



FORMULATION IN FORENSIC PSYCHIATRY: PROBLEMS, CHALLENGES AND THE USEFULNESS OF PSYCHO-CRIMINOLOGICAL CONCEPTS

Marlena BANASIK¹, Michał NOWOPOLSKI², Józef Krzysztof GIEROWSKI³

¹ *Institute of Social Science, Department of Psychology, Academy of Physical Education, Kraków, Poland*

² *University of Social Sciences and Humanities, Warsaw, Poland*

³ *University of Social Sciences and Humanities, Katowice, Poland*

Abstract

Formulation, which is now described as a core competence for mental health specialists, including forensic mental health specialists, is the effect of gathering and integrating knowledge about the patient. It aims to help clinicians recognize the sources of a person's problems so that further treatment plans and interventions can be implemented. Given the legal requirements there is a growing need in the forensic setting for an individual theory of violent acts in specific cases. This article aims to present the concept of formulation and to attempt to develop a rationale for its usefulness in the practice of forensic mental health specialists. Two psycho-criminological theories are described in relation to their utility in processes of formulation concerning violent offenders in forensic settings.

Key words

Formulation; Violence risk assessment; Forensic psychiatry.

Received 17 April 2018; accepted 3 July 2018

Introduction

The reform of the criminal law in Poland in 2015 greatly increased the number of situations in which treatment and preventive measures can and should be applied. The scope for adjudicating non-custodial measures was extended, which makes it possible to effect more complex solutions and allows for a smooth transition from isolation in high security to monitoring in outpatient settings. The reform allows the courts to find the best possible fit between the measure and its purpose, and it asks more of psychologists and psychiatrists, who must now engage with the methodology of violence risk assessment, with predicting the risk of violence and with monitoring and managing that risk (Gierowski, 2018; Heitzman, Markiewicz, 2017). The role of formulation can be particularly significant in

the context of the law as it now stands, which requires directors of psychiatric institutions to issue periodical opinions during detention, as well as opinions regarding further action to be taken with violent offenders once they have been released (see article 203 of the Code of Criminal Procedure). In practice, the task of writing periodical opinions on the health and treatment of service users falls to the clinicians involved: two psychiatrists and a psychologist. It is necessary to have a much deeper understanding of criminology than that received in standard psychiatric training when assessing the risk that an act causing considerable social harm will be repeated (Gierowski, Szymusik, 1998). Problems have arisen in the past when psychiatrists have failed to take prognoses into account when writing opinions on people in detention (Hajdukiewicz, 2009). Now, with opinion-writing an established part

of practice, and with greater access to a wider range of methodologies, the emphasis has shifted to the duty of clinicians to assess the probability that an act causing considerable social harm will be repeated (Pyrca-Górowska, 2017; Gierowski, 2018). Within the forensic psychiatry system, this usually concerns the probability of the repetition of violence.

It has not long been legal in Poland to operate the tools offered by Structured Professional Judgement (SPJ), such as HCR-20 and SAPROF, to assess the presence, severity and co-morbidity of risk factors for unlawful aggressive behaviour and protective factors. These instruments will, however, be ineffective if the general processes do not rest on a solid platform of scientifically-verified concepts and models. This can be achieved though forensic-psychiatric formulations. With the overall aim of constructing a scientific platform for Polish diagnostics and opinion-writing in the forensic setting, the paper sets out the most important explanations of unlawful behaviour and discusses the criteria that a sound formulation should meet.

Formulation

Formulation is the process or product of gathering and integrating diverse information to develop a concise account of the nature and aetiology of the problems affecting a person's mental health. Its aim is to create an idiographic (unique, individualised, specific) therapeutic plan and to facilitate the taking of important decisions concerning patients (Hart, Sturmey, Logan, McMurran, 2011). Formulation is a key skill for many mental-health specialists (see, for example, Eells, 2009; Royal College of Psychiatrists, 2010). It involves constructing hypotheses about the causes, precipitants and maintaining factors of a person's psychological, interpersonal and behavioural problems (Eells, 2001). The practical goal of this hypothesis-building is to connect the theoretical foundations with clinical practice and to guide future interventions (Johnstone, Whomsley, Cole, Oliver, 2011; Bieling, Kuyken, 2013). Formulation, when used in the longer term as a reference point, makes it easier to measure the progress achieved in treatment (Davies, 2010). Formulation encompasses conclusions drawn about many aspects of a person's life, including their sensitive "weak points", pathogeneses in the learning process, biological and genetic factors, social and cultural factors, strengthening mechanisms acting on a person at the present moment, the determinants of the stimulus-response reaction, dominant patterns and models, and conceptions of self and others (Eel-

ls, Lombart, 2011). Rather than being performed once only, formulation needs to be repeated many times. In the view of Davies, Black, Bentley, Nagi (2013), it embraces clarification, prioritisation, prognosis and updating. Formulation gained traction in the practice of the psychotherapeutic schools dominant in the late 1980s and early 1990s, including cognitive-behaviour therapy (Beck, 1995), psychodynamics (e.g., Perry, 1987; Melchiodi, 1988) and psychoanalysis (McWilliams, 1999). The popularisation of formulation in the practice of mental-health institutions was demonstrated by its inclusion in the guidelines of a series of psychiatric and psychological professional associations (Hart, Logan, 2011, Sturmey, 2011). Its role as a key competence is also discussed in other professional, mental-health settings, such as nursing, social care and occupational therapy (Sturmey, 2009; Hart, Logan, 2011).

Lewis and Doyle (2009) point out that a formulation can be constructed in an unlimited number of ways. According to Sturmey (2009), there is no established and documented routine of clinical practice for formulation. On the one hand, this increases the risk that the procedure will be tainted by subjectivism and reliant on the discretion and preferences of the clinician. On the other hand, formulations of the same case using a variety of models can, despite their differences, complement each other and lead to a greater understanding than would have been obtained using only a single theory (Eells, 2009). Weerasekera (2009) has even stated that it is unjustified to apply only a single theoretical approach to the clarification of the many aspects of a case. In the 1990s she integrated a number of approaches to devise an eclectic model of formulation known as 4P, which received widespread recognition. It was based on an analysis of predisposing, precipitating, perpetuating and protective factors (Weerasekera, 1996). Douglas, Hart, Webster, Belfrage (2013) proposed a practical model for a formulation of violence that made it possible to represent a person's problems in graphic form. Clinicians can link information when formulating by (a) the arrangement of significant risk factors in a hierarchy, (b) grouping risk factors and determining their interaction and (c) determining the risk factors that open the way to violence. When some risk factors stand out as being more important than others it is possible to produce a hierarchy. The risk factors can be grouped according to their inter-dependencies, which reduces the number of "areas of interest" with respect to a particular person and makes linking information on violence risk, and managing it, more efficient and effective.

This kind of “technical” conceptualisation can be particularly helpful at team meetings, where it allows clinicians to present the formulation for the service user in graphic form. This is beneficial firstly in the sense that it encourages them to express their hypotheses to other members of the team. Secondly, a visual representation of the individual problem areas divided into specific “chunks” of information – in the form of the risk factors and the interaction between them – is conducive to the discussion and testing of hypotheses. In a formulation of a violent act, clinicians may prefer to rely more closely on recognised theories used to explain and prevent violence, such as General Personality and Cognitive Social Learning (Andrews, Bonta, 2010) or the Good Lives Model (Ward, 2002). More narrowly focussed concepts explaining aggression in offenders with mental disorders, such as Junginger’s psychotic action (1996) or Hiday’s concept of tense situations (1995, 1997) may also be applied. When considering the features shared by different approaches to formulation, Doyle and Lewis (2009) found that the two points of contact mentioned by the majority of scholars were a systematic procedure that allows for the organisation of information, and hypothesis-building with regard to the mechanisms causing the fundamental problems. No consistent body of evidence has yet emerged for the influence of formulation on treatment outcomes. After all, to assess the effectiveness of therapy is a challenge in itself. Hart and Logan (2011) suggest that formulation may not have anything new to offer where the therapy for certain disorders is both highly specialised and highly effective. Johnstone (2006) argue that, rather than depending on indicators of efficacy, effective formulation relies on selecting suitable therapeutic interactions and accurately predicting the difficulties that can arise at their different stages. Researchers also contend that clinicians produce formulations of very uneven quality, which must, of course, influence outcomes (Kuyken, Fothergill, Musa, Chadwick, 2005; Dudley, Park, James, Hodgson, 2010). The few available studies of this question either highlight the role of professional training in improving the quality of formulation or stress the need for better methods of evaluating its effectiveness (see Kendjelic, Eells, 2007; Sturmeay, McMurrin, 2011).

Formulation in the forensic psychiatry system

The development of an approach to patients in the forensic psychiatry system based on formulation is undoubtedly connected with the growing popularity of SPJ (Structured Professional Judgement) in assessing

violence risk and with the widespread implementation of SPJ’s major tools, such as the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) or the third version of Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR 20 V3; Hart, Douglas, Guy, 2016), which was published in 2013. Though formulation has been used for at least fifteen years in the assessment and management of violence risk in forensic patients, there has unfortunately been no corresponding rise in interest in the subject in the Polish and international literature (see Doyle, Dolan, 2002). Hence comparatively few papers have appeared that analyse the relationship between formulation and increased prognostic accuracy, and between formulation and increases in the effectiveness of threat-management plans (Hart, Logan, 2011). Furthermore, the introduction of formulation into routine clinical practice can raise fears that there are too few staff (new posts will need to be created), and that clinicians will be overburdened by tasks they have insufficient time to complete (Davies, Black, Bentley, Nagi, 2013). If a reliable formulation is to be constructed, it is necessary to establish trusting cooperation with patients who have the potential to harm themselves or others (Logan, Johnstone, 2010), which can present a considerable challenge to the forensic psychiatry system.

The response to these reservations lies in the enormous possibilities that formulation offers. It can be applied at various stages of cases in which there are good grounds to suppose that an offender committed a violent act under the influence of symptoms of mental disorders. Firstly, formulation aimed at clarifying the unlawful act itself can be applied at the diagnosis stage in assessments conducted by the psychologist and the two psychiatrists as part of forensic-psychiatric observations in hospital settings pursuant to article 203 of the Code of Criminal Procedure. Criminal procedure, supplemented by case law practice in respect of forensic-psychiatric observations, indicates that the prime issues affecting the content of judgments arise from article 31 paragraphs 1–3 of the Penal Code, which concern criminal responsibility for an act within the context of accountability (sanity) at the time of the crime. The contents of standard decisions to appoint expert witnesses, and of the legal and psychiatric literature, have established a well-known list of professional duties to be performed by psychiatrists when formulating post-observation opinions. They include confirming soundness of mind, defining present mental state, assessing whether a person is fit to participate in court proceedings, expressing an opinion on whether preventive measures are required and, in cases where a perpetrator is deemed accountable and might be imprisoned, stating whether additional

therapeutic and resocialisation measures are necessary (Eichstaedt, Gałecki, Depko, 2017).

The obligations courts stipulate in instructions to psychologists are often little different from those addressed to psychiatric expert witnesses. In the majority of instances, psychologists evaluate the intellectual functioning and personality profile of service users by reference to the results of standardised psychological tests. For perpetrators of unlawful acts, however, there arises a requirement for a more complex, multi-directional diagnostic process based on an investigation of the personality background of the individual concerned (Gierowski, 2011). Formulation, which offers a more specialised tool for diagnosing motivational processes by drawing simultaneously on psychological, psychiatric and criminological knowledge, and which, furthermore, is addressed to perpetrators of criminal violence, could satisfy this requirement. There may be a particularly pressing need to develop a complex, individualised theory about the perpetrator and the deed in cases of very serious acts of violence that provoke interest and controversy among the public and in the media. A sophisticated and extensive formulation of an act of violence can represent a more adequate response to the expectations expressed in the types of non-professional, preliminary diagnoses formulated by the public and by the procedural bodies. This public “proto-diagnosis” is formed even before the proper assignment of tasks to the psychiatrists and psychologists, who are the expert witnesses. Responding only perfunctorily to the questions set out in decisions to appoint expert witnesses – by formulating a nosological diagnosis that refers only to diagnostic criteria, and focussing on issues that are important only from the point of view of criminal responsibility – can mean that the needs expressed by this kind of “proto-diagnosis” are overlooked. When the opinions given by psychologists and psychiatrists are augmented by formulation it is possible to respond to the questions that the public and the procedural bodies most want answered: Why did the violent act occur? What problems and factors caused the perpetrator – at a specific moment in their life and in specific circumstances – to commit an unlawful act? An individualised model of the decision taken by the person under examination (individual theory of the act) presented by a psychiatrist or psychologist in the role of an expert witness can, clearly and vividly, tell the party requesting the opinion how the combination and interaction of a variety of factors (such as mental disorders, symptoms of personality disorders, and motivational and situational factors) led to a decision to commit an unlawful act. Indirectly, this practice offers the opportunity to establish to what

extent, and at what stage, the course of a given act was dictated by symptoms of illness. It is possible in this way to take a more discriminating approach to resolving questions of the level of accountability.

The admission of a perpetrator to a forensic psychiatric unit marks another moment when the use of formulation is justified. Enforced hospitalisation (detention) entails the formulation, implementation and conduct of a complex, interdisciplinary model of treatment, including preventive measures and resocialisation, aimed at a return to health and a lower level of threat to the legal order (Gierowski, 2018). Though pharmacological treatment to reduce the symptoms of mental disorder is fundamentally the same whether it concerns a patient committed to hospital by the court or a member of the general population of patients with a similar illness, other therapy should be tailored to the specific profile of a patient committed by the court and go beyond the usual programmes offered in Poland to patients with mental disorders (psychoeducation, training in social skills, therapeutic group, meetings with a psychologist). The lack of order in the relevant Polish law, which lacks an exact definition of the preferred treatment and preventive measures, means that there is a need to introduce scientifically-based solutions, and solutions applied internationally, into the Polish preventive measures legislation (Gierowski, 2018).

Formulation, which attends to the diverse functions that aggressive behaviour performs for a specific perpetrator, can be the key to introducing a successful therapeutic plan, to effective medical-resocialisation and to violence threat management in a large group of forensic patients with a history of violence (Daffern, Howells, Ogloff, 2007). Risk-need-responsivity (RNR), whose fundamental focus is its “need” element, which refers to the criminogenic needs that can lie at the root of decisions to use violence, is one of the most widespread models for working with very-high-risk perpetrators (Andrews, 2012). A further important application for formulation is with a group of violent perpetrators that display a series of comorbid disorders that standard treatment cannot address, or show resistance to treatment (Wilson, 1997; Logan, 2014). Due to increasing public awareness of potential breaches of human rights, including breaches resulting from the growing length of detentions, which can last indefinitely, this population of long-stay patients is of increasing interest to procedural bodies, the public, the media and the patients’ rights and human rights institutions. Perpetrators of grave unlawful acts – usually violent acts – form the majority in this group. They have a long history of committing unlawful acts and

show a complex psychopathology that includes serious mental disorders and co-existing personality disorders (mainly dissocial personality), as well as drug resistance, dependence on psychoactive substances, organic factors and a low level of cognition (Heitzman, Markiewicz, 2017).

Formulation has the potential, through its explanatory and coordinating capacities, to prove equal to the complexity and diversity of the issues associated with violence risk (Hart, Logan, 2011). It could also prove pivotal with patients displaying rare and unusual psychopathologies existing beyond the frontiers of diagnostic criteria. This situation requires the abandonment of standard treatment methods and the technocratic application of diagnostic criteria in favour of an individualised approach based on formulation (Sturme, 2009). The greater professional responsibility and public pressure that accompanies taking decisions about patients in the forensic psychiatric system is also significant. While inaccurate formulation resulting in the choice of an ineffective form of treatment for a person who is not in detention and is attending psychotherapy because of a social phobia could lead only to comparatively minor consequences for a small group of people, an analogous error resulting in the choice of unsuitable forms of treatment for a patient with a history of violence could have very far-reaching consequences for a potentially large group of people (Hart,

Logan, 2011). There may therefore be a need in the practice of forensic psychiatry to place emphasis on a more complex, individualised and contextual understanding of the determinants of a person's problems. An approach with formulation at its centre would seem to offer a means to overcome the inadequacies of the structured and psychometric methods traditionally used in this area (Delle-Vergini, Day, 2016).

As reflected in the latest guidelines of the European Psychiatric Association (Völlm et al., 2018), which advocates the use of tools associated with this school of thought, such as HCR-20 or SAPROF, for the assessment, monitoring and management of violence risk, Structured Professional Judgement (SPJ) is now the most frequently recommended approach to the prediction and monitoring of the risk of criminal violence. Formulation of violence, which in the main uses established psychological and psycho-criminological theories, is one of the most important stages in the assessment of violence risk. It links the evaluation of the presence and significance of factors of violence risk with the creation of a threat scenario and plans for managing the threat of violence (Hart, Sturme, Logan, McMurrin, 2011). The formulation stage may also be considered to lie between the risk-assessment stage and the threat-management stage (Logan, Johnstone, 2010; see Fig. 1).

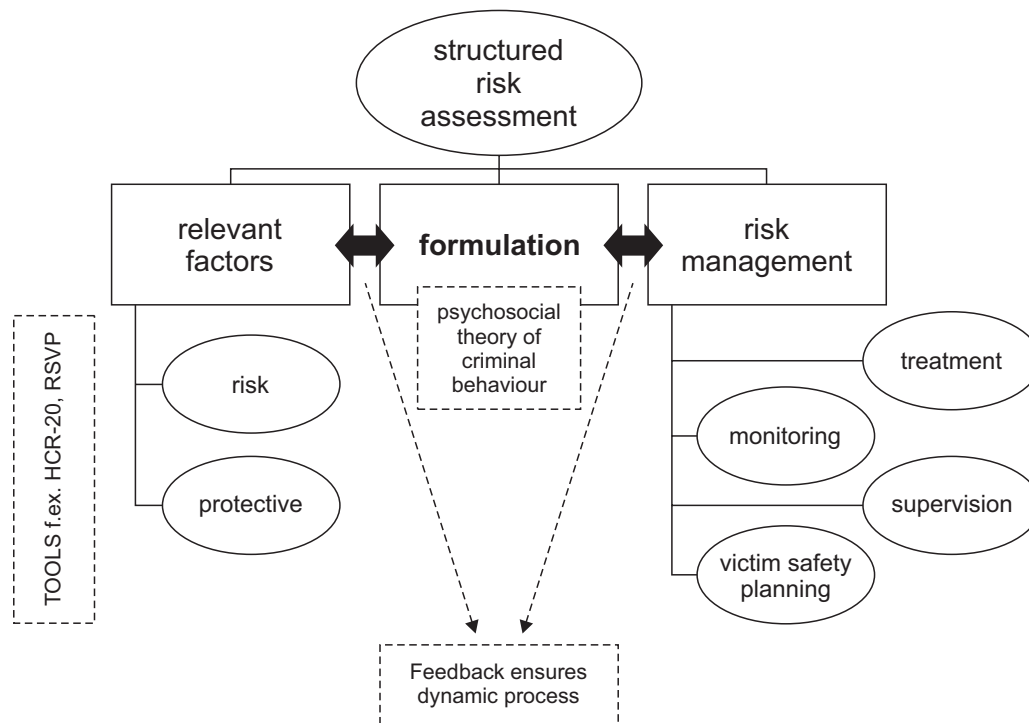


Fig. 1. Case formulation in structured risk assessment (after Logan, Doyle, 2014).

The formulation stage, which focuses on criminogenic needs (Andrews, 2012), requires a precise analysis of the act. Given the call made in the literature for openness to integrative and eclectic ideas, the authors of the present paper decided to refer to psycho-criminological theories, which make it possible to produce a formulation of a violent unlawful act in accordance with scientific standards. Reference to an empirically grounded psychosocial theory of criminal behaviour satisfies one of the important criteria of formulation: its external coherence (Hart et al., 2011). The remaining criteria, which Hart et al. (2011) describe as the formulation checklist, are displayed in Fig. 2. The same authors stress that formulation can only be regarded as scientific if these criteria are taken into account.

Formulation rests squarely on transparency, which is one of the most important principles of SPJ. It allows for a clear, evidence-based explanation, which is tailored to the person concerned, of the selection mechanism for the therapy and resocialisation applied. Transparency in formulation has a practical value with regard to communication between all of the institutions and people taking part in the court procedure. It gives access to the thought processes behind the conclusions drawn by expert witnesses and, by taking account of the principles for formulation set out in Fig. 2. (simplicity, factual foundation, explanatory breadth, narrative and acceptability; Hart et al., 2011), allows all participants in the proceedings to take a part in monitoring and maintaining its quality.

Selected psycho-criminological explanations for unlawful behaviour

Due to the limited scope of this study, a decision was taken to discuss only two models in detail: Gary

Becker's economic theory of criminality and the General Aggression Model (GAM). Both are among the models that appear most often in the literature and both are empirically validated.

Becker's economic theory of criminality

Gary Becker (1974) cast doubt on the view, which is widespread in psychology and criminology, that criminals lack the capacity to make a rational assessment of reality. Instead, according to the rational choice theory advanced by the author, a crime should be treated as a rational act occurring in a situation in which the benefit an individual expects to gain exceeds the costs and losses that would be incurred if that individual were caught and convicted. It is possible in this way to explain a person's inclination to manifest unlawful behaviour in terms of their appetite for risk, their evaluation of the opportunity costs and their perception of the potential punishment (Florczak, 2012). A potential perpetrator of an unlawful act can, as a consequence, be characterised as a person who sees great benefits in the prohibited act and regards the threat of punishment as too low, and therefore is highly inclined to take risks (Becker, 1974). The economic theory of criminality also addresses the institutional contexts and determinants of criminality, including their preventive functions. Becker's explanations and those of his intellectual heirs, such as Kahneman and Tversky (1992), are extremely useful to penal policy makers. Take Becker's (1974) assertion that mentally disordered, impulsive and young perpetrators will probably give far less consideration to the consequences of their behaviour. The result is that an increase in the probability and severity of punishment does not in their case act as a deterrent (van Velthoven, van Wijck,

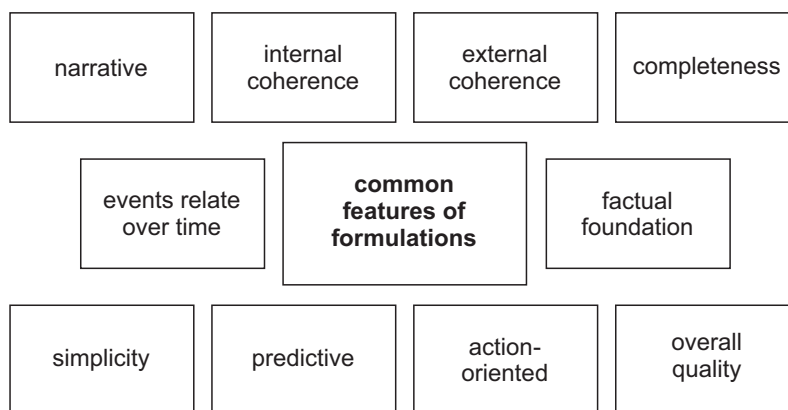


Fig. 2. Common features of formulation (after Hart et al., 2011).

2016). From the point of view of state policy, therapy would therefore be much more rational and economic than severe punishment. The costs of imposing unconditional custodial sentences on these young perpetrators outweigh the benefits (in the form of reduced social damage caused by unlawful acts). A similar outlook is expressed by Kahneman and Tversky (1992) in their Cumulative Prospect Theory. It is their view that perpetrators do not usually have access to accurate information about the likelihood of being convicted and that they assess the benefits and losses of committing crime subjectively relative to a certain reference point. Gummerum, Hanoch and Pachur (2010) confirmed in their research that, where perceived losses are concerned, prisoners have a higher appetite for risk than people who have not been convicted and incarcerated. In line with Becker's arguments (1974), they are likely to have an almost negligible susceptibility to more severe penal sanctions. Archer and Southall (2009) investigated the probability of aggressive behaviour in a group of prisoners in relation to their levels of self-control and the benefits they thought they would receive by making physical attacks or threats. They also took the size and physical strength of the prisoners into account (height, musculature). They noticed that the relationship between self-control and the costs and benefits of aggression can vary according to a prisoner's physical size. Self-control was the major predictor of physical attacks among prisoners of greater physical size, while the benefits were the decisive factor for their less-well-built counterparts (Archer, Southall, 2009). It was therefore demonstrated that differences in physical aggression need to be explained by reference to an individual's level of self-control. It seems

more likely, furthermore, that both automatic and controlled (rational) decision-making processes lie at the root of aggressive behaviour.

The General Aggression Model

The General Aggression Model (GAM) is a complex, but also economic, model that explains the determinants both of individual aggressive acts and aggressive tendencies. This is because it takes into account – both in the long-term and short-term – the biological substratum, the process of personality development, social processes, fundamental cognitive processes and the perpetrator's decision-making processes (DeWall, Anderson, Bushman, 2011). As a consequence it highlights the complicated nature of aggressive behaviour, where a number of different motivations act in concert. It advances hypotheses that are essential in identifying the most likely reasons for a particular behaviour on the part of an aggressive perpetrator. It also makes it possible to identify the passages in the cycle of aggression that depend on biological factors, on personality factors and on situational factors, as well as to predict potential escalations of aggression. According to GAM, the present internal state of a perpetrator, which results from cognitive processes, arousal and the dominant affect, influences the results of appraisals made and decisions taken, which then lead to impulsive or thoughtful behaviour (see Fig. 3).

The results of the GAM-based analysis performed by DeWall, Anderson and Bushman (2011) suggest that GAM is of great use in clinical-forensic practice in the following areas:

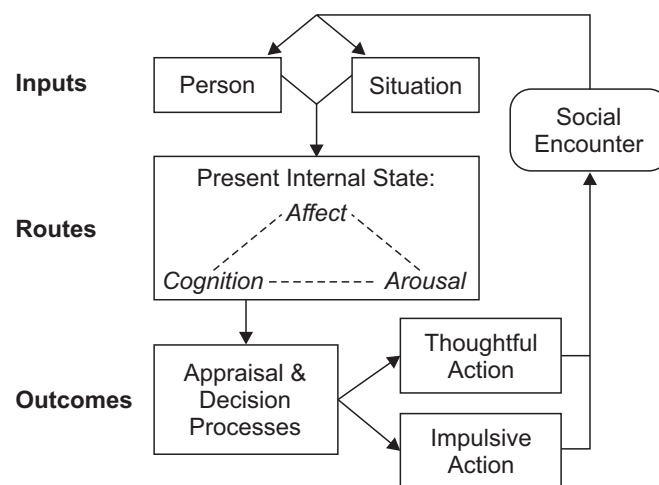


Fig. 3. Episodic processes in the general aggression model (after Anderson, Bushman, 2002).

- a) explaining aggression and violence,
- b) identifying the determinants of stranger violence and intimate partner violence,
- c) making the links between changes in the physical environment, such as a change of climate, and increases in violence,
- d) understanding the causes of inter-group violence and acts of suicide,
- e) explaining behaviour that does not involve violence.

From the perspective of this paper, management of violence risk in institutional settings – and beyond – can be regarded as one of the more important fields of application for GAM. When planning an intervention, DeWall et al. (2011) propose examining the behaviour of perpetrators of violent acts based on the four dimensions covered by GAM (see Fig. 4).

In the context of the general thrust of this paper, a complex, individualised and contextual understanding of violence could be exceptionally useful with respect to the heightened professional responsibility to be borne when making decisions about patients in the forensic psychiatry system (see Hart, Logan 2011).

Conclusions

The practice of formulation in forensic psychology and psychiatry, which in the main is addressed to perpetrators of violence, still awaits an established and unified framework. The literature describes the benefits that result from drawing upon integrative and

eclectic theories. When compiling a formulation it is thus worth considering psycho-criminological models and theories, which make it possible to produce a formulation that focusses on the unlawful act itself, which happened in the past. When the questions associated with article 31 of the Penal Code are under consideration in connection with a perpetrator, and when there exists a reasonable likelihood that a perpetrator will be committed to the forensic psychiatry system, a precise formulation can prove to be a useful procedure when applied at the various stages of the proceedings and of the system's response. Firstly, formulation can serve as an adjunct to diagnosis as an additional component to the diagnosis of motivational processes or as a specialised form of such a diagnosis. Secondly, formulation makes it possible to identify perpetrators' criminogenic needs and to determine the functions entailed in aggressive behaviour. The final purpose of gaining access to the criminogenic needs and the functions of aggression is to assist in the selection and creation of an individualised therapeutic programme centred on the needs of the perpetrator. Thirdly, the interpretive depth of formulation is ultimately disclosed with reference to the reform of the Penal Code in July 2015, which, in extending the schedule of preventive measures and emphasising non-custodial options in settings outside the forensic psychiatry wards, hands a larger role to psychiatrists and psychologists in predicting unlawful acts. In this context, formulation would appear to be a procedure that makes accurate and reliable prognosis much easier, and which provides the relevant institutions with the information they need to

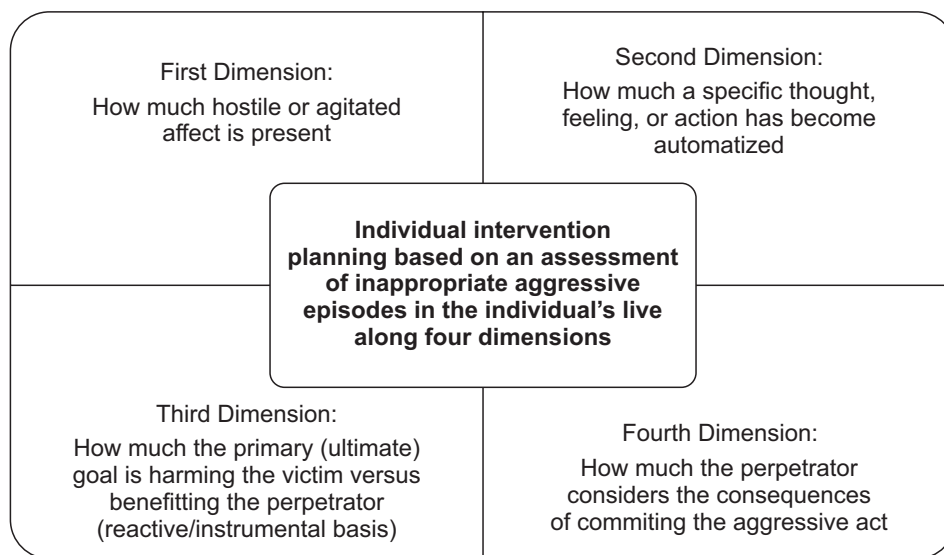


Fig. 4. Individual intervention planning with GAM (after DeWall et al., 2011).

minimize potential threats. Adoption of formulation in the practice of forensic psychologists and psychiatrists, as well as research to evaluate the influence of the resulting formulations on treatment outcomes, is recommended.

References

- Anderson, A. C., Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Reviews of Psychology*, 53, 27–51.
- Anderson, C. A., Groves, C. (2013). General aggression model. (In) M. S. Eastin (Ed.), *Encyclopedia of media violence* (pp. 182–187). Los Angeles: Sage.
- Andrews, D. A. (2012). The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment. (In) J. A. Dvoskin, J. L. Skeem, R. W. Novaco, K. S. Douglas (Eds.), *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127–156). New York: Oxford University Press.
- Andrews, D. A., Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence: LexisNexis Matthew Bender.
- Archer, J., Southall, N. (2009). Does cost-benefit analysis or self-control predict involvement in bullying behavior by male prisoners? *Aggressive Behavior*, 35, 31–40.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Becker, G. (1974). Crime and punishment: An economic approach. (In) G. S. Becker, H. L. Landes (Eds.), *Essays in the economics of crime and punishment* (pp. 1–54). National Bureau of Economic Research, Inc. Retrieved January 4, 2018 from: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:nbr:nberch:3625>.
- Bieling, P., Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52–69.
- Daffern, M., Howells, K., Ogloff, J. (2007). What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. *Behaviour Research & Therapy*, 45, 101–111.
- Davies, J., Black, S., Bentley, N., Nagi, C. (2013). Forensic case formulation: theoretical, ethical and practical issues. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 23(4), 304–14.
- Davies, J., Jones, L., Howells, K. (2010). Evaluating individual change. (In) M. Daffern, L. Jones, J. Shine (Eds.), *Offence paralleling behaviour: A case formulation approach to offender assessment and intervention* (pp. 287–30). Chichester: Wiley Blackwell.
- DeWall, C. N., Anderson, A. C., Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence*, 1(3), 245–258.
- Delle-Vergini, V., Day, A. (2016). Case formulation in forensic practice: challenges and opportunities. *Journal of Forensic Practice*, 18(3), 240–250.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H. (2013). *HCR-20v3. Assessing risk for violence*. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Doyle, M., Dolan, M. (2002). Violence risk assessment: Combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 649–657.
- Dudley, R., Park, I., James, I., Hodgson, G. (2010). Rate of agreement between clinicians on the content of a cognitive formulation of delusional beliefs: The effect of qualifications and experience. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 185–200.
- Eells, T. D. (2009). Contemporary themes in case formulation. (In) P. Sturmey (Ed.), *Clinical case formulation: Varieties of approaches* (pp. 294–315). Chichester: Wiley Blackwell.
- Eells, T. D. (2001). Update on psychotherapy case formulation research. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 277–281.
- Eells, T. D., Lombart, K. G. (2011). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13(4), 187–204.
- Eichstaedt, K., Gałeczki, P., Depko, A. (2017). *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń*. Warszawa: Wolters Kluwert.
- Felson, R. B. (2009). Violence, crime, and violent crime. *International Journal of Conflict and Violence*, 3(1), 23–39.
- Florczak, W. (2012). Instytucjonalne uwarunkowania przestępczości w Polsce. *Gospodarka Narodowa*, 10(254), 97–126.
- Gierowski, J. K. (2011). Diagnoza procesów motywacyjnych – nowe wyzwania i niewykorzystane możliwości psychologii sądowej. *Chowanna*, 2, 131–158.
- Gierowski, J. K. (2018). Kilka uwag o potrzebie wprowadzenia nowych zasad oceny i monitorowania ryzyka przemocy kryminalnej w polskim systemie prawa karnego. (In) K. Banasik, A. Kargol, A. Kubiak-Cyruł, M. Lubelski, E. Plebanek, A. Strzelec (Eds.), *W poszukiwaniu prawdy. Rozważania o prawie, historii i sprawiedliwości. Prace dedykowane Profesorowi Janowi Widackiemu*, (pp. 211–230). Kraków: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.
- Gierowski, J. K., Szymusik, A. (1998). Nowe prawo karne z perspektywy psychiatrii i psychologii sądowej. *Psychiatria Polska*, 4, 383–396.
- Gummerum, M., Hanoch, Y., Pachur, T. (2010). Prospects behind bars: Analyzing decisions under risk in a prison population. *Psychonomic Bulletin & Review*, 17(5), 630–636.

27. Hajdukiewicz, D. (2009). Skuteczność realizacji środka zabezpieczającego w kontekście opinii o braku przesłanek do jego kontynuacji. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18(4), 407–411.
28. Hart, S. D., Douglas, K. S., Guy, L. S. (2016). The structured professional judgment approach to violence risk assessment: Origins, nature, and advances. (In) L. Craig, M. Rettenberger (Volume Eds.), D. Boer (Series Ed.), *The Wiley handbook on the theories, assessment, treatment of sexual offending: Volume II. Assessment* (pp. 643–666). Oxford: Wiley.
29. Hart, S. D., Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgment approach. (In) P. Sturmey, M. McMurrin (Eds.), *Forensic case formulation* (pp. 83–106). Chichester: Wiley-Blackwell.
30. Hart, S. D., Sturmey, P., Logan, C., McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 118–126.
31. Heitzman, J., Markiewicz, I. (2017). Financing of forensic psychiatry in view of treatment quality and threat to public safety. *Psychiatria Polska*, 51(4), 599–608.
32. Hiday, V. A. (1995). The social context of mental illness and violence. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 122–137.
33. Hiday, V. A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 399–417.
34. Johnstone, L., Whomsley, S., Cole, S., Oliver, N. (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester: British Psychological Society.
35. Johnstone, L. (2006). Controversies and debates about formulation. (In) L. Johnstone, R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy. Making sense of people's problems*. London and New York: Routledge. Taylor and Francis Group.
36. Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 91–103.
37. Kahneman, D., Tversky, A. (1992). Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty. *Journal of Risk and Uncertainty*, 5, 297–323.
38. Kendjelic, E. M., Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy*, 44, 66–77.
39. Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187–1201.
40. Lewis, G., Doyle, M. (2009). Risk formulation: What are we doing and why? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 286–292.
41. Logan, C. (2014). The HCR-20 Version 3: A case study in risk formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 172–80.
42. Logan, C., Doyle, M. (2014). Clinical risk assessment and management the critical role of formulation. Retrieved April 3, 2018 from: [https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Doyle%20BELFAST%20final%20Risk%20Management%20and%20Formulation%20\(Belfast%2007.03.14\).pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Doyle%20BELFAST%20final%20Risk%20Management%20and%20Formulation%20(Belfast%2007.03.14).pdf).
43. Logan, C., Johnstone, L. (2010). Personality disorder and violence: Making the link through risk formulation. *Journal of Personality Disorders*, 24, 610–633.
44. Melchiodi, G. A. (1988). Psychodynamic formulation. How and why? *General Hospital Psychiatry* 10, 41–45.
45. McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
46. Perry, S., Cooper, A., Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 144, 543–550.
47. Pyczak-Górowska, M. (2017). *Detencja psychiatryczna orzekana jako środek zabezpieczający w świetle badań aktowych*. Kraków: Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja.
48. Royal College of Psychiatrists (2010). *A competency based curriculum for specialist training in psychiatry: Specialists in general psychiatry*. Retrieved April 2, 2018 from: http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/General%20Psychiatry%20submission%20October%202010_Mar15Update1.pdf.
49. Sturmey, P. (2009). Case formulation: A review and overview of this volume. (In) P. Sturmey (Ed), *Clinical case formulation: Varieties of approaches* (pp. 3–30). Chichester: Wiley Blackwell.
50. Sturmey, P., McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation: Emerging issues. (In) P. Sturmey, M. McMurrin (Eds.), *Forensic case formulation* (pp. 283–304). Chichester: Wiley-Blackwell.
51. van Velthoven, B., van Wijck, P. (2016). Becker's theory on crime and punishment, a useful guide for law enforcement policy in The Netherlands? *Recht der Werkelijkheid*, 1, 6–31.
52. Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, 58–73.
53. Ward, T. (2002). The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist*, 37, 172–179.
54. Weerasekera, P. (2009). A formulation of the case of Antoinette: A multiperspective approach. (In) P. Sturmey (Ed.), *Clinical case formulation: Varieties of approaches* (pp. 145–156). Chichester: Wiley.
55. Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step towards treatment integration*. Malabar: Krieger.
56. Wilson, G. T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour, Research and Therapy*, 35, 205–10.

57. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2017 r., poz. 2204).
58. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 1904).
59. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 665).

Corresponding author

Michał Nowopolski
Mental Health Hospital in Starogard Gdanski
High security forensic ward XXIV
ul. Skarszewska 7,
PL 83-200 Starogard Gdański
e-mail: mnowopolski1@st.swps.edu.pl

KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W PSYCHIATRII SĄDOWEJ – PROBLEMY, WYZWANIA, UŻYTECZNOŚĆ KONCEPCJI PSYCHOKRYMINOLOGICZNYCH

Wprowadzenie

Reforma prawa karnego w 2015 roku w Polsce istotnie zwiększyła katalog sytuacji, w których można i należy stosować środki leczniczo-zabezpieczające. Poszerzono możliwości orzekania środków wolnościowych, co stwarza możliwość realizowania bardziej kompleksowych rozwiązań i łagodnego przechodzenia od skrajnie zabezpieczających form izolacji do nadzoru w warunkach ambulatoryjnych. Z jednej strony daje to sądom możliwość orzekania najbardziej optymalnych form środków zabezpieczających z punktu widzenia ich celowości i zasadności, a z drugiej – nadaje klinicystom: psychiatrom i psychologom nowe specyficzne zadania związane prognozowaniem i metodologią szacowania ryzyka przemycy kryminalnej, monitorowania jej, a także zarządzania nią (Gierowski, 2018; Heitzman, Markiewicz, 2017).

Rola konceptualizacji może być szczególnie istotna w kontekście obecnie obowiązujących przepisów prawnych nakładających na kierownika zakładu psychiatrycznego obowiązek wydawania okresowych opinii w ramach detencji oraz w przypadku podejmowania decyzji odnośnie do dalszego postępowania ze sprawcą przemocy po zwolnieniu z tej instytucji (art. 203 kkw). Faktycznie, obowiązek formułowania opinii okresowych o stanie zdrowia i postępach w leczeniu jest scedowany na klinicystów (dwóch psychiatrów i psychologa), którzy biorą udział w leczeniu danego pacjenta. W literaturze podkreśla się potrzebę uwzględniania, w trakcie formułowania prognozy dotyczącej ryzyka ponownego popełnienia czynu o znacznej szkodliwości społecznej, kompetencji kryminologicznych wykraczających poza standardowe kompetencje i wiedzę psychiatryczną (Gierowski, Szymusik, 1998). W przeszłości wskazywano również na problem uchylania się lekarzy psychiatrów od uwzględniania prognozy w opiniach detencjonowanych (Hajdukiewicz, 2009). Obecnie, wobec ukształtowanej praktyki opiniodawczej i większej dostępności metodologii, podkreśla się należący do klinicystów obowiązek sformułowania prognozy co do prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu o znacznej szkodliwości społecznej (Pyrcał-Górowska, 2017; Gierowski, 2018). W systemie psychiatrii sądowej prognoza ta dotyczy najczęściej oceny prawdopodobieństwa ponownego użycia przemocy.

Od niedawna legalnie funkcjonują w naszym kraju opracowane w nurcie *Structured Professional Judgement* (SPJ) narzędzia służące do oceny obecności, nasilenia

oraz współwystępowania czynników ryzyka zachowań agresywnych sprzecznych z prawem oraz czynników ochronnych (np. HCR-20, SAPROF). Efektywność takich działań wymaga oparcia wspomnianych procesów na konkretnych, naukowo zweryfikowanych koncepcjach i modelach. Służyć temu może tzw. proces tworzenia konceptualizacji przypadku sądowo-psychiatrycznego. W artykule zaprezentowano najważniejsze koncepcje wyjaśniające zachowania zabronione, omówiono także kryteria, jakie powinna wypełniać rzetelna konceptualizacja, a wszystko z myślą o stworzeniu naukowego zaplecza dla polskich poczynań diagnostyczno-opiniodawczych w omawianym obszarze.

Pojęcie konceptualizacji

Konceptualizacja jest procesem lub produktem końcowym zbierania i integrowania różnych informacji w celu opracowania zwięzłego opisu dotyczącego natury i etiologii problemów wpływających na zdrowie psychiczne człowieka. Celem tego procesu jest stworzenie idiograficznego (tj. unikalnego, zindywidualizowanego i specyficznego) planu terapeutycznego oraz ułatwienie podejmowania ważnych decyzji dotyczących pacjenta (Hart, Sturmey, Logan, McMurrin, 2011). Tworzenie konceptualizacji przypadku jest kluczową umiejętnością dla wielu specjalistów pracujących w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (np. Eells, 2009; Royal College of Psychiatrists, 2010). Proces ten polega również na tworzeniu hipotez na temat przyczyn, czynników wyzwalających lub podtrzymujących, które wpływają na problemy psychologiczne, interpersonalne i behawioralne danej osoby (Eells, 2001). To tworzenie hipotez ma skonkretyzowany cel – połączenie podłoża teoretycznego z pracą kliniczną i nadanie kierunku przyszłym interwencjom (Johnston, Whomsley, Cole, Oliver, 2011; Bieling, Kuyken, 2013). W dalszej perspektywie konceptualizacja – stosowana jako punkt odniesienia – ułatwia pomiar osiągniętych postępów w leczeniu (Davies, 2010).

Konceptualizacja jest produktem kompleksowym, obejmującym wnioski na temat wielu aspektów życia danej osoby, np. jej tzw. wrażliwych, „słabych punktów”, patogenezy w procesie uczenia się, czynników biologicznych i genetycznych, wpływających na nią czynników społeczno-kulturowych, działających obecnie mechanizmów wzmacniających, uwarunkowań pomiędzy bodźcem a reakcją, a także dominujących schematów, oddzia-

łujących modeli oraz przekonań na temat siebie i innych (Eells, Lombart, 2011). Jest to proces wymagający raczej wielokrotnego powtarzania niż jednorazowo przeprowadzonej procedury. Uwzględnia wyjaśnianie, nadawanie priorytetów oraz prognozę i przeprowadzanie aktualizacji (Davies, Black, Bentley, Nagi, 2013).

Pojęcie konceptualizacji ugruntowało się na przełomie lat 80. i 90. w praktyce dominujących nurtów psychoterapeutycznych, w tym poznawczo-behawioralnym (Beck, 1996), psychodynamicznym (np. Perry, 1987; Melchiodi, 1988) czy też psychoanalitycznym (McWilliams, 1999). Wyrazem popularyzacji konceptualizacji w praktyce jednostek ochrony zdrowia psychicznego było uwzględnienie jej w wytycznych szeregu branżowych towarzystw psychiatrycznych i psychologicznych (Hart, Logan, 2011; Sturmey, 2011). Dyskusja nad rolą konceptualizacji jako kluczowej kompetencji pojawia się również w innych zawodach ochrony zdrowia psychicznego, np. w pielęgniarstwie, w opiece społecznej, w terapii zajęciowej (Sturmey, 2009; Hart, Logan, 2011).

Lewis i Doyle (2009) wskazują na nieograniczoną liczbę sposobów tworzenia konceptualizacji. Brakuje też opisanej i ustalonej rutynowej praktyki klinicznej w tworzeniu konceptualizacji (Sturmey, 2009). Z jednej strony stwarza to zwiększone ryzyko skażenia subiektywizmem i oparcia na uznaniowych preferencjach klinicysty tworzącego konceptualizację. Z drugiej strony – konceptualizacja tego samego przypadku z użyciem różnych modeli, pomimo ich różnic, może uzupełniać się wzajemnie i przyczynić się do większego zrozumienia pacjenta niż gdyby zastosowano jedną z teorii (Eells, 2009). Weerasekara (2009) wskazywała wręcz na brak zasadności stosowania jednego podejścia teoretycznego w procesie wyjaśniania wielu aspektów danej sprawy. W latach 90. stworzyła rozpowszechniony, integrujący wiele podejść i eklektyczny model konceptualizacji zwany „4 P”, który oparty był na analizie czynników predysponujących, podtrzymujących, wyzwających i ochronnych (Weerasekara, 1996). Douglas, Hart, Webster i Belfrage (2013) zaproponowali praktyczny model tworzenia konceptualizacji przemocy pozwalający na przedstawienie problemów danej osoby w sposób graficzny. W trakcie tworzenia konceptualizacji osoby oceniające mogą łączyć ze sobą informacje poprzez (a) hierarchizację istotnych czynników ryzyka, (b) pogrupowanie czynników ryzyka i określenie interakcji pomiędzy czynnikami, (c) określenie czynników ryzyka otwierających drogę do przemocy. Hierarchizacji można dokonać, gdy niektóre czynniki ryzyka wyróżniają się jako bardziej istotne od innych. Czynniki ryzyka można podzielić na grupy, w obrębie których między czynnikami występują zależności. Powiązanie współzależnych czynników ryzyka w grupy pozwala zmniejszyć liczbę „obszarów zainteresowań” u danej osoby, co usprawnia łączenie informacji o ryzyku i zarządzanie ryzykiem przemocy.

Ten „techniczny” sposób tworzenia konceptualizacji może być szczególnie przydatny podczas spotkań zespołu klinicznego, w trakcie którego klinicyści mają możliwość przedstawienia konceptualizacji przypadku omawianego pacjenta w sposób graficzny. Po pierwsze jest to procedura korzystna, bo stymuluje klinicystów do „uzewnętrzniania” swoich hipotez innym członkom zespołu klinicznego. Po drugie – obrazowe, graficzne przedstawienie poszczególnych obszarów problemowych podzielonych w swoiste porcje informacji w postaci czynników ryzyka oraz interakcji pomiędzy nimi ułatwia dyskusję i weryfikowanie hipotez.

W tworzeniu konceptualizacji przypadku związanego z aktami przemocy może ujawnić się preferencja klinicystów do bardziej ścisłego oparcia się na uznanych teoriach mających zastosowanie w wyjaśnianiu i zapobieganiu przemocy, takich jak np. *General Personality and Cognitive Social Learning* (Andrews, Bonta, 2010) czy *Good Lives Model* (Ward, 2002). Zastosowanie mogą mieć również pomniejsze koncepcje wyjaśniające agresję u sprawców z zaburzeniami psychicznymi, np. koncepcja „działania psychotycznego” (*psychotic action*) Juningera (1996) czy też koncepcja „napiętych sytuacji” (*tense situations*, Hiday, 1995, 1997).

Doyle i Lewis (2009) zwracają uwagę na dwa punkty stykające różnych podejść do tworzenia konceptualizacji. Większość autorów wymienia w ramach omawianego procesu systematyczny sposób postępowania pozwalający na uporządkowanie informacji oraz tworzenie hipotez na temat możliwych mechanizmów będących przyczyną podstawowych problemów.

Dowody na wpływ konceptualizacji na efekt terapeutyczny nie są, jak dotąd, spójne. Trudności nastręcza bowiem sama ocena efektywności terapii. Hart i Logan (2011) sugerują, że w przypadku wysoce wyspecjalizowanych i jednocześnie wysoce efektywnych terapii niektórych zaburzeń konceptualizacja może nie wnieść już niczego nowego. Wskazuje się również, że skuteczność konceptualizacji ujawnia się raczej w procesie doboru odpowiednich oddziaływań terapeutycznych i trafnego przewidywania trudności, które mogą się pojawić na różnych etapach oddziaływań, niż w wskaźnikach skuteczności terapii (Johnstone, 2006). Dostrzega się również znaczące różnice w kompetencjach klinicystów tworzących konceptualizacje, co – rzecz jasna – nie pozostaje bez wpływu na efekt końcowy (Kuyken, Fothergill, Musa, Chadwick, 2005; Dudley, Park, James, Hodgson, 2010). Nieliczne dostępne badania z jednej strony uwydatniają rolę profesjonalnych szkoleń w dążeniu do poprawy jakości konceptualizacji, z drugiej zaś – zapotrzebowanie na skuteczniejsze metody ewaluacji ich efektywności (por. Kendjelic, Eells, 2007; Sturmey, McMurrin, 2011).

Konceptualizacja w systemie psychiatrii sądowej

Rozwój podejścia opartego na tworzeniu konceptualizacji przypadków pacjentów objętych oddziaływaniami systemu psychiatrii sądowej jest niewątpliwie związany z rosnącą popularnością nurtu SPJ (ang. *Structured Professional Judgement*) odnoszącego się do oceny ryzyka przemocy, a także powszechną implementacją na świecie kluczowych narzędzi do oceny zagrożenia w tym nurcie, takich jak RSVP (*The Risk for Sexual Violence Protocol*) czy wydana w 2013 r. trzecia wersja HCR-20 (*Historical, Clinical, Risk Management-20 version 3*; Hart, Douglas, Guy, 2016).

Ponadkilkunastoletnia tradycja stosowania konceptualizacji w ocenie i zarządzaniu ryzykiem przemocy u pacjentów sądowych nie przekłada się, niestety, na wzrost zainteresowania tym tematem w polskiej i zagranicznej literaturze przedmiotu (por. Doyle, Dolan, 2002). Stosunkowo niewiele publikacji poświęcono analizie związku pomiędzy stosowaniem konceptualizacji a wzrostem trafności prognoz oraz jej wpływowi na podniesienie efektywności planów zarządzania zagrożeniem (Hart, Logan, 2011).

Ponadto włączenie konceptualizacji do rutynowej praktyki klinicznej może budzić obawy ze względu na niewystarczające zasoby ludzkie (co może rodzić konieczność dodatkowych etatów), duże obciążenie klinicystów obowiązkami zawodowymi i ogólną presję czasową (Davies, Black, Bentley, Nagi, 2013). Stworzenie rzetelnej konceptualizacji wymusza również osiągnięcie opartej na zaufaniu współpracy z pacjentem stwarzającym zagrożenie dla siebie lub innych (Logan, Johnstone, 2010). Może to stanowić duże wyzwanie w systemie psychiatrii sądowej.

Odpowiedzią na powyższe zastrzeżenia jest duży potencjał konceptualizacji, który może być realizowany na różnych etapach postępowania ze sprawcą aktu przemocy, wobec którego istnieje uzasadnione przypuszczenie, że działał pod wpływem ujawnienia się objawów zaburzeń psychicznych. W pierwszym rzędzie kompleksowa konceptualizacja skoncentrowana na wyjaśnieniu samego czynu zabronionego może mieć zastosowanie na etapie diagnostycznym, np. w związku z badaniami prowadzonymi przez psychologa i psychiatrów w ramach obserwacji sądowo-psychiatrycznej w warunkach szpitalnych, w trybie określonym w art. 203 kpk.

Przepisy procedury karnej uzupełnione o ukształtowaną praktykę orzeczniczą w ramach obserwacji sądowo-psychiatrycznej wskazują na prymat zagadnień wpływających na treść orzekania w ramach art. 31 § 1–3 kk odnoszących się do kwestii odpowiedzialności karnej za czyn w ramach konstruktu poczytalności *tempore criminis*. Treść standardowych postanowień o powołaniu biegłych, literatura prawnicza i psychiatryczna ukształtowały dość powszechny katalog powinności

zawodowych psychiatry w związku z formułowaniem wniosków, które powinny zostać uwzględnione w opinii poobserwacyjnej. Do nich należy: stwierdzenie poczytalności, określenie aktualnego stanu psychicznego, ocena możliwości uczestnictwa badanego w postępowaniu sądowym, wypowiedzenie się co do ewentualnej konieczności zastosowania środków zabezpieczających, ewentualne wskazanie – w przypadku uznania poczytalności sprawcy i ewentualnego umieszczenia go w zakładzie karnym – konieczności zastosowania dodatkowych środków leczniczo-wychowawczych (Eichstaedt, Gałeczki, Depko, 2017).

Obowiązki psychologa określone przez organ procesowy często są słabo zróżnicowane z treścią postanowienia kierowaną wobec biegłych psychiatrów. Psycholog standardowo wypowiada się w kwestii funkcjonowania intelektualnego oraz profilu osobowości osoby badanej poprzez odniesienie się do wyników wystandaryzowanych testów psychologicznych. Wobec procesu diagnostycznego stosowanego wobec sprawcy czynu zabronionego pojawia się jednak postulat bardziej kompleksowego, wielokierunkowego procesu diagnostycznego opartego na analizie indywidualnego osobowościowego tła (Gierowski, 2011). Konceptualizacja – dzięki jednoczesnemu wykorzystaniu wiedzy psychologicznej, psychiatrycznej i kryminologicznej – daje szansę na spełnienie wspomnianego postulatu i wydaje się bardziej wyspecjalizowaną, ukierunkowaną na sprawców przemocy kryminalnej formą diagnozy procesów motywacyjnych.

Należy wskazać również, że zwłaszcza w przypadku ciężkich aktów przemocy, szczególnie kontrowersyjnych i wzbudzających zainteresowanie społeczne i medialne, może pojawić się potrzeba opracowania kompleksowej, zindywidualizowanej teorii na temat sprawcy i jego czynu. Rozbudowana konceptualizacja aktu przemocy może być bardziej adekwatną odpowiedzią na oczekiwania wyrażone w swoistej protodiagnozie (nieprofesjonalnej, wstępnej diagnozie) sformułowanej przez społeczeństwo i przez organy procesowe. Ta społeczna protodiagnoza kształtuje się jeszcze przed zleceniem właściwego zadania biegłym psychiatrom i psychologom dysponującym wiedzą specjalną. Sformułowanie bowiem diagnozy nozologicznej odwołującej się jedynie do kryteriów diagnostycznych, w sposób statyczny odpowiadającej na pytania określone w treści postanowienia o powołaniu biegłych, koncentrującej się na zagadnieniach istotnych z punktu widzenia odpowiedzialności karnej, może różnić się z potrzebami wyrażonymi przez wspomnianą protodiagnozę. Opinia biegłego psychiatry i psychologa, poszerzona o kompleksową konceptualizację, daje możliwość odpowiedzi na najbardziej nurtujące społeczeństwo i organy procesowe podstawowe pytania: dlaczego doszło do aktu przemocy i jakie problemy i czynniki spowodowały, że sprawca w określonym momencie swojego życia, w określonych okolicznościach popełnił

czyn zabroniony? Zindywidualizowany model decyzji badanego (indywidualna teoria czynu) przedstawiony przez biegłego psychiatrę/psychologa może w sposób transparentny i obrazowy przybliżyć zleceniodawcy, w jaki sposób kombinacja i interakcja różnych czynników (takich jak zaburzenia psychiczne, objawy zaburzeń osobowości, czynniki motywacyjne, czynniki sytuacyjne) doprowadziły do podjęcia decyzji o popełnieniu czynu zabronionego. Pośrednio taka praktyka daje szansę na bardziej dynamiczne ustalenie kwestii związanych ze stopniem poczytalności, np. ustalenie, w jakim wymiarze i w której fazie przebieg danego czynu był podyktowany objawami chorobowymi.

Drugim momentem, w którym ujawnia się zasadność stosowania konceptualizacji, jest moment przyjęcia sprawcy czynu do zakładu psychiatrii sądowej. Przymusowa hospitalizacja (detencja) wiąże się z koniecznością sformułowania, wdrożenia i realizacji kompleksowych, interdyscyplinarnych modeli oddziaływań leczniczo-zabezpieczających i resocjalizacyjnych, których celem jest osiągnięcie poprawy, tj. zdrowienia oraz obniżenia zagrożenia dla porządku prawnego (Gierowski, 2018). O ile leczenie farmakologiczne pacjenta sądowego ukierunkowane na redukcję objawów zaburzeń psychicznych nie różni się zasadniczo od leczenia ambulatoryjnego ogólnej populacji pacjentów z podobną jednostką chorobową, o tyle inne oddziaływania terapeutyczne powinny być dostosowane do specyficznego profilu pacjenta sądowego i wykraczać poza standardowo stosowane w Polsce programy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (takie jak psychoedukacja, trening umiejętności społecznych, spotkania społeczności terapeutycznej, rozmowy z psychologiem).

Chaos w polskich regulacjach prawnych, brak przepisów uszczegółwiających preferowane oddziaływania leczniczo-zabezpieczające rodzi potrzebę wprowadzenia do polskich zasad odnoszących się do środków zabezpieczających rozwiązań opartych na naukowych podstawach i stosowanych na świecie (Gierowski, 2018). Kluczem do wdrożenia skutecznego planu terapeutycznego, efektywnych oddziaływań leczniczo-resocjalizacyjnych oraz planów zarządzania zagrożeniem przemocą u dużej grupy pacjentów sądowych z historią przemocą może być zastosowanie kompleksowej konceptualizacji, w której zwraca się uwagę na konieczność analizy różnorodnych funkcji, jakie spełnia agresywne zachowanie u konkretnego sprawcy (Daffern, Howells, Ogloff, 2007). Model *risk-need-responsivity* (ryzyko-potrzeba-reagowanie), jeden z najbardziej powszechnych modeli postępowania ze sprawcami szczególnie niebezpiecznymi, uwzględnia w zasadzie *need* (potrzeba) – konieczność odwołania się do tzw. potrzeb kryminogennych, które mogą leżeć u podłoża decyzji o zastosowaniu przemocą (Andrews, 2012).

Kolejnym istotnym obszarem zastosowania konceptualizacji jest grupa sprawców przemocą ujawniających szereg współistniejących zaburzeń, wobec których nie obowiązują standardowe schematy leczenia lub takich, którzy wykazują oporność w leczeniu (Wilson, 1997; Logan, 2014). Ta populacja pacjentów sądowych określanych mianem *long-stay patient* (pacjent długoterminowy) wzbudza coraz większe zainteresowanie organów procesowych, społeczeństwa, mediów i organów odpowiedzialnych za ochronę praw pacjenta i człowieka w związku z rosnącym wyczuleniem społecznym na potencjalne łamanie praw człowieka, m.in. ze względu na przedłużające się, wieloletnie detencje. W grupie tej przeważają sprawcy ciężkich czynów zabronionych (najczęściej z użyciem przemocą), z długą historią czynów przestępczych, przejawiający kompleksową psychopatologię obejmującą poważne zaburzenia psychiczne i współwystępujące głębokie zaburzenia osobowości (głównie z cechami osobowości dysocjalnej), lekooporność, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, tzw. czynniki organiczne oraz deficyty intelektualne (Heitzman, Markiewicz, 2017).

Kompleksowość i różnorodność zagadnień związanych z zagrożeniem przemocą jest tak duża, że konceptualizacja może być podstawowym koordynującym i wyjaśniającym procesem (Hart, Logan, 2011). Stworzenie konceptualizacji może mieć kluczowe znaczenie wobec pacjentów, którzy prezentują rzadką, osobliwą psychopatologię wykraczającą poza granice kryteriów diagnostycznych. Taka sytuacja wymaga odejścia od standardowych metod leczenia oraz technokratycznego zastosowania kryteriów diagnostycznych, a w zamian zastosowania zindywidualizowanego podejścia opartego na konceptualizacji (Sturmeij, 2009).

Nie bez znaczenia jest też podwyższona odpowiedzialność zawodowa i ciężar społeczny w przypadku podejmowania decyzji wobec pacjentów w systemie psychiatrii sądowej. O ile błąd w postaci błędnej konceptualizacji w przypadku np. osoby z fobią społeczną korzystającej w warunkach wolnościowych z psychoterapii, skutkujący wyborem nieefektywnych form leczenia, może nieść za sobą relatywnie małe konsekwencje dla niewielkiej grupy osób, o tyle błędna konceptualizacja, skutkująca doborem złych form leczenia dla pacjenta z historią przemocą, może pociągać za sobą ogromne następstwa dla potencjalnie dużej grupy osób (Hart, Logan, 2011). W praktyce psychiatrii sądowej może istnieć potrzeba położenia nacisku na bardziej kompleksowe, zindywidualizowane i kontekstualne zrozumienie warunków problemów danej osoby. Wydaje się, że odpowiedzialność na niedostatki tradycyjnie stosowanych metod ustrukturyzowanych i psychometrycznych w tym zakresie jest podejście oparte na tworzeniu konceptualizacji (Delle-Vergini, Day, 2016).

W ramach prognozowania i monitorowania ryzyka przemyca kryminalnej najbardziej rekomendowanym podejściem jest obecnie SPJ (*Structured Professional Judgement*), co znalazło swoje odzwierciedlenie w najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego EPA (Völlm et al., 2018). Autorzy wytycznych wyraźnie wskazują na zasadność stosowania w praktyce psychiatrii sądowej narzędzi do oceny, monitorowania i zarządzania zagrożeniem przemyca zgodnych z nurtem SPJ, takich jak HCR-20 czy SAPROF. Konceptualizacja przemyca jest jednym z najważniejszych etapów procedury oceny ryzyka przemyca w nurcie SPJ, w trakcie którego zastosowanie mają przede wszystkim uznane teorie psychologiczne i psychokryminologiczne. Etap ten jest swoistym łącznikiem pomiędzy oceną obecności i istotności czynników ryzyka przemyca a tworzeniem scenariuszy zagrożenia oraz planów zarządzania zagrożeniem przemyca u danego sprawcy (Hart, Sturmey, Logan, McMurrin, 2011) czy też, jak wskazują Logan i Johnstone (2010; patrz: rys. 1), konceptualizacja jest umiejscowiona między dwoma etapami: oceną zagrożenia a zarządzaniem zagrożeniem.

Etap konceptualizacji skupiony na potrzebach kryminogennych (Andrews, 2012) wymaga dokładnej analizy dokonanego czynu. W niniejszym artykule, w ramach postulowanej w literaturze otwartości na koncepcje integrujące i eklektyczne, autorzy postanowili odnieść się do teorii psychologiczno-kryminologicznych pozwalających dokonać zgodnej ze standardami naukowymi konceptualizacji czynu zabronionego opartego na przemyca. Odwołanie do empirycznie uzasadnionej psychospołecznej teorii zachowań przemycających jest warunkiem spełnienia jednego z istotnych kryteriów konceptualizacji – jej zgodności zewnętrznej (Hart et al., 2011). Wszystkie pozostałe kryteria przytoczono na rys. 2. Hart i in. (2011) określają je jako „listę kontrolną” konceptualizacji (*the formulation checklist*). Cytowani autorzy podkreślają, że dopiero ich uwzględnienie nadaje temu procesowi naukowy charakter.

Konceptualizacja, mocno osadzona w jednej z najważniejszych zasad nurtu SPJ (*Structured Professional Judgement*), tj. transparentności, pozwala na przejrzyste, oparte na dowodach i dostosowane do odbiorcy wyjaśnienie mechanizmu doboru zastosowanych wobec danego sprawcy oddziaływań leczniczo-resocjalizacyjnych. Transparentność w tworzeniu konceptualizacji ma praktyczny walor komunikacyjny pomiędzy wszystkimi podmiotami biorącymi udział w postępowaniu sądowym. Umożliwia dostęp do procesu myślowego, który stał za określonymi wnioskami biegłego. Uwzględnienie wymienionych na rys. 2 zasad tworzenia konceptualizacji: prostota (*simplicity*), oparcie na faktach (*factual foundation*), szerokie spektrum wyjaśnienia (*explanatory breath*), narracyjny charakter (*narrative*) oraz dopuszczalność (*acceptability*; Hart et al., 2011) umożliwia

wszystkim uczestnikom postępowania przeprowadzenie swoistej kontroli jej jakości.

Wybrane koncepcje psychokryminologiczne wyjaśniające zachowania zabronione

Z uwagi na ograniczone ramy niniejszego opracowania zdecydowano o szerszym omówieniu dwóch stosunkowo najczęściej pojawiających się w literaturze i rewidowanych empirycznie modeli: ekonomicznej teorii przemyca Beckera oraz ogólnego modelu agresji.

Ekonomiczna teoria przemyca Beckera

Gary Becker (1974) poddał w wątpliwość powszechnie na gruncie psychologii i kryminologii poglądy na temat braku umiejętności racjonalnej oceny rzeczywistości przez sprawców przemyca. Zgodnie z przedstawioną przez autora teorią racjonalnego wyboru przemycaństwo należałoby raczej traktować jako akt racjonalny występujący w sytuacji, gdy oczekiwana przez jednostkę korzyść z zachowania przewyższy oczekiwane koszty i straty w przypadku wykrycia i skazania. Wyjaśnienie jednostkowej skłonności do ujawniania zachowań sprzecznych z prawem jest zatem możliwe po rozpatrzeniu kosztów alternatywnych, skłonności do ryzyka oraz indywidualnej percepcji kary (Florczak, 2012). Potencjalnego sprawcę przemycaństwa można w konsekwencji scharakteryzować jako osobę dostrzegającą wysokie korzyści z czynu zabronionego, uznającą grożącą jej karę za niską, a przy tym wysoce skłonną do ryzyka (Becker, 1974). Ekonomiczna koncepcja przemycaństwa kieruje także uwagę na instytucjonalne uwarunkowania przemycaństwa – w tym na ich funkcję prewencyjną. Dostarczone przez jej autora i jego następców (np. Kahneman i Tversky, 1992) wyjaśnienia mogą być niezwykle użyteczne dla twórców polityki karnej. Becker (1974) zaznacza chociażby, że zaburzeni psychicznie, impulsywni i młodzi przemyca będa prawdopodobnie w znacznie mniejszym stopniu rozważać przyszłe konsekwencje swoich zachowań. W efekcie wzrost prawdopodobieństwa i dotkliwosci kary nie spełni w ich przypadku funkcji odstraszającej (van Velthoven, van Wijck, 2016). Bardziej racjonalnym czy ekonomicznym z punktu widzenia polityki państwa rozwiązaniem w stosunku do tego rodzaju sprawców będa, zamiast surowego karania, podejmowanie oddziaływań terapeutycznych. Koszty zastosowania wobec nich kary bezwzględnej pozbawienia wolności przewyższą bowiem zyski płynące z redukcji społecznych szkód spowodowanych przemycaństwami. Podobne stanowisko reprezentują Kahneman i Tversky (1992) w swojej kumulacyjnej teorii perspektywy (*Cumulative Prospect Theory*). Zdaniem autorów sprawcy zazwyczaj nie mają

dostępu do rzetelnej informacji o prawdopodobieństwie skazania, a korzyści i straty płynące z przestępstwa oceniają subiektywnie w odniesieniu do obranego punktu referencyjnego. Gummerum, Hanoach i Pachur (2010) potwierdzili w swoich badaniach z udziałem osadzonych, że w obszarze percypowanych strat wykazują oni wyższą tendencję do ryzyka niż osoby niekarane. Prawdopodobnie, zgodnie z twierdzeniami Beckera (1974), ich wrażliwość na zaostrenie sankcji karnych będzie znikoma. Archer i Southall (2009) analizowali z kolei prawdopodobieństwo agresywnych zachowań w grupie więźniów w kontekście prezentowanego przez nich stopnia samokontroli oraz percypowanych korzyści ataku fizycznego czy zastraszania. W analizach brano pod uwagę także posturę (muskulaturę, wzrost) i siłę fizyczną osadzonego. Dostrzeżono, że związek pomiędzy samokontrolą a kosztami i korzyściami ze stosowania agresji może być moderowany przez budowę fizyczną więźnia. Samokontrola stanowiła główny predyktor fizycznej napaści u osadzonych lepiej zbudowanych, zaś wielkość korzyści była decydująca w grupie więźniów o drobniejszej budowie (Archer i Southall, 2009). Potwierdzono zatem, że różnice indywidualne w zakresie agresji fizycznej należy wyjaśniać w odwołaniu do nasilenia samokontroli jednostki. Bardziej prawdopodobne wydaje się ponadto, że u podstaw agresywnego zachowania leżą zarówno automatyczne, jak i kontrolowane (racjonalne) procesy decyzyjne.

Ogólny model agresji (*The General Aggression Model, GAM*)

GAM stanowi przykład kompleksowego, a jednocześnie ekonomicznego modelu wyjaśniającego uwarunkowania zarówno pojedynczego aktu agresywnego, jak i agresywnych tendencji. Uwzględnia bowiem podłoże biologiczne, proces rozwoju osobowości, procesy społeczne, podstawowe procesy poznawcze w perspektywie krótko- i długoterminowej oraz procesy decyzyjne sprawcy (DeWalla, Anderson, Bushman, 2011). Uwydatnia w konsekwencji złożony i polimotywacyjny charakter agresywnego zachowania. Dostarcza hipotez niezbędnych do wskazania najbardziej prawdopodobnej przyczyny konkretnego zachowania sprawcy agresji. Umożliwia także ustalenie zależnego od biologiczno-osobowościowych i sytuacyjnych czynników cyklu agresji oraz przewidzenie ewentualnej jej eskalacji. Zgodnie z GAM aktualny stan wewnętrzny sprawcy (wypadkowa procesów poznawczych, pobudzenia i dominującego afektu) wpływa na wyniki dokonywanych ocen i podejmowania decyzji, co skutkuje zachowaniem impulsywnym bądź refleksyjnym (rys. 3).

Przegląd wyników analiz w oparciu o GAM, przeprowadzony przez DeWalla, Andersona i Bushmana (2011),

pozwała na wyciągnięcie kilku ważnych wniosków co do jego wysokiej użyteczności w praktyce kliniczno-sądowej w następujących obszarach:

- a) wyjaśniania agresji, jak i przemocy,
- b) uwarunkowań przemocy wobec nieznajomych oraz partnerskiej (*Intimate partner violence, IPV*),
- c) powiązań pomiędzy zmianami w środowisku fizycznym (np. zmiana klimatu) a wzrostem przemocy,
- d) zrozumienia przyczyn przemocy międzygrupowej oraz aktów samobójczych,
- e) wyjaśniania zachowań bez udziału przemocy.

Z punktu widzenia niniejszego artykułu za jeden z istotniejszych obszarów zastosowania GAM można uznać zarządzanie ryzykiem przemocy w warunkach instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych. DeWalla i in. (2011) proponują, by w procesie planowania interwencji wobec sprawcy czynów o charakterze przemocy przeanalizować ujawniane przez niego zachowania w oparciu o cztery wymiary uwzględnione w GAM (rys. 4).

W kontekście opisanej wyżej podwyższonej odpowiedzialności zawodowej w przypadku podejmowania decyzji wobec pacjentów w systemie psychiatrii sądowej (por. Hart, Logan, 2011) zaprezentowane tu kompleksowe, zindywidualizowane i kontekstualne ujęcie uwarunkowań przemocy wydaje się niezwykle użyteczne.

Wnioski

Praktyka konceptualizacji w psychologii i psychiatrii sądowej odnosząca się w dużej mierze do sprawców przemocy wciąż nie ma wypracowanego zunifikowanego formatu. W literaturze wskazuje się na korzyści wynikające z odniesienia się do teorii integrujących i eklektycznych. W związku z tym w trakcie tworzenia konceptualizacji warto rozważyć teorie i modele psychokryminologiczne pozwalające na dokonanie konceptualizacji ukierunkowanej na sam czyn zabroniony, który wystąpił w przeszłości. Dokładna konceptualizacja może okazać się przydatną procedurą stosowaną na różnych etapach postępowania ze sprawcą przemocy, wobec którego rozważa się kwestie związane z art. 31 kk oraz wobec którego istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo, że zostanie umieszczony w systemie psychiatrii sądowej. Po pierwsze, konceptualizacja może być etapem procesu diagnostycznego, stanowiąc uzupełnienie diagnozy procesów motywacyjnych lub jej wyspecjalizowaną formę. Po drugie, konceptualizacja może pozwolić na identyfikację tzw. potrzeb kryminogennych sprawcy i określenie funkcji, jakie niosło za sobą agresywne zachowanie. Dotarcie do potrzeb kryminogennych i funkcji agresji ma docelowo pomóc w wyborze i stworzeniu zindywidualizowanego, nastawionego na potrzeby sprawcy programu terapeutycznego. Po trzecie, głęboki sens konceptualizacji ujawnia się w związku z reformą kodeksu

karnego z lipca 2015 r. Rozszerzenie katalogu środków zabezpieczających z przeniesieniem akcentu na środki nieizolacyjne realizowane poza oddziałami psychiatrii sądowej oznacza zwiększoną rolę psychiatrów i psychologów w prognozowaniu ponownego popełnienia czynów zabronionych. Konceptualizacja w tym kontekście wydaje się procedurą znacznie ułatwiającą sformułowanie trafnej i rzetelnej prognozy informującej zainteresowane podmioty o potencjalnych zagrożeniach, które należy minimalizować. Wskazane jest upowszechnienie konceptualizacji w praktyce psychologów i psychiatrów sądowych oraz podjęcie badań pozwalających na ewaluację wpływu tworzonych konceptualizacji na efekt terapeutyczny.