich jest „naświetlenie możliwych powiązań lub zależności między różnymi aspektami przypadku” zgodnie z założeniem, że „skupienie się na tych wzajemnych zależnościach wnosi coś nowego”.⁷⁰

Dobrej jakości konceptualizacja niezmiennie zawiera spekulację i twórcze sformułowanie hipotez, które wynikają z intuicji klinicznej: które elementy narracji pacjenta wydają się być najważniejszymi punktami jego historii, a które wydają się bardziej marginalne? Wyekstrahowanie sygnału z szumu często stanowi wyzwanie i powinno opierać się na intuicyjnym klinicznym rozumieniu przypadku: dobra konceptualizacja dobrze pasuje do konkretnego pacjenta.

Twórz wiarygodne hipotezy

Takie intuicyjne myślenie powinno jednak być uzupełniane przez rygorystyczne i systematyczne wykorzystywanie logicznego wnioskowania przynajmniej na dwa sposoby. Podczas tworzenia wstępnej konceptualizacji hipoteza powinna być wiarygodna i oparta na dowodach: na przykład, dopuszczalne jest konstruowanie zależności między urazem rozwojowym lub podłożem genetycznym a obecną psychopatologią; natomiast spekulacje wiążące znak zodiaku pacjenta z jego cechami

osobowości nie spełniają takich kryteriów. Zadanie wymaga zatem wykorzystywania wiedzy empirycznej (pochodzącej z danych zebranych w grupach pacjentów), aby zrozumieć znaczenie trudnego położenia konkretnego pacjenta. Dalszym krokiem jest testowanie konceptualizacji w celu wyjaśnienia jej wartości predykcyjnej w klinicznej pracy z pacjentem oraz jej odpowiednie skorygowanie. Oparty na powtórzeniach proces, uwzględniający procesy intuicyjne i przemyślane, naśladuje istotę rozumianej ogólnie metody naukowej.⁷¹

Meehl¹⁸ popierał znaczenie intuicji klinicznej w tym rozumieniu przy omawianiu niektórych interpretacji psychoterapeutycznych. Postrzegał je jako wstępne hipotezy, które muszą być zbadane, twierdząc:

niebezpiecznie jest wymagać, aby w procesie tworzenia hipotezy tzn. w kontekście odkrycia, zestaw reguł lub zasad [...] był niezbędnym warunkiem racjonalności. Należy oczekiwać, aby hipoteza, kiedy zostanie sformułowana, była jasno związana z faktami, chociaż być może na zasadzie prawdopodobieństwa. (str. 73)

Indywidualne teorie

Przy dokonywaniu ustrukturyzowanej oceny profesjonalnej ryzyka w stadium konceptualizacji raczej prozaicznie uzyskany zestaw czynników ryzyka jest „zabierany razem” i przetwarzany w znaczącą historię. Stanowi ona unikalny wzorzec, który ma zindywidualizowane znaczenie dla pacjenta i konkretnych aspektów oceny ryzyka. Życie danej osoby i charakterystyczny dla niej wzorzec przemocowych zachowań – będące ważnymi aspektami tej historii – mogą być rozważane w postaci fabuł i tematów, które są wspólne dla osób przejawiających skłonność do przemocowych zachowań. Na przykład temat porzucenia we wczesnym dzieciństwie może być związany z późniejszym wzorcem agresywnych, nadmiernie kontrolujących, zachowań w związkach. W ramach tej narracji pewne czynniki ryzyka mają większe indywidualne znaczenie od innych. Zatem proces ustrukturyzowanej oceny profesjonalnej zachęca osoby podejmujące decyzje do tworzenia indywidualnych teorii przemocy dla każdej osoby, którą oceniają. Może to ułatwić identyfikację figur relacyjnych (konfiguracji relacji) między zestawem czynników ryzyka a przemocą. Czynniki ryzyka niekoniecznie muszą wchodzić w ścisłe interakcje ze sobą, ale mogą pośrednio oddziaływać na siebie i na przemoc.¹⁷ Takie indywidualne teorie będą wskazówką przy konstruowaniu zindywidualizowanego planu leczenia, który powinien być konsekwencją każdej oceny ryzyka.

Podsumowanie

Chociaż czasami opisywana jako proces wyłącznie analityczny, optymalna ocena i radzenie sobie z ryzykiem przemocy w psychiatrii wyzwała również bardziej emocjonalny, związany z intuicją sposób myślenia. Lekarze mogą wiele zyskać, wykorzystując różne zasoby systemu intuicyjnego i racjonalnego, jednocześnie unikając związanych z nimi

pułapek. Sama świadomość tych ograniczeń, chociaż potrzebna, nie jest wystarczająca.⁷² Zalecenia Hogartha dotyczące „kształcenia intuicji”, chociaż nie miały dotyczyć konkretnie zadań klinicznych, stanowią przydatne wskazówki dla klinicystów wykorzystujących swoje intuicyjne umiejętności.

Dokonując oceny ryzyka przemocy psychiatrzy mogliby odnieść korzyść z rozważenia rady Hogartha, zgodnie z którą osoby podejmujące zawodowo decyzje uczą się „aktywnie opanowywać własne procesy myślowe”.³³ Zrozumienie swojego sposobu myślenia i odczuwania wymaga czasu i wysiłku, co wcześniej sprawdzono na łamach tego czasopisma.⁴⁶ Co ważne, nie jest to jednorazowe ćwiczenie, ale powinno stanowić sedno ciągłego, opartego na refleksji procesu uczenia się. Klinicyści muszą rozważyć słowa psychiatry psychodynamicznego pracującego w National Health Service:

Można rozwinąć biegłość emocjonalną, ale można również ją utracić, szczególnie, kiedy jesteśmy narażeni na skumulowane napaści psychiczne które są codziennością w pracy związanej ze zdrowiem psychicznym. Biegłość emocjonalna polega m.in. na stałej autorefleksji, którą może zaburzyć konieczność funkcjonowania w systemie, który wzywa bardziej do działania niż do myślenia.⁷³

From the Advances in psychiatric treatment (2012), vol. 18, 447–456. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Flewett T (2010) Clinical Risk Management. Churchill Livingstone.
- Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, et al (1998) Violent Offenders: Appraising and Managing Risk. American Psychological Association.
- Otto RK (2000) Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology* 56: 1239–62.
- Douglas KS, Reeves KA (2010a) Handbook of Violence Risk Assessment. Taylor and Francis.
- Betsch T (2008) The nature of intuition and its neglect in research on judgment and decision making. In *Intuition in Judgment and Decision Making* (eds H Plessner, C Betsch, T Betsch): 3–22. Lawrence Erlbaum Associates.
- Hogarth RM (2008) On the learning of intuition. In *Intuition in Judgment and Decision Making* (eds H Plessner, C Betsch, T Betsch): 91–105. Lawrence Erlbaum Associates.
- Epstein S (2008) Intuition from the perspective of cognitive–experiential self-theory. In *Intuition in Judgment and Decision Making* (eds H Plessner, C Betsch, T Betsch): 23–37. Lawrence Erlbaum Associates.
- Slovic P, Finucane ML, Peters E, et al (2004) Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk and rationality. *Risk Analysis* 24: 311–22.
- Liu Y, Yanjie S, Xu G, et al (2007) Two dissociable aspects of feelings of knowing: Knowing that you know and knowing that you do not know. *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 60: 672–80.
- Damasio AR (1994) *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Putnam.
- Deutsch R, Strack F (2008) Variants of judgment and decision making. The perspective of the reflective-impulsive model. In *Intuition in Judgment and Decision Making* (eds H Plessner, C Betsch, T Betsch): 39–53. Lawrence Erlbaum Associates.
- Baumeister RF, DeWall CN, Zhang L (2007) Do emotions improve or hinder the decision making process? In *Do Emotions Help or Hurt Decision Making? A Hedgexian Perspective* (eds KD Vohs, RF Baumeister, G Loewenstein): 11–31. Russel Sage Foundation.
- Plessner H, Czenna S (2008) The benefits of intuition. In *Intuition in Judgment and Decision Making* (eds H Plessner, C Betsch, T Betsch): 251–65. Lawrence Erlbaum Associates.
- Peters E, Vastfjall D, Garling T, et al (2006) Affect and decision making: a 'hot' topic. *Journal of Behavioral Decision Making* 19: 79–85.
- Finucane ML, Peters E, Slovic P (2003) Judgment and decision making: The dance of affect and reason. In *Emerging Perspectives on Judgment and Decision Research* (eds SL Schneider, J Shanteau): 327–64. Cambridge University Press.
- Monahan J (1984) The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry* 141: 10–5.
- Douglas KS, Reeves KA (2010b) Historical-Clinical-Risk Management–20 (HCR–20) Violence Risk Assessment Scheme. In *Handbook of Violence Risk Assessment* (eds RK Otto, KS Douglas): 147–86. Taylor and Francis.
- Meehl PE (1954) *Clinical versus Statistical Prediction*. University of Minnesota.
- Grove W, Meehl P (1996) Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law* 12: 293–323.
- Ruscio J (2007) The clinician as subject: Practitioners are prone to the same judgment errors as everyone else. In *The Great Ideas of Clinical Science* (eds SO Lilienfeld, WT O'Donohue): 29–48. Routledge.
- Slovic P, Monahan J (2000) Violence risk assessment and risk communication: The effects of using actual cases, providing instruction, and employing probability versus frequency formats. *Law and Human Behavior* 24: 271–96.
- Finucane ML, Alhakami A, Slovic P, et al (2000) The affect heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making* 13: 1–17.
- McNiel D, Binder R (1995) Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *American Journal of Psychiatry* 152: 901–6.
- Wittenbrink B, Judd CM, Park B (1997) Evidence for racial prejudice at the implicit level and its relationship with questionnaire measures. *Journal of Personality and Social Psychology* 72: 262–74.
- Carroll A (2009) How to make good-enough risk decisions. *Advances in Psychiatric Treatment* 15: 192–8.
- Janis IL (1982) *Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes* (2nd edn). Houghton Mifflin.
- Festinger L (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
- Webster CD, Hucker SJ (2007) *Violence Risk Assessment and Management*. John Wiley & Sons.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, et al (1997) HCR–20: Assessing Risk for Violence (v 2). Simon Fraser University.
- Douglas K, Webster CD, Eaves D, et al (2001) HCR–20 Violence Risk Management Companion Guide. Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster CD, Martin M, Brink J, et al (2004) START: Short-Term Assessment of Risk and Treatability. British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Ogloff JRP (2011) Forensic Mental Health Spring and Autumn Institutes. Workshop 1: Assessing Risk for Violence Using the HCR 20. Centre for Forensic Behavioural Science/Monash University.
- Hogarth RM (2001) *Educating Intuition*. University of Chicago.
- Einhorn HJ (1980) Learning from experience and suboptimal rules in decision making. In *Cognitive Processes in Choice and Decision Behavior* (ed T Wallsten): 1–20. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cocozza JJ, Steadman HJ (1976) The failure of psychiatric predictions of dangerousness: clear and convincing evidence. *Rutgers Law Review* 29: 1084–101.
- Monahan J (1981) *The Clinical Prediction of Violent Behaviour*. U.S. Government Printing Office.
- Bowers L, Allan T, Simpson A, et al (2009) Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing* 30: 260–71.
- Fuller J, Cowan J (1999) Risk assessment in a multidisciplinary setting: Clinical judgement revisited. *Journal of Forensic Psychiatry* 10: 276–89.
- Hoptman MJ, Yates KF, Patalinjug MB, et al (1999) Clinical prediction of assaultive behavior among male psychiatric patients at a maximum-security forensic facility. *Psychiatric Services* 50: 1461–6.
- Ogloff JRP, Daffern M (2006) The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences and the Law* 24: 799–813.
- Barry-Walsh J, Daffern M, Duncan S, et al (2009) The prediction of imminent aggression in patients with mental illness and/or intellectual disability using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument. *Australasian Psychiatry* 17: 493–6.
- Fingfeld-Connott D (2009) Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. *Issues in Mental Health Nursing* 30: 530–7.
- Hughes P, Kerr I (2000) Transference and countertransference in communication between doctor and patient. *Advances in Psychiatric Treatment* 6: 57–64.
- Kiesler DJ, Schmidt JA, Wagner CC (1997) A circumplex inventory of impact messages: An operational bridge between emotional and interpersonal behavior. In *Circumplex Models of Personality and Emotions* (eds R Plutchik, HR Conte): 221–44. American Psychological Association.
- Leary T (1957) *Interpersonal Diagnosis of Personality*. Ronald Press.

46. Reiss D, Kirtchuk G (2009) Interpersonal dynamics and multidisciplinary teamwork. *Advances in Psychiatric Treatment* 15: 462–9.
47. Nestor PG (2002) Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry* 159: 1973–8.
48. Blackburn R (1998) Criminality and the interpersonal circle in mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior* 25: 155–76.
49. Kiesler DJ, Schmidt JA (2006) *The Impact Message Inventory–Circumplex (IMI–C) Manual*. Mind Garden Inc.
50. Doyle M, Dolan M (2006) Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behavioral Sciences and the Law* 24: 783–98.
51. Daffern M, Tonkin M, Howells K, et al (2010a) The impact of interpersonal style and perceived coercion on aggression and self-harm in personality-disordered patients admitted to a secure psychiatric hospital. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 21: 426–45.
52. Daffern M, Thomas S, Ferguson M, et al (2010b) The impact of psychiatric symptoms, interpersonal style and coercion on aggression and self-harm during psychiatric hospitalisation. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 73: 365–81.
53. Murphy D (2002) Risk assessment as collective clinical judgement. *Criminal Behaviour and Mental Health* 12: 169–78.
54. Doctor R (2004) Psychodynamic lessons in risk assessment and management. *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 267–76.
55. McNeil D, Sandberg DA, Binder R (1998) The relationship between confidence and accuracy in clinical assessment of psychiatric patients' potential for violence. *Law and Human Behavior* 22: 655–69.
56. Douglas KS, Ogloff JRP (2003) The impact of confidence on the accuracy of structured professional and actuarial violence risk judgments in a sample of forensic psychiatric patients. *Law and Human Behavior* 27: 573–87.
57. De Vogel V, De Ruiter C (2004) Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 15: 145–64.
58. Desmarais SL, Nicholls T, Read JD, et al (2010) Confidence and accuracy in assessments of short-term risks presented by forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 21: 1–22.
59. Miller MC, Tabakin R, Schimmel J (2000) Managing risk when risk is greatest. *Harvard Review of Psychiatry* 8: 154–9.
60. Montague RP, Berns GS (2002) Neural economics and the biological substrates of valuation. *Neuron* 36: 265–84.
61. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, et al (2001) *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press.
62. Mossman D (2006) Critique of pure risk assessment or, Kant meets Tarasoff. *University of Cincinnati Law Review* 75: 523–609.
63. Ryan C, Nielsen O, Paton M, et al (2010) Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australasian Psychiatry* 18: 398–403.
64. Lewis B (2011) *Narrative Psychiatry: How Stories Can Shape Clinical Practice*. Johns Hopkins University Press.
65. Reilly J, Newton R (2011) Formulation: a proposal for a more structured, longitudinal approach. *Australasian Psychiatry* 19: 301–5.
66. Weerasekera P (1993) Formulation: A multiperspective model. *Canadian Journal of Psychiatry* 38: 351–8.
67. Ward T, Nathan P, Drake CR, et al (2000) The role of formulation-based treatment for sexual offenders. *Behaviour Change* 17: 251–64.
68. Summers RF (2003) The psychodynamic formulation updated. *American Journal of Psychotherapy* 57: 39–51.
69. Sim K, Gwee KP, Bateman A (2005) Case formulation in psychotherapy: Revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry* 29: 289–92.
70. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2011) *Formulation Guidelines for Candidates: Trainee Clinical Examination*. RANZCP.
71. Medawar P (1984) *Pluto's Republic: Incorporating The Art of the Soluble and Induction and Intuition in Scientific Thought*. Oxford University Press.
72. Plous S (1993) *The Psychology of Judgment and Decision Making*. McGraw-Hill.
73. Johnston J (2010) Old ways of working. *Newsletter: Psychotherapy Faculty, Royal College of Psychiatrists (Spring): 6–9* (<http://www.rcpsych.ac.uk/docs/psyfacNewsletterSpring2010.doc>).