

Praca z przestępcami: trudności związane z programem zdrowienia

Eluned Dorkins, Gwen Adshead

Adv. Psychiatr. Treat. 2011, 17:178-187

Obecnie w psychiatrii sądowej, podobnie jak w psychiatrii ogólnej, opracowywane są podejścia ukierunkowane na proces zdrowienia. Są to pożądane kierunki rozwoju, które oferują nowe sposoby pracy z wykluczoną społecznie grupą chorych. Teoretyczne podstawy pojęcia zdrowienia, wraz z jego indywidualistycznymi i humanistycznymi konotacjami, mogą wiązać się z trudnościami w wyrażaniu unikalnych problemów osób przebywających w ośrodkach psychiatrii sądowej. W tym artykule opisano te problemy i zaproponowano trzecią drogę myślenia, która łączy ze sobą program zdrowienia (opierający się na doszukiwaniu się w ludziach ich najlepszych cech) z programem opieki nad sprawcami przestępstw (który musi uwzględniać najgorsze strony człowieka). Zaproponowano wykorzystanie „podejścia narracyjnego”, w którym przestępstwa i okrucieństwo popełniane przez pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej są traktowane jako element ich osobistej historii. Wyraźnie oparto się przy tym na pracy Dana McAdamsa i jego koncepcji „narracji odkupienia”.

Kampania Stowarzyszenia Fair Deal wzywa do „spójnej polityki opartej na praktyce zorientowanej na zdrowienie”.¹ W różnych ośrodkach w Wielkiej Brytanii podjęto już wiele dobrze przygotowanych inicjatyw opartych na koncepcji zdrowienia.² Podejście oparte na zdrowieniu ma również ogromną potencjalną wartość w przypadku ośrodków psychiatrii sądowej, co opisano poniżej. Autorzy sugerują jednak, że problemy osób przebywających w ośrodkach psychiatrii sądowej są wyjątkowe i stwarzają trudności dla obowiązujących obecnie programów zdrowienia. Zwrócono szczególną uwagę na pytanie, czy i w jaki sposób modele oparte na zdrowieniu mogą uwzględniać antyspołeczne wartości i przekonania sprawców przestępstw czynów zabronionych. Autorzy przedstawili z własnej praktyki klinicznej przykłady szczególnie złożonych sytuacji. Nie starali się krytykować programów zdrowienia jako takich ani dewaluować pomocnych inicjatyw. Sformułowali raczej pytania i zaoferowali rozwiązania problemów na podstawie teorii indywidualnej tożsamości przybierającej formę narracji życiowej.

Czym jest zdrowienie?

Pojęcie „zdrowienia” wykorzystywane w ośrodkach zdrowia psychicznego obejmuje różne podejścia mające na celu zmianę równowagi władzy i priorytetów między personelem i osobami korzystającymi z opieki. Szeroko akceptowana

jest definicja indywidualnego zdrowienia Williama Anthony’ego:³

„Zdrowienie jest głęboko osobistym, wyjątkowym procesem zmiany postawy, wartości, uczuć, celów, umiejętności lub ról. Oznacza możliwość prowadzenia życia satysfakcjonującego, pełnego nadziei i sensu, nawet w obliczu ograniczeń powodowanych przez chorobę. Proces zdrowienia obejmuje kształtowanie nowych znaczeń i celów życiowych, w miarę wychodzenia poza katastroficzne konsekwencje choroby psychicznej.”

Podstawowe znaczenie ma rozróżnienie między zdrowieniem klinicznym i zdrowieniem osobowym.⁴ To pierwsze pojęcie, w swojej najprostszej postaci, jest zgodne z tradycyjną koncepcją zdrowienia opartą na naukach biologicznych i oznacza zauważalny wynik lub stan, oceniany przez klinicystów – taki sam dla wszystkich osób. W przeciwieństwie do tego własne zdrowienie rozumie się jako „podróż w głąb życia, a nie jako wynik do osiągnięcia”. Pojęcie to może nakładać się na pojęcie zdrowienia klinicznego, jednak nie jest jego synonimem. Z definicji zdrowienie osobowe obejmuje bardziej różnorodną i stale zmieniającą się aktywność. Dlatego jego operacjonalizacja jest trudna, chociaż nie niemożliwa.

Przekonywano, że zdrowienie osobowe, a nie tylko kliniczne, powinno oznaczać zaprzestanie korzystania z pomocy ośrodków zdrowia psychicznego, ponieważ w tym procesie kładzie się nacisk na indywidualne wartości i relacje, a także dominację postrzegania siebie jako człowieka nad postrze-

Eluned Dorkins, konsultant psychiatrii sądowej, Langdon Hospital, Dawlish, Wielka Brytania.

Gwen Adshead, konsultant psychoterapeuta sądowy, Broadmoor Hospital, Crowthorne, Wielka Brytania.

Adres do korespondencji: Eluned Dorkins, Consultant Forensic Psychiatrist, Langdon Hospital, Exeter Road, Dawlish EX7 0NR, Wielka Brytania, e-mail: eluned.dorkins@nhs.net. Konflikt interesów: brak

ganiem siebie jako pacjenta. W konsekwencji w ośrodkach zdrowia psychicznego nie wykorzystuje się jednego modelu zdrowienia. Mamy raczej do czynienia z wielością ośrodków zorientowanych na zdrowienie, które oferują „zestaw postaw i wartości praktykowanych przez doświadczonych lekarzy zajmujących się zdrowiem psychicznym.”⁴

Zdrowienie w psychiatrii sądowej

Modele zdrowienia potencjalnie mogą mieć rzeczywistą wartość w ośrodkach psychiatrii sądowej. Na przebywających tam pacjentach przeważnie ciąży karb bardzo niekorzystnych uwarunkowań społecznych oraz wykorzystywania w okresie dzieciństwa, które nierzadko przybierało skrajne formy. Często mają niewiele doświadczeń związanych z prowadzeniem autonomicznego życia, ponieważ przez cały czas przebywali w różnych „placówkach opiekuńczych”. Charakteryzuje ich gorszy stan zdrowia i większa częstość samobójstw w porównaniu z pozostałymi osobami korzystającymi z psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Co gorsza, często są wykluczani nie tylko ze swojej społeczności, ale również z własnych rodzin, wskutek czego doświadczają przedłużonej izolacji społecznej.

NARZĘDZIA WSPARCIA OPARTE NA KONCEPCJI ZDROWIENIA

Ośrodki psychiatrii sądowej już wykorzystują narzędzia wsparcia oparte na koncepcji zdrowienia. Przykładem jest Wellness Recovery Action Plan (WRAP),⁵ który skupia się na tym, „co podtrzymuje dobre samopoczucie”, podkreślając takie pozycje, jak systemy wsparcia, sposoby radzenia sobie i samodzielnego leczenia, a także czynniki silniej związane z chorobą, w tym czynniki wyzwalające. Drugim przykładem jest Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM),⁶ kwestionariusz samooceny opracowany w Stanach Zjednoczonych na podstawie dokonanej przez użytkownika opieki oceny własnego procesu zdrowienia.

Z punktu widzenia psychiatrii sądowej wyjątkową cechą procesu zdrowienia jest konieczność uwzględnienia nie tylko poprawy samopoczucia, ale również „poprawy zachowania”. Stanowi to aspekt moralny, a nie tylko kliniczny.⁷ Na przykład psycholodzy pracujący ze sprawcami przestępstw seksualnych wykorzystują w swoich narzędziach elementy psychologii pozytywnej, takie jak model „dobrego życia” w rehabilitacji sprawców przestępstw.^{8,9} Model ten wykracza poza przestępczość, podkreślając znaczenie cech niezbędnych do prowadzenia dobrego i satysfakcjonującego życia, a szczególnie poglądu, że możliwe jest zaprzestanie popełniania przestępstw.

MODELE ZDROWIENIA W PRAKTYCE

Osoby pracujące w ośrodkach psychiatrii sądowej zastanawiały się nad możliwością wykorzystywania modeli zdrowienia. Niektórzy argumentowali, że społeczne wykluczenie

wielu pacjentów tych ośrodków jest uzasadnione ze społecznego punktu widzenia i że w społeczeństwach niechętnych ryzyku osoby wykluczone społecznie nie mają żadnych szans.¹⁰ Sugerowali, że istnieje „wewnętrzna sprzeczność” między wspieraniem wyboru pacjenta a jednoczesnym dążeniem do detencji z powodu dokonanych wcześniej społecznych wyborów. Są również osoby, które kwestionują jakiegokolwiek zastosowanie pojęcia „zdrowienie” w ośrodkach sądowych.^{11,12}

Wydaje się, że są cztery obszary, w których model zdrowienia napotyka na wyjątkowe trudności w odniesieniu do potrzeb osób przebywających w ośrodkach psychiatrii sądowej. Są to:

- wartości i tożsamość osób przebywających w ośrodkach sądowych,
- wykluczenie społeczne będące reakcją społeczeństwa na traumę i przemoc,
- wzmacnianie osób, które nadużywają władzy i nie szanują wyborów innych osób,
- brak nadziei i identyfikowanie się z rolą przestępcy.

Niewątpliwie występują zależności między tymi obszarami a czterema domenami zdrowienia:⁴

- Nadzieja – co się ze mną stanie?
- Tożsamość – kim jestem?
- Znaczenie – co się zdarzyło i co to dla mnie znaczy?
- Osobista odpowiedzialność – co mogę zrobić?

WARTOŚCI, KTÓRYM HOŁDUJĄ OSOBY PRZEBYWAJĄCE W OŚRODKACH PSYCHIATRII SĄDOWEJ

Osoby przebywające w ośrodkach psychiatrii sądowej są heterogenną grupą, ponieważ definiuje je reakcja otoczenia. Rzadko można postawić u nich tylko jedno rozpoznanie, szczególnie u tych, u których zasądzono stały środek zabezpieczający.¹³ Do ośrodków sądowych kierowane są osoby, które budzą strach u innych lub z którymi nie można sobie poradzić w innych warunkach. Źródłem lęku są ich interakcje z innymi lub dokonane w przeszłości akty przemocy bądź też obydwa te czynniki. Być może personel innych ośrodków ochrony zdrowia (na oddziałach szpitalnych lub w więzieniach) nie mógł sobie z nimi poradzić, ponieważ atakowali opiekunów, innych pacjentów lub przejawiali zachowania autoagresywne. Większość osób przebywających w ośrodkach sądowych charakteryzuje się wyraźnie aspołecznym stylem życia i zachowaniem. Z humanistycznego punktu widzenia osoby te „nie współgrają z innymi”, co może być ich jedyną wspólną cechą.

Strategiczne artykuły dotyczące zdrowienia kładą duży nacisk na znaczenie podzielenia tych samych wartości przez użytkowników opieki i osób zapewniających tę opiekę. Odwołują się do „wspólnych znaczeń” uważanych za „mediatory procesu zdrowienia”.¹⁴ Jeżeli zauważa się możliwość konfliktu wartości tych dwóch stron,⁴ sugeruje się, że lekarze powinni

szanować wartości pacjentów. Autorom artykułu nie udało się znaleźć otwartej dyskusji na temat tego, jak należy postępować i pracować z osobami wyznającymi wartości społeczne i podważającymi dobrostan innych osób, jak czyni to (fikcyjny) Henry opisany w ramce 1.

W niektórych modelach zdrowienia zakłada się, że wszyscy pacjenci chcieliby być obywatelami.⁴ Te założenia podważają osoby, które wyraźnie „wybierają” system wartości, który nie tylko różni się od systemu wartości lekarzy, ale również jest głęboko społeczny i prowadzi do ataków na system wartości społecznych społeczeństwa, z którego się wywodzą. Postępowanie karne doprowadziło do umieszczenia wielu osób w ośrodkach psychiatrii sądowej, co oznacza społeczne potępienie za antyspołeczne zamiary i wartości. Psychiatrizy jako obywatele są zobligowani do zaakceptowania tego faktu, a ponadto mogą zgadzać się z nim osobiście.

Trwa intensywna dyskusja, czy okrutne i niezwykle postawy należy traktować jako wynikające z choroby i niesprawności. Nie ma tutaj miejsca na pełne omówienie kwestii, czy nowe wymiarowe rozumienie patologii, które może zdominować systemy diagnostyczne w przyszłości, będzie obejmować występkę i niebezpieczne przekonania.¹⁵ Ten dylemat wykracza poza prostą dychotomię „szalony czy zły”, gdzie bycie szalonym oznacza możliwość uzyskania pomocy terapeutycznej, zaś bycie złym nie warunkuje takiej możliwości. Ośrodki psychiatrii sądowej zawsze zapewniają możliwość pomocy psychologicznej dla przestępców, ukierunkowanej na zachowania przestępcze i ich stan psychiczny. Musi to jednak w pewnym stopniu oznaczać, że psychiatrizy próbują zmienić wartości pacjenta, a nie je uszanować.

Biorąc pod uwagę złożony charakter dyskusji, nie dziwi, że poglądy psychiatrów często się różnią, szczególnie w kwestii problemów wywołujących lęk, np. ryzyka zrobienia krzywdy innym. Nierzadko osoba przebywająca w ośrodku sądowym ocenia to ryzyko inaczej niż lekarze. Przeważnie jednak przynajmniej jedna osoba zgadza się z oceną pacjenta, często pozostając w sprzeczności ze zdaniem innych współpracowników. W ośrodkach sądowych często dochodzi do rozdzwieńców w zespołach i między zespołami (jak na przykładzie opisanym w ramce 2)¹⁶ i nie zawsze jest jasne, czy „obrońca” jest osobą rzeczywiście wspierającą pacjenta, naiwniakiem, czy sam jest sprawcą przemocy w społeczeństwie.

W końcu, mamy również do czynienia z problemem autonomii i ryzyka. Pacjentom przebywającym w ośrodkach sądowych nie zawsze pozwala się na określanie ryzyka i podejmowanie działań zgodnych z tą oceną. Ich własna ocena ryzyka nie zawsze jest stawiana na pierwszym planie, a klinicyści, którzy w pierwszej kolejności biorą ją pod uwagę, mogą być postrzegani jako naiwni lub lekkomyślni. W sytuacjach, w których brano pod uwagę zdanie pacjenta i stawiano je na pierwszym planie, a następnie dochodziło do nieszczęścia, krytykowani byli klinicyści, którzy próbowali szanować autonomię pacjentów.^{17,18}

Ramka 1

Przekraczanie granic innych osób

Henry uwodzi pielęgniarki i zachęca je do złamania zawodowych zasad. Próbuje wykorzystywać ich dobre serce i skarży się, kiedy zachowują granice. Z jego punktu widzenia osoby przestrzegające reguł społecznych (jak personel czy inni pacjenci) można wykorzystać. Zgodnie z koncepcją zdrowienia można zapytać, czy ten sposób widzenia ulega zmianie lub, czy Henry „kształtuje znaczące i satysfakcjonujące życie, zgodnie z własnym rozumieniem”, zamiast, czy nadal występują u niego jakieś objawy lub problemy? Henry w przeszłości przekraczał granice seksualne w relacjach z personelem, a jedna z jego kobiet stała się później ofiarą przemocy z jego strony.

Ramka 2

Rozbieżności między zespołami

Mężczyzna jest przetrzymywany na oddziale w ramach środka zabezpieczającego, ponieważ wysyłał do innych obraźliwe i przerażające maile. Zespół terapeutyczny sądzi, że stan pacjenta jest coraz lepszy, a jego zachowanie postrzega jako konsekwencję napięcia wynikającego z tego, że był ofiarą wykorzystywania w dzieciństwie. Pacjent zgadza się z takim podejściem, które jednocześnie pozawala mu czuć się zrozumianym. Konsultujący zespół, który wydał drugą opinię, zaobserwował jednak, że mężczyzna nadal wysyła obraźliwe maile z oddziału, co nie jest omawiane z nim podczas leczenia. Zespół terapeutyczny był wzburzony opinią, że pacjent nadal jest niebezpieczny. Natomiast zespół konsultujący miał wrażenie, że jego uwagi nie zostały wysłuchane ani nie spotkały się ze zrozumieniem.

Ramka 3

Niechciany powrót

Pacjent nie może wrócić do domu, ponieważ „społeczność” go nie chce. Szczególnie rodzina jego ofiary (którą zabił 20 lat wcześniej) nie może pogodzić się z propozycją skierowania pacjenta na oddziału rehabilitacyjnego w pobliżu jego rodziny i osób, z którymi utrzymuje kontakty społeczne. Dlaczego poglądy rodziny jego ofiary miałyby przeważać? Czy jeżeli sprawca poszedłby do więzienia, doszłoby do tego dylematu?

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE: SPOŁECZEŃSTWO WYKLUCZONEGO

Wykluczenie społecznie osób leczonych na oddziałach sądowych ma wiele różnych przyczyn.¹⁰ Podstawowym celem procesu zdrowienia jest „możliwość przyjmowania znaczących i satysfakcjonujących ról społecznych w lokalnej społeczności”.¹⁴ Opiera się to na następujących założeniach: a) społeczeństwo chce cię zasymilować i b) jeżeli twoje myślenie jest „właściwe”, zostaniesz zasymilowany. Wiele społeczeństw nie chce resocjalizacji sprawców przemocy (ramka 3).

Większość piśmiennictwa na temat zdrowienia wydaje się zajmować kwestią zdrowienia z chorób psychicznych, takich jak schizofrenia, na równi ze zdrowieniem z innych przewlekłych

Ramka 4

Problemy wynikające z punktu widzenia użytkownika opieki

Trzy lata temu Henry zamordował swoją partnerkę i jej dzieci z poprzedniego związku. Morderstwo było brutalne i wiązało się z seksualnym zbezczeszczeniem zwłok. W czasie popełnienia tej zbrodni Henry nie przejawiał jawnych objawów choroby psychicznej, jednak, co nie takie rzadkie w takich przypadkach, dziwny charakter zbrodni i zła opinia publiczna doprowadziły do umieszczenia go w zakładzie psychiatrii sądowej. Henry nie akceptował tego, że może mieć jakiegokolwiek problemy. Przyznawał, że czyn, którego się dopuścił, był zły, ale uważa, że „zostawił to wszystko za sobą”. Na oddziale zachowywał się jak członek personelu i odmawiał zaangażowania się w terapię, podczas której omawiane byłyby jego czyny. Nawet zakładając, że Henry podświadomie przeżywa wstyd i napięcie, dochodzi do realnej rozbieżności planów i wartości. Henry nie chce być pacjentem. Systematycznie utrzymuje, że jego punkt widzenia dotyczący własnych potrzeb jest równie dobry jak punkt widzenia lekarzy.

zaburzeń psychotycznych, nawet jeżeli uznano je za „transdiagnostyczne”.⁴ Możliwe, że ciągle pozostaje wiele do zrobienia w kwestii jak najlepszego wykorzystania modeli zdrowienia do zaburzeń osobowości, które lepiej jest postrzegać jako pewnego rodzaju niesprawność niż chorobę.¹⁹ Nawet jeżeli spotyka się pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej, którzy raz popełnili przestępstwo z pobudek psychotycznych, to stanowią oni mniejszość (i mimo to są wykluczani ze społeczności, z których się wywodzą, ze względu na okropieństwo lub dziwny charakter popełnionych przestępstw). Najczęściej objawy psychotyczne dobrze reagują na leczenie, ale proces „zdrowienia” ujawnia aspołeczny światopogląd. W modelu zdrowienia Slade’a nacisk położono na własną odpowiedzialność pacjenta za chorobę i jej leczenie. Ciągle jednak nie do końca wiadomo, w jaki sposób przełożyć to na osoby, które wzbraniają się przed wzięciem odpowiedzialności nie tylko za objawy choroby, ale również za swoje funkcjonowanie społeczne.

Pacjenci oddziałów sądowych są wykluczani ze społeczeństwa, a zatem podtrzymywanie u nich nadziei może stanowić szczególne wyzwanie. Może stwarzać trudności pacjentom i personelowi oddziałów sądowych, szczególnie jeżeli przebywają w nich mordercy lub sprawcy przestępstw seksualnych. Czyny te w fundamentalny sposób zmieniają tożsamość. Trzeba dążyć do zachowania równowagi między adekwatną nadzieją na to, co jest możliwe, a uznaniem żalu za tym, co możliwe już nie jest. Psychiatrom trudno jest tolerować i usankcjonować poczucie beznadziejności, żalu i wyrzutów sumienia.

UMACNIANIE A GRANICE ZAWODOWE

Granice zawodowe pomagają w kształtowaniu tożsamości zawodowej, która może być zasadniczo różna od tożsamości związanej z byciem pacjentem. Chroni to użytkownika opieki i lekarza, a także tworzy przestrzeń terapeutyczną bezpieczną dla osoby, która w okresie zdrowienia charakteryzuje się szczególnie wrażliwością. Większość modeli zdrowienia promuje jed-

nak złagodzenie hierarchicznych granic między użytkownikami opieki a lekarzami. Zgodnie z tym stanowiskiem pacjent jest „ekspertem”, a jego postrzeganie swojej choroby, leczenia i rokowania jest równie dobre lub nawet lepsze od tego, co sądzą psychiatrzy. W typowych placówkach zdrowia psychicznego, takie podejście jest wartościowe i konstruktywne. Jest ono jednak problematyczne w ośrodkach psychiatrii sądowej, gdzie wymagania społeczne czynią punkt widzenia lekarzy dominującym w dyskursie, ponieważ poglądy użytkowników opieki są nierealne, aspołeczne i wskutek tego ryzykowne (ramka 4).

Niektórzy mogą postrzegać stanowisko Henry’ego jako pozytywne i ukierunkowane na przyszłość; można również uznać, że przejawia on narcystyczny lęk przed ujawnieniem swoich potrzeb i zgodnie z tym dewaluuje próby pomocy ze strony personelu. Jest nieprawdopodobne, aby ministerstwo sprawiedliwości, czy inny pośredniczący organ zwolniły Henry’ego, dopóki nie dokona rozrachunku z tym, co zrobił, co wiązałoby się z okazaniem wyrzutów sumienia i żalu. Henry jednak tego nie chce, dlatego istnieje realne zagrożenie, że będzie nieszczęśliwy, jeżeli to uczyni. Sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana, jeżeli pacjenci, tacy jak Henry, są w bardzo młodym wieku (kiedy ich tożsamość jeszcze się kształtuje i potrzebują autorytetów, żeby psychicznie dorosnąć)²⁰ lub kiedy, podobnie jak Henry, mają ponad 60 lat i nie widzą potrzeby zmiany.

Innym przykładem osłabienia granic zawodowych może być sytuacja, w której lekarze są zachęceni do „znajdowania przykładów z ich własnego „doświadczenia życiowego”... które wzbudzają i wzmacniają nadzieję (użytkownika opieki)”.¹⁴ Nie ma wątpliwości, że subiektywne doświadczenie choroby i zdrowienia może być bardzo skuteczne w rozumieniu i współodczuwaniu doświadczenia bycia pacjentem. Rozsądne samoujawnianie się jest potencjalnie owocnym elementem relacji lekarz-pacjent. Jednak nawet tak niewielkie naruszenie zawodowych granic może mieć reperkusje w pracy z pacjentami ośrodków sądowych. Często pochodzą oni ze środowisk, w których pogwałcenie granic jest sposobem życia. Mogą również traktować ujawnienia informacji o sobie jako słabość, którą można wykorzystać. Osobom przestrzegającym reguł społecznych, takim jak lekarze zajmujący się zdrowiem psychicznym, często trudno uwierzyć lub zaakceptować, że są ludzie, którzy nie postrzegają świata w podobny sposób. Wielu pacjentów ośrodków sądowych jest znanych z tego, że wykorzystuje prospołeczne postawy innych osób. Poważne pogwałcenie granic zawodowych często zaczyna się od całkiem niewielkiego złamania granic, przeważnie w dziedzinie ujawniania wiedzy o sobie.²¹

Uczciwsze i bardziej pomocne może być stwierdzenie: „Nie wiem, jak to jest być tobą lub zrobić to, co ty zrobiłeś, ale będę próbować słuchać i zrozumieć. Nie wiem, czy twoja sytuacja może się zmienić, ale mam nadzieję, że może.” Warto zauważyć, że to lekarz, a nie pacjent jest osobą podtrzymującą nadzieję.

W końcu, to nierównowaga zależności między lekarzem i pacjentem może być podstawowym elementem procesu zdro-

wienia. Bycie zależnym od innych i ograniczonym promuje autonomię w takim samym stopniu, jak bycie traktowanym na równi. Potrzebne jest elastyczne zaangażowanie, które szanuje potrzebę bycia zależnym, a także potrzebę dzielenia kontroli z ekspertem. Jest to inne rozumienie autonomii, zgodnie z którym dokonywanie wyborów i podejmowanie decyzji jest zakorzenione w sieci kontaktów z innymi, a niezależne jedynie od indywidualnego doświadczenia. Stoi to w sprzeczności z szerszą polityką ochrony zdrowia.^{22,23}

NADZIEJA A BRAK NADZIEI

W programie zdrowienia nacisk położono na przewagę nadziei nad pesymizmem i przywrócenie aktywności. W ośrodkach sądowych pacjenci często zmagają się z poczuciem beznadziejności i desperacji, co może częściowo tłumaczyć zwiększoną częstość samobójstw w tej grupie użytkowników opieki. Praca z desperacją i beznadziejnością wymaga dodatkowych zawodowych umiejętności, które nie różnią się od tych wymaganych w ośrodkach opieki paliatywnej, gdzie kładzie się nacisk na aktualną jakość życia.

Ważne jednak, żeby personel poważnie traktował osoby nieszczęśliwe i mające poczucie beznadziejności. Osoby z personelu nie mogą po prostu próbować ignorować tak ważnych uczuć czy pocieszać pacjenta, ponieważ może to u użytkowników opieki prowadzić do poczucia, że nie są wysłuchani ani rozumiani. Personel musi rozumieć, że w przypadku takich pacjentów wysiłek zdrowienia jest związany z próbą poradzenia sobie z tymi uczuciami, kiedy się pojawiają. Czasami ważne jest, aby osoba z personelu dotrzymała towarzystwa pacjentowi zmagającemu się z żałobą po realnych stratach i wydarzeniach, których nie można zmienić. Dotyczy to szczególnie pracy z osobami, które kogoś zabiły. Pacjent musi pogodzić się z tym, że wskutek jego działań świat uległ zmianie i jest to katastrofa, z którą trzeba sobie poradzić, a nie przejść nad nią do porządku dziennego.

Zdarza się również, że pacjenci, jak na przykładzie opisanym w ramce 5, odczuwają nierealistyczną nadzieję. Dobrzy klinicyści muszą znaleźć równowagę między nadzieją a pesymizmem w narracji pacjenta, traktując te uczucia jako rzeczywiste perspektywy, które trzeba potraktować poważnie.

Poważne traktowanie zdrowienia: tożsamość i znaczenie u osób przebywających w oddziałach sądowych

Większość opisów zdrowienia kładzie nacisk na pojęcie indywidualnej tożsamości i zwraca uwagę na osobiste znaczenie doświadczenia choroby. Podejście oparte na zdrowieniu podkreśla, że „język, którym się posługujemy, oraz historie i znaczenia... pełnią ważną rolę jako mediatory procesu zdrowienia”.¹⁴ Ten aspekt zdrowienia jest potencjalnie bardzo pomocny w psychiatrii sądowej. Możliwe, że na tożsamość pacjentów ośrodków sądowych wpływa zarówno ich choroba,

Ramka 5

Nierealistyczne nadzieje użytkowników opieki

Pacjentka, która zabiła swojego ojca, mówi: „Oczywiście, że moja matka będzie chciała, żebym wróciła do domu: to moja matka.” Z jednej strony jej plan opuszczenia szpitala najszybciej, jak to możliwe, i powrotu do domu rodzinnego był całkowicie zrozumiały i podjęty przez osobę w pełni władz umysłowych. Zespół był rozdarty między chęcią wspierania jej planu a prywatnym przekonaniem, że rodzina w chwili obecnej nie będzie chciała w ogóle mieć do czynienia z pacjentką. Osoby z personelu nie były pewne, co powiedzieć pacjentce na temat uczuć członków jej rodziny. Nie czuli się dobrze, kiedy nie mówili jej prawdy, a jednocześnie bardzo niepokoiło się, że pacjentka będzie zmartwiona, jeżeli to zrobią. Niektórzy przedstawiciele personelu przekonywali do poszanowania poufności rodziny, natomiast inni podkreślali obowiązek opieki nad pacjentką i znaczenie uczciwości. Ważne, aby podczas superwizji zespołu członkowie personelu mogli powiedzieć, że czują się winni i obawiają się, że będą się martwić.

jak i popełnione przez nich przestępstwa. Rzadko analizuje się tożsamość z okresu przed popełnieniem przestępstwa.

Poniżej omówiono kształtowanie się tożsamości przestępcy i to, w jaki sposób narracja pacjentów ośrodków sądowych podtrzymuje tę tożsamość. Czasami odtworzenie tożsamości pacjenta przed popełnieniem przestępstwa jest prawie niemożliwe. Pacjenci potrzebują raczej pomocy w odkrywaniu nowej tożsamości, która zawiera w sobie utracone ja i uznaje katastrofę, która zmieniła ich życie oraz jej wpływ na życie innych. Muszą również zaakceptować zagrożenie, jakie stwarzają, i poradzić sobie z tym.

Narracje, opowieści, doświadczenie

Oparte na doświadczeniach narracje kształtują tożsamość, szczególnie w przełomowych momentach życia.²⁴⁻²⁶ Narracje są bardziej sformalizowanymi i ustrukturyzowanymi wersjami opowieści, które od czasów prehistorycznych były elementem kultury człowieka.²⁷

Eagleton²⁸ cytuje Gerarda Genette'a,²⁹ opisując, w jaki sposób są zbudowane narracje: zwracając uwagę na kolejność zdarzeń w tekście lub relacji; sekwencję, w jakiej zdarzenia miały miejsce w rzeczywistości, co można wywnioskować z tekstu; narrację lub „głos”, który aktualnie mówi. Eagleton zwraca uwagę na rozróżnienie Genette'a między „intrygą” a „historią” zdarzeń (które mogą nie być identyczne) oraz między procesem opowiadania historii a tym, co faktycznie zostało opowiedziane. Wspólną cechą narracji jest to, że następuje zburzenie początkowego porządku lub utrata czegoś cennego, jednak na koniec dochodzi do przywrócenia porządku.²⁸ Pojawia się lęk przed utratą, który jednak ustępuje po znalezieniu szczęśliwego zakończenia.

Booker²⁷ porusza temat częstych cech ludzkich historii. Podkreśla znaczenie przemiany: dobra sytuacja zmienia się w coś w rodzaju katastrofy lub zmartwienie, a bohater/bo-

haterka podejmuje działania w celu przywrócenia porządku. W tym procesie dochodzi również do przemiany głównego aktora, przeważnie za pośrednictwem poszukiwań, podróży lub zmagania się z potworem. „Monstrum” może znajdować się we wnętrzu bohatera. Hipoteza Bookera, zgodnie z którą następuje pokonanie monstrum, jest rodzajem egotyizmu zagrożającego spójności społecznej i społeczeństwu. We wszystkich sytuacjach może następować przywrócenie porządku, jednak istnieje różnica polegająca na zmianie spojrzenia na głównych bohaterów, którzy zmieniają się wskutek swoich doświadczeń.

NARRACJA CHOROBY

Podejście narracyjne do doświadczenia choroby umożliwia wszystkim stronom, których dotyczy, mówienie różnymi głosami.³⁰ Narracyjne doświadczenie choroby początkowo stanowiło obrzeża socjologii medycznej i powstało w odniesieniu do medycyny ogólnej. Stanowi podstawę inicjatyw terapeutycznych, takich jak projekt DiPex w Oxfordzie, UK (www.Healhtalkonline.org).

W swojej ważnej pracy *The Meaning of Illness* S. Kay Toombs³¹ była jedną z pierwszych osób przekonujących, że subiektywne przeżywanie choroby przez pacjenta jest równie ważne jak odczucia lekarzy oparte na modelach chorób. Było to odejście od czysto biologicznej dyskusji („Choruje pan na ciężkie reumatoidalne zapalenie stawów”) i skierowanie się ku subiektywnemu doświadczeniu („Potrzebuję pomocy, żeby posługiwać się rękoma”). Lekarze mogą być zdystansowani i niezaangażowani. Ich odczucia mogą odzwierciedlać ich własny dyskomfort związany z byciem świadkiem cierpienia. Dotyczy to szczególnie sytuacji, w których czują się, że nie są w stanie spowodować zmiany i nie czują się na siłach zostać „bohaterami” i medycznej „opowieści”.

Narracja, w której lekarz jest obsadzany w roli „bohatera”, jest szczególnie popularna w społeczeństwach zachodnich (co znajduje odzwierciedlenie m.in. w serialach telewizyjnych będących dramatami medycznymi). Rola bohatera została rozszerzona również na inne osoby z personelu medycznego. W tych narracjach lekarze i pielęgniarki walczą przeciwko potworowi chorób i urazów, a w końcu je pokonują. Istnieje również narracja, w której triumfuje pacjent, przewyciężając przeciwności losu i pokonując niesprawność. Niedawno popularne stały się narracje, w których to lekarz jest potworem, a będący ekspertem pacjent pokonuje „strasznych” pracowników z systemu ochrony zdrowia, aby uzyskać triumfalną kontrolę nad swoim doświadczeniem.

Za wartością podejścia narracyjnego w rozumieniu doświadczenia choroby psychicznej przemawia zwiększająca się liczba piśmiennictwa dotyczącego narracji w psychiatrii i psychoterapii.³²⁻³⁴ W tym przypadku pacjent pokonuje wewnętrznego potwora (np. *Darkness Visible*, Styrona,³⁵ *The Noonday Demon*, Solomona³⁶) lub przekształca swoją tożsamość w taką, w której „szalone” ja godzi się ze zdrowym ja.³⁷ Inne podejścia

opisywały „przeżycie” leczenia psychiatrycznego,³⁸ co oznaczałoby, że takie leczenie jest męką.

W Nowej Zelandii na rolę narracji jako mediatora zdrowienia zwrócono uwagę w antologiach opowieści dotyczących tej tematyki.²⁵ W niektórych okręgach psychiatrycznych w Wielkiej Brytanii również publikowano zebrane narracje użytkowników opieki w tym samym duchu.³⁹ Widać, że nie wszystkie narracje pacjentów leczonych psychiatrycznie dadzą się spokojnie czytać – niektórzy pacjenci mogli być traktowani niehumanitarnie – jednak przyczyny dyskomfortu czytelnika mogą być skomplikowane.

Jedną z przyczyn może być charakter prawdy w psychiatrii. Zaburzenia psychiczne z definicji mogą upośledzać autonomię oraz czynić osobistą narrację niespójną i niewiarygodną, choćby tylko przez jakiś czas. Pacjent z urojeniami ma rzeczywiste doświadczenia, które dla niego są „prawdziwe”, co jednak nie jest do końca prawdą, ponieważ pomijają one pewne aspekty „prawdy”. Relacja pacjenta stanowi tylko jedną perspektywę i może zmieniać się z czasem, pod wpływem leczenia, lub w związku z obydwojema czynnikami. Jest to zdrowym i nieuchronnym elementem pracy psychoterapeutycznej.⁴⁰

W innych warunkach może dochodzić do konfliktów między różnymi narracjami (które mogą być niezgodne), co jest źródłem napięcia między użytkownikiem opieki a zespołem lub między różnymi członkami zespołu. Jedna z osób (przeważnie pacjent) będzie musiała porzucić wydarzenia ze swojej narracji i zobaczyć, że nie są „prawdą”, tylko aspektem jej choroby.

NARRACJE W PSYCHIATRII SĄDOWEJ

Zwrócono uwagę na kwestię prawdziwości i niezgodności z prawdą osobistych narracji, ze względu na ich wpływ na kształtowanie tożsamości sprawcy-pacjenta na oddziale psychiatrii sądowej. Relację oskarżonego dotyczącą okoliczności popełnionego przestępstwa porównuje się z relacją ofiary i postronnych świadków, a następnie wyszczególnia się rozbieżności między nimi. Przeważnie narracja przestępcy zostaje podważona przez relacje innych osób, które, jak się zakłada, przedstawiają „prawdę” na temat tego, co się wydarzyło.

W sytuacji, w której przestępca staje się pacjentem, jego (lub jej) historia nadal nie jest uznawana za ostateczną. Można oczywiście zwrócić pacjentowi uwagę, że jego opowieść jest nie do zaakceptowania lub jest niepełna i że musi zostać zmieniona, żeby mógł osiągnąć postępy. Na przykład pracując ze sprawcami przestępstw seksualnych, napotykamy na szczególne wyzwanie dotyczące sposobu, w jaki postrzegają swoje ofiary. Mężczyzna, który uważa, że ofiara prowokowała go seksualnie, nie będzie uznany za „zdrowiejącego”. Jeżeli jednak zmieni swoją opowieść w taki sposób, żeby pasowała do dominującego medyczno-prawnego i moralnego dyskursu w sądzie kryminalnym, będzie postrzegany jako osoba, która

uległa przemianie. Można wtedy myśleć o przywróceniu go społeczeństwu, które uprzednio go wykluczyło.

NIEPRAWDOPODOBNE HISTORIE I HORRORY

Historie opisujące zbrodnie są popularne i mają duże znaczenie w społeczeństwach kultury zachodniej. Mogą przybierać postać opowieści detektywistycznych, w których detektyw-bohater pokonuje potwora i przywraca porządek. Serie opowieści detektywistycznych umożliwiają przemianę bohatera wraz z upływem czasu (np. inspektor Morse Colina Dextera i inspektor Dalgliesh P.D. Jamesa). Także filmy często wykorzystują zbrodnie w celach rozrywkowych, przeważnie posługując się podstawowym przesłaniem moralnym, zgodnie z którym jednostki społeczne kończą, niszcząc się same i zawsze zostaną pokonane przez heroiczne siły dobra. Niektóre powieści opowiadają obecnie historię zbrodni z wielu różnych punktów widzenia (ramka 6).

Relacje osób zawodowo związanych z przestępstwami w kryminologii i socjologii dotyczyły również problemu narracji i doświadczenia dewiacji. Czasami badano osobiste relacje pod kątem tożsamości przestępców, posługując się nagraniami wywiadów, które przedstawiały wyłącznie punkt widzenia przestępców.^{41,42}

Psychiatria sądowa i psychoterapia popiera historie opisujące przemianę wskutek stosowania leków, terapii psychologicznej i zawodowej, a także dzięki wsparciu personelu i rodziny. Zakłada się, że nastąpi zmiana tożsamości z antywspół społeczną oraz że ten proces może być długi i skomplikowany. Nie tylko lekarz myśli w ten sposób. Jeden z naszych pacjentów powiedział: „Możesz być byłym kierowcą autobusu, ale nie możesz być byłym mordercą”. Stanowi to dobry przykład rzeczywistego znaczenia stygmatu „zepsutej tożsamości”.⁴³ Tożsamość wielu pacjentów oddziałów sądowych jest zniszczona zarówno przez popełnione przestępstwa, jak i chorobę psychiczną i jest mało prawdopodobne, aby mogli oni odzyskać starą tożsamość. W ich historiach dochodzi do utraty czegoś, czego nie można odzyskać.

Te kwestie powrotu do zdrowia i pojednania pojawiają się w pracach klinicznych dotyczących pacjentów oddziałów sądowych – jako ich drugie dno. Były wcześniej omawiane w tym czasopiśmie.⁴⁴ Współbrzmia z innymi doniesieniami dotyczącymi prawdy i pojednania sprawców z ofiarami (np. w Afryce Południowej i Irlandii Północnej). W tych pracach stwierdzono, że pojednanie jest procesem, a życie z narracją obejmującą brak pogodzenia stanowi etap tego procesu i bolesną rzeczywistość.

Narracyjne podejście do leczenia w ośrodkach sądowych: dokonanie czegoś niemożliwego

Jeżeli narracje pacjentów leczonych w oddziałach sądowych traktujemy jako dowody na „zepsutą tożsamość”,⁴⁵ wówczas podejście terapeutyczne może traktować zdrowienie jako wy-

Ramka 6

Fikcyjne narracje przestępców z różnych punktów widzenia

Barker P. (2002) *Border Crossing*. Penguin

Psycholog dziecięcy spotyka młodego mężczyznę, którego po raz pierwszy widział wiele lat temu, kiedy ten zabił starszą kobietę. Powieść bada granicę między dobrem i złem, niewinnością i winą, a także porusza kwestie związane z przypadkiem Jamesa Bulgera – 2-latką zamordowanego przez dwóch dziesięcioletnich chłopców.

Faulks S. (2008) *Engleby*. Vintage

Napisana w pierwszej osobie opowieść o morderstwie popełnionym przez studenta uniwersytetu i relacja dotycząca zniknięcia kolegi studenta, którego narrator podziwiał z daleka.

Schriver L. (2003) *Musimy porozmawiać o Kevinie*. Counterpoint Press (wyd. polskie Wyd. Videograf II Chorzów 2008)

Korespondencja matki z mężem, z którym jest w separacji, dotycząca ich wspólnego syna, który w liceum wpada w szal zabijania, opisująca jej próby poradzenia sobie z tym.

Sebold A. (2002) *Nostalgia aniota*. Little, Brown (wyd. polskie Wydawnictwo Albatros/Andrzej Kuryłowicz, 2003)

Głos ofiary nastolatka-mordercy, która z nieba opowiada, jak próbuje poradzić sobie z własną śmiercią i patrzy na życie osób, które kocha, kontynuujących swoje życie bez niej.

zwanie życia z uszkodzoną tożsamością. Rolą ośrodka może być pomaganie pacjentom-przestępcom w przekształcaniu ich tożsamości, co może być bolesne, kiedy niektóre aspekty tożsamości przestępcy mogą ulec zmianie, a inne nie.

Spotykamy się z interesującym echem prac McAdamsa²⁶ dotyczących narracji odkupienia w zwykłym życiu. Pojęcie „odkupienia” wiąże się z narracją opartą na wierze i może zawierać w sobie elementy osądzenia i potępienia, ale obejmuje również kwestię powrotu do grupy społecznej (co w dużej mierze przypomina włączenie do społeczeństwa). Podobny temat porusza Maruna,⁴⁶ analizując narracje odkupienia u wielokrotnych przestępców, którzy następnie porzucają ścieżkę przestępczą. Opisują oni nową tożsamość, odzwierciedlającą „nowe” czy „prawdziwe” ja, i podkreślają jak duże znaczenie w transformacji ja byłego przestępcy ma wsparcie społeczne.

Autorzy uważają, że wszyscy pacjenci oddziałów sądowych potrzebują psychoterapii, która pomogłaby im w kształtowaniu narracji zdrowienia i przemiany. Szczególnie cenne są terapie grupowe, podczas których pacjenci mogą usłyszeć głosy innych, a nie tylko swój własny. Historia każdego pacjenta będzie jedną z wielu narracji, które mogą obejmować relacje ofiar, rodzin, społeczeństwa, personelu i terapeutów. W grupach terapeutycznych pacjenci mogą badać swoją osobistą historię, która zawsze może być opowiadana i oglądana z różnych perspektyw. Wysłuchiwanie historii innych osób w grupie pomaga zmniejszyć poczucie lęku, wstydu i izolacji oraz

uczynić bezpieczniejszym przypomnienie sobie i pogodzenie się z tożsamością przestępcy.

Różne grupy w ramach ośrodka mogą odzwierciedlać różne aspekty doświadczenia pacjenta. Na przykład na oddziale pacjent może być pomocny i czarujący, natomiast na sesjach terapeutycznych zachowywać się protekcyjnie i deprecjonująco. Omawianie tych różnych zachowań pacjenta podczas spotkań grupy superwizyjnej dla personelu pomaga w wypracowaniu zintegrowanej narracji i pełniejszej historii.

Wszystkie wysiłki terapeutyczne obejmują wysłuchiwanie historii pacjenta. Zgodnie z doświadczeniem autorów pacjenci przyjmowani do oddziałów sądowych mają „historię-przykrywkę” opisującą popełnione przez nich przestępstwo i przyjęcie do ośrodka. Modyfikacja tej historii i pojawienie się pełniejszej prawdy może zająć trochę czasu. Pozwolenie pacjentom na opowiadanie ich historii w ich własny sposób i uporczywe zadawanie pytań: „Czy można pomyśleć o tym w inny sposób? Czy inni mogli widzieć to inaczej?” jest sztuką terapeutyczną.

Ważne może być również zrozumienie, że ta wstępna opowieść pełni funkcję obronną, chroniąc przed przeżywaniem wstydu i beznadziejności. Pacjent obawia się, że te uczucia go przytłoczą i może agresywnie trzymać się swojej wersji. Pomocne może być okazanie pacjentowi, że lekarz rozumie, jak trudna może być zmiana tej opowieści. Ważne może być również zrozumienie, że społeczna tożsamość i wartości mogły ukształtować się w okresie dzieciństwa, które było przerażające i traumatyczne. Wówczas mogły pełnić funkcję ratującą życie.⁴⁷

Jeżeli zdrowienie jest „podróżą w głąb serca”,⁴⁸ to w przypadku przestępców kluczową kwestią może być możliwość powrotu do środowiska społecznego, od którego wcześniej zostali odizolowani. Proces ten obejmuje przekonfigurowanie włączenia do społeczeństwa jako ponownego włączenia do społecznych struktur i relacji. Narracja powrotu do społeczeństwa może na pewnym poziomie kłócić się z indywidualnym podejściem do dokonywania wyborów. Innymi słowy zdrowienie może być postrzegane jako możliwość opiekowania się i pozwolenia na bycie zaopiekowanym, a nie na wyborze izolacji. Dlatego w przypadku wielu przestępców niezależność i „zostawienie w spokoju”, aby sami poradzi sobie ze sobą, nie jest pomocne w promowaniu prospołecznej tożsamości.

Co dalej w procesie zdrowienia?

Podczas wdrażania programów zdrowienia w ośrodkach sądowych podkreśla się znaczenie cech personelu, które stawia się na równi z kwalifikacjami. Wśród wymaganych cech wymienia się zdolność odczuwania nadziei, kreatywność, opiekuńczość, współczucie, realizm i odporność.⁴⁹ Chociaż nowe programy szkoleń psychiatrycznych doceniają znaczenie właściwych postaw i umiejętności, dopiero okaże się, czy można tak szkolić personel, żeby je wykształcić.

Żeby pracownicy ośrodków sądowych mogli nauczyć się pomagać przebywającym w nich osobom w ukształtowaniu nowych narracji i tożsamości, muszą nauczyć się, jak wykorzystywać własne cechy w życiu zawodowym. Jest to szczególnie trudne w przypadku ośrodków stacjonarnych, w których łatwo jest wykorzystywać zawodowe zależności do realizowania osobistych celów. Stanowi to podłoże większości przypadków pogwałcenia zasad zawodowych, w przypadku których potencjalnym zyskiem osobistym może być tylko to, że pracownik czuje się szczęśliwy, komfortowo, wolny od lęku.

Wiele konfliktów etycznych w ochronie zdrowia psychicznego jest związanych z tym, że personel czuje się niekomfortowo. W przypadku opisanym w ramce 5 personel nie miał wątpliwości, co powiedzieć pacjentce, której powrotu do domu rodzina nie chciała. Członkowie personelu pracujący w ośrodkach sądowych muszą być w stanie słuchać strasznych opowieści i wymówek bez szybkiego ich akceptowania ani podważania. Muszą być w stanie poradzić sobie z konfliktami z pacjentami bez uległego uspokajania ich ani konfrontowania się z nimi w sposób dominujący i autorytarny. Empatia wobec pacjentów ośrodków sądowych może oznaczać, że lekarze będą doświadczali nieprzyjemnych uczuć. Dlatego u personelu ośrodków stacjonarnych często dochodzi do odreagowywania tych emocji.

Autorzy są zdania, że cechy wszystkich członków personelu (w tym lekarzy, pielęgniarów i innych terapeutów) powinny odzwierciedlać taką postawę i emocje, które umożliwiają tolerowanie niepewności oraz zawierają i odzwierciedlają emocje. Wymagane jest, żeby członkowie personelu prezentowali postawy prospołeczne, żeby byli w stanie ze sobą współpracować i nie podważać różnych technik terapeutycznych. Zespół potrzebuje wspólnej narracji dotyczącej celu leczenia i zrozumienia, że różni członkowie zespołu mogą przyczynić się do osiągnięcia tego celu.

W końcu, zdrowienie w kontekście sądowym rodzi pytania dotyczące wyników leczenia w psychiatrii sądowej. Lord Bradley⁵⁰ nawoływał do przeglądu wyników w sądowych psychiatrycznych ośrodkach zamkniętych. Czy wynik wykracza poza ocenę częstości ponownych przestępstw i stosowania się do zaleceń dotyczących przyjmowania leków? Jeżeli nie, to jak ma się to do polityki związanej z braniem pod uwagę pojęcia zdrowienia?⁵¹

Podsumowanie

Program zdrowienia stawia na pierwszym miejscu relację pacjenta, zdefiniowaną przez niego samego. Taki dyskurs ma swój początek w powojennej zmianie dominacji norm, która obejmowała prawa cywilne dla wszystkich obywateli, feminizm, prawa dla niepełnosprawnych i „badania nad homoseksualizmem”. Podstawowym założeniem takiego dyskursu jest, że relacjonowane są wszystkie rodzaje doświadczeń oraz że należy je szanować i równo traktować.

Przestępstwo kryminalne jest definiowane jako naruszenie norm społecznych. W przypadku pacjentów z sądowym nakazem leczenia zdrowienie będzie oznaczać nie tylko odzyskanie zdrowia psychicznego, ale również powrót do wartości społecznych obowiązujących w grupie, która ich odrzuciła. Relację każdego pacjenta należy postrzegać w szerszym kontekście wielu głosów, tworzących różnorodne społeczeństwo, do którego pacjent chce powrócić. Lekarze i psycholodzy pracujący w ośrodkach sądowych muszą potrafić zachować właściwą równowagę między pesymizmem a nadzieją oraz być w stanie tolerować negatywne uczucia, np. związane z byciem postrzeganym przez pacjenta jak „wróg”. Zdrowienie może oznaczać głęboką zmianę tożsamości pacjenta.

Podziękowania

Autorzy dziękują dr. Glennowi Robertowi za cenne uwagi dotyczące wcześniejszej wersji artykułu.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2011), vol. 17, 178-87. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011, 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Royal College of Psychiatrists (2008) Fair Deal for Mental Health. RCPsych (<http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/fairdeal.aspx>).
- Royal College of Psychiatrists, Care Services Improvement Partnership & Social Care Institute for Excellence (2007) A Common Purpose. Recovery in Future Mental Health Services. RCPsych.
- Anthony WA (1993) Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16:11–23.
- Slade M (2009) Personal Recovery and Mental Illness. Cambridge University Press.
- Copeland M (1999) Wellness Recovery Action Plan. Peach Press.
- Ridgeway PA, Press A (2004) Assessing the Recovery Commitment of Your Mental Health Service: A User's Guide to the Development of Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM). National Institute of Mental Health in England.
- Adshhead G (2000) Care or custody? Ethical dilemmas in forensic psychiatry. *Journal of Medical Ethics* 26:302–4.
- Ward T, Gannon TA (2006) Rehabilitation, etiology, and self-regulation. The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior* 11:77–94.
- Ward T, Mann R, Gannon T (2007) The good lives model of offender rehabilitation. Clinical implications. *Aggression and Violent Behaviour* 12: 87–107.
- Mezey G, Eastman N (2009) Choice and social inclusion in forensic psychiatry. Acknowledging mixed messages and double think. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 20:503–7.
- Frese FJ, Stanley JD, Kress K, et al (2001) Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric Services* 52:1462–8.
- Davidson L, O'Connell M, Tondora J, et al (2006) The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services* 57:640–5.
- Blackburn R, Logan C, Donnelly J, et al (2003) Personality disorders, psychopathy and other mental disorders. Comorbidity among patients at English and Scottish high secure hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 14:111–37.
- Shepherd G, Boardman J, Slade M (2008) Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sadler JZ (2008) Vice and the Diagnostic Classification of Mental Disorders. A Philosophical Case Conference. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 15:1–17.
- Campling P, Davies S, Farquharson G (eds) (2004) From Toxic Institutions to Therapeutic Environments: Residential Settings in Mental Health Services. Gaskell.
- Scotland Baroness, Kelly H, Devaux M (1998) The Report of the Luke Warm Luke Mental Health Inquiry. Volumes I and II. Lambeth, Southwark and Lewisham Health Authority.
- NHS London (2006) Report of the Independent Inquiry into the Care and Treatment of John Barrett. NHS London.
- Adshhead G (2009) Systemic thinking and values-based practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 15:470–8.
- Sutton A (1997) Authority, autonomy, responsibility and authorisation: with specific reference to adolescent mental health practice. *Journal of Medical Ethics* 23:26–31.
- Gabbard GO, Wilkinson SM (1994) Management of Countertransference with Borderline Patients. American Psychiatric Press.
- Agich G (1993) Actual autonomy and long-term care decision making. In Long-Term Care Decisions. Ethical and Conceptual Dimensions (eds LB McCullough, NL Wilson): 113–36. Johns Hopkins University Press.
- Department of Health (2007) Choice Matters 2007–8: Putting Patients in Control. Department of Health.
- Josselson R, Lieblich A (1999) Making Meaning of Narratives. Sage Publications.
- Leibrich J (1999) A Gift of Stories: Discovering How To Deal with Mental Illness. Otago University Press.
- McAdams DP (2006) The Redemptive Self: Stories Americans Live By. Oxford University Press.
- Booker C (2004) The Seven Basic Plots. Why We Tell Stories. Continuum International Publishing.
- Eagleton T (1983) Literary Theory: An Introduction. Basil Blackwell.
- Genette G (1980) Narrative Discourse. Basil Blackwell.
- Kleinman A (1989) The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. Basic Books.
- Toombs SK (1993) The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Kluwer Academic Publishers.
- Roberts G, Holmes J (1998) Healing Stories. Narrative in Psychiatry and Psychotherapy. Oxford University Press.
- Roberts G (2000) Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world? *Advances in Psychiatric Treatment* 6:432–41.
- Greenberg M, Shergill SS, Szmukler G, et al (2002) Narratives in Psychiatry. Jessica Kingsley.
- Styron W (1992) Darkness Visible: A Memoir of Madness. Vintage.
- Solomon A (2002) The Noonday Demon: An Atlas of Depression. Simon & Schuster.
- Jamison KR (1996) An Unquiet Mind. Random House.
- Church K (1996) Forbidden Narratives: Critical Autobiography as a Social Science. Routledge.
- Davidson L, Lynn (eds) (2009) Beyond the Storms: Reflections on Personal Recovery in Devon. Devon Partnership NHS Trust and Recovery Devon.
- Spence DP (1982) Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis. WW Norton.
- Parker T (1994) Life after Life: Interviews with Twelve Murderers. Harper Collins.
- Soothill K, Parker T (1999) Criminal Conversations: An Anthology of the Work of Tony Parker. Routledge.
- Goffman E (1986) Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity Originally. Touchstone.
- Roberts G, Dorkins E, Wooldridge J, et al (2008) Detained – what's my choice? Part 1: Discussion. *Advances in Psychiatric Treatment* 14:172–80.
- Lindemann Nelson H (2001) Damaged Identities, Narrative Repair. Cornell University Press.
- Maruna S (2001) Making Good: How Exconvicts Reform and Rebuild their Lives. American Psychological Association Books.
- Vaillant G (1995) Adaptation to Life. Harvard University Press.
- Deegan P (1996) Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19:91–7.
- Gilbert P (2009) Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 15:199–208.
- Department of Health (2009) The Bradley Report. Department of Health.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2010) Implementing Recovery. A Methodology for Organisational Change. SCM.H.

KOMENTARZ

Dr hab. n. med. Robert Pudło

Katedra Psychiatrii SUM w Tarnowskich Górach

W kontekście przewlekłej, nieuleczalnej choroby koncepcja zdrowienia, zakładająca możliwość pełnego i bogatego życia, jest niezwykle atrakcyjna. Z medycznego punktu widzenia wyrasta ona z rehabilitacji, czyli wykorzystania pozostałych – mimo choroby – możliwości, dla skompensowania powstałych braków. Tak jak rehabilitacja, zdrowienie ma prowadzić do satysfakcjonującego życia, przy uruchomieniu niewykorzystywanych rezerw. Zdrowienie może być też traktowane jako egzemplifikacja ogólnej zasady afirmacji życia, pozwalającej na rozwój osobowy przy akceptacji istniejących w różnych sferach ograniczeń. Przyjęcie tej koncepcji otwiera przed chorymi nowe perspektywy i pozwala wyjść poza defetystyczny schemat złego rokowania medycznego. Zmuszając do aktywności i rezygnacji z roli chorego, oferuje w zamian istotne gratyfikacje.

Mimo swojej atrakcyjności, koncepcja zdrowienia niesie ze sobą kilka rodzajów ryzyka. Pierwszym z nich jest możliwość swoistej gloryfikacji ograniczeń. Między akceptacją swojej niesprawności a uznaniem jej za wariant normy jest cienka granica. Stosunkowo łatwo opisać mechanizm obronny, w którym osoba dotknięta jakąś niesprawnością (lub chorobą psychiczną) zacznie ją uważać za dar. Jeśli taki punkt widzenia zostanie przejęty przez profesjonalistów – co przecież nie jest niemożliwe – powstaje ryzyko rezygnacji z leczenia na rzecz „rozwijania ukrytych możliwości”. Idąc dalej, jeśli taki punkt widzenia zostałby przyjęty przez ustawodawcę, mógłby spowodować zaprzestanie finansowania badania i leczenia jakiegoś zaburzenia lub grupy zaburzeń.

Drugie podobne niebezpieczeństwo to rozmycie ról profesjonalisty i pacjenta. Na pewno pacjent najlepiej zna swoje oczekiwania, potrzeby i cele życiowe, jednak jego postrzeganie leczenia, rokowania i niesprawności nie może być traktowane jako „równie dobre lub nawet lepsze od poglądów lekarzy”, bo po pierwsze nie ma on eksperckiej wiedzy, a po drugie pacjent nie jest wyjątkiem od reguły mówiącej, że nikt nie jest sędzią we własnej sprawie. Trzeba pamiętać, że poza nielicznymi wyjątkami, zdanie pacjenta w kwestii leczenia i tak jest decydujące, bo ostatecznie to on decyduje czy zażyje zlecony lek, zgodzi się na hospitalizację lub czy przyjdzie na następne spotkanie terapeutyczne. Rolą lekarza pozostaje więc udzielanie choremu porad zgodnych z aktu-

alną wiedzą, co wiąże się czasem z koniecznością wydania negatywnej opinii na temat pomysłu pacjenta na leczenie. Wyjście psychiatry z roli eksperta zwiększa tylko zamęt w głowie pacjenta i narusza jego – i tak już nadwątlone – poczucie bezpieczeństwa. Autorzy artykułu trafnie zauważają, że: „W końcu, to nierównowaga zależności między lekarzem i pacjentem może być podstawowym elementem procesu zdrowienia. Bycie zależnym od innych i ograniczonym promuje autonomię w takim samym stopniu, jak bycie traktowanym na równi.” Można tylko dodać, że partnerska relacja między lekarzem a pacjentem nie musi oznaczać identycznych prerogatyw.

Dorkins i Adshead bardzo rzetelnie opisują też szereg innych zagrożeń wynikających z przyjęcia koncepcji „zdrowienia”. Co prawda ich analiza dotyczy osób odbywających detencję, jednak wymienione w artykule problemy można z powodzeniem zastosować dla innych grup chorych. Być może specyfika opisywanej populacji powoduje, że uniwersalne mechanizmy uwidaczniają się w niej ze szczególną ostrością, są wcześniej dostrzegane i nie mogą zostać zlekceważone. Psychiatrzy prowadzący oddziały detencyjne nie mogą poczekać na wypisanie kłopotliwego pacjenta ani zlecić dalszej terapii w trybie ambulatoryjnym, tylko – ze względu na wieloletnie i przymusowe hospitalizacje – muszą na bieżąco rozwiązywać pojawiające się problemy. Dlatego wypracowane przez nich rozwiązania powinny być wnikliwie studiowane przez wszystkich klinicystów, bo najpewniej znajdą zastosowanie na ich oddziałach. Dotyczy to zresztą nie tylko koncepcji „zdrowienia”, ale na przykład – omawianego już na łamach *Psychiatrii po Dyplomie*, a bardzo aktualnego – problemu wprowadzania zakazu palenia na oddziałach psychiatrycznych.

Na koniec uwaga krytyczna. Czytając omawiany artykuł trudno nie pamiętać skarg językoznawców na nadużywanie słowa „narracja”. Co prawda słuchając pretensjonalnego języka dziennikarzy można się przyzwyczaić, że „każdy ma swoją narrację” i że „w narracji partii A problem wygląda inaczej niż w narracji partii B”, ale mimo to, być może udałoby się utworzyć bardziej zręczny termin lub, po prostu, poprzestać na słowie „opowieść”. Drugi, nieco podobny, problem dotyczy „użytkowników opieki” (service user). Ten termin jest już nie tylko niezręcznością językową, ale zbliża się do zaklinania rzeczywistości. Osadzony na detencji sprawca czynu zabronionego pozostaje tym, kim jest, a eufemizowanie terminologii nie zmienia ani jego sytuacji prawnej ani osobistej.