© by the Institute
of Forensic Research

ISSN 1230-7483
e-ISSN 2720-5983

Problems of Forensic Sciences 2025, vol. 142, 143, 131–142

DOI: 10.4467/12307483PFS.25.006.22913

APPLICATION OF THE GOOD LIVES MODEL (GLM) IN THE TREATMENT OF FORENSIC PSYCHIATRY PATIENTS

Inga MARKIEWICZ

Department of Forensic Psychiatry, Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland

Abstract

Aim: The aim of this paper is to describe the assumptions of the Good Lives Model (GLM) in the context of traditional therapeutic methods based on risk management (RNR), as well as to assess its usefulness and effectiveness in therapeutic and rehabilitative work with patients in forensic psychiatric units.

Main results: According to the GLM approach, an effective way to reduce the risk of reoffending is to provide forensic patients with the necessary conditions for a better life and to develop their ability to meet their needs (or acquire goods important to them) using socially acceptable means and methods. This involves learning how to live a "good life" and adopting desirable behavior patterns as alternatives to previous unlawful behaviors. Working within the GLM framework yields better therapeutic outcomes than relying solely on methods aimed at minimizing the risk of recidivism.

Practical implications for forensic science: The dissemination of the GLM concept in Polish forensic psychiatric units would enable staff working with mental health offenders to take a broader perspective on the issue of their social maladjustment and the etiology of unlawful behavior. It would also equip professionals with additional ideas and tools for therapeutic work. As a result of the rehabilitation efforts undertaken, the likelihood of patients committing offenses after being discharged from forensic units should decrease.

Keywords

Good Lives Model (GLM); Risk assessment; Therapy; Rehabilitation; Forensic psychiatric unit.

Received 28 May 2025; accepted 8 July 2025

Introduction

In recent years, Poland and other European countries have seen an increase in the number of patients staying in forensic psychiatry wards. According to data from the Ministry of Health in September 2024[1], the number of detention patients in Poland reached 3600 people. They were detained for between several and up to about 15 years, with the discharge criteria depending not only on their health, but also the risk of recidivism.

As part of preventive policies, patients who are detained in forensic psychiatry wards undergo treatment, rehabilitation and resocialisation in order to allow them to reintegrate with society and resume fulfilling specific social roles. The broad scope of these aims necessitates special therapeutic measures. Since the 1990s, when the systematisation of forensic psychiatry in Poland began, virtually no therapy and resocialisation programmes dedicated to forensic patients have been established. Experts typically use general psychiatric methods, including pharmacotherapy, individual and group psychotherapy, addiction therapy, specific training (of cognitive functions, social skills, sport, hygienic and dietary coaching, and the substitution of

[1] Unpublished data of the Ministry of Health, September 2024.

aggression), and occupational therapy [1]. Although forensic wards use the same therapeutic methodologies as general psychiatric wards, the working conditions in the former are significantly different; that is, they are more restrictive. These restrictions vary according to the security level (basic, high, and maximum), which is strictly regulated by the Executive Criminal Code and internal policies. To simplify, forensic wards in Poland differ from general psychiatric wards more in terms of their technical and organisational conditions than the specificity of the applied therapy. It should be underlined that patients in detention wards exhibit a history of the most severe crimes alongside their mental disorders. Consequently, it is important to work with these patients on their prosocial attitudes and socialisation, reduce aggression and build new patterns of law-abiding behaviour, in addition to using the appropriate treatment methods. The attitudes of the patients towards their crimes also require psychotherapeutic attention, especially once the acute psychotic symptoms decrease, and the patients realise the severity of the acts they have committed during periods of psychosis.

Building a relationship between a patient and the ward staff, founded on understanding, responsibility and mutual trust (as far as possible), is an important step in reaching these extremely difficult goals, as is gradually increasing the patient's autonomy. This is particularly important from the perspective of the motivation for treatment, as over the years of a long-term stay in a detention ward, the patients tend to adapt to living in isolation and lose their motivation to cooperate with the therapists or to make any changes in their lives. The process resembles an adaptation to isolation in prison, rather than a hospitalisation that aims to improve the patient's mental state and social functioning. Therefore, it is worth reflecting on the therapeutic methods used in forensic wards and the functioning of both the staff and the patients in those wards.

A growing number of both European and global forensic psychiatrists acknowledge the importance of the conditions and 'climate' prevailing in forensic wards and the quality of life of patients isolated in hospitals for the purpose of therapy. Since the 1990s in Australia, as well as in recent years in Western European countries (including Germany and the Netherlands), care for forensic patients has been developed based on the Good Lives Model (GLM) [2–7]. However, a more repressive than therapeutic model is still prevalent, especially in countries of the former Eastern bloc, in relation to handling perpetrators of the most serious crimes with mental disorders. For example, the GLM was introduced in Poland relatively recently [8, 9], and only with respect to therapy for sexual offenders and other prisoners. It is not commonly used for persons with mental disorders who are detained in forensic psychiatric wards.

Attempting to apply this new therapeutic and rehabilitation theory beyond the walls of hospital wards raises important questions about the current state and conditions of detention in Poland: Is it possible with the current penitentiary model of forensic psychiatry (which, in addition to therapy, involves strict regulations, an increasingly extensive list of prohibited items and activities, and the employment of more security personnel in these wards) to meet the basic needs of patients, guarantee them an optimal quality of life, and achieve the intended therapeutic goals? Can these punitive methods be used to teach the patients to cooperate and lead their lives based on trust and responsibility? Is an approach that involves eliminating the risk factors of recidivism in forensic patients the only one that guarantees the intended result? Or should the paradigm of individual intervention programmes focus equally on analysing the protective factors, the patient's 'good side' and improving the patient's potential, while allowing them to satisfy their needs and providing them with good hospitalisation conditions?

As early as the 1990s, Dutch scientists began to prove that reforming the forensic psychiatric system and the living conditions (quality of life) of patients in detention wards was necessary, in order to improve the outcomes of treatment and to reintegrate the offenders. According to a theory devised by a professor of clinical and forensic psychology from New Zealand, Tony Ward from the Victoria University of Wellington [7], which has been developed since the end of the 20th century not only in the Netherlands, but also in many other European countries, an effective means of reducing the risk of recidivism is providing the patients with the conditions necessary to improve their lives and teaching them how to lead good lives [2–10, 12]. These methods are intended to yield better outcomes than simply completing tasks aimed at minimising the risk of recidivism in traditional schools of therapy and resocialisation.

The Risk-Needs-Responsivity (RNR) model

To date, the activities and instruments related to working with offenders with mental disorders have revolved around the theoretical model involving three basic principles, that is, the Risk-Needs-Responsivity (RNR) model. The principle of risk involves determining the likelihood of the offender's breaking the law

and the internal and external factors that contribute to it, followed by eliminating that risk. These factors determine the level of risk and the scope of changes that should take place over the course of the treatment and rehabilitation [14].

Therapy, in the RNR model, is based on identifying the criminogenic needs, which refers to any problematic situation and underlying deviant behaviour, such as criminal inclinations, destructive styles of coping with difficulties, addiction, solidified aggression, hostility, or a criminal environment [15]. The primary aim of therapeutic interventions under the RNR model is to eliminate the factors that promote committing crimes from a patient's life. The RNR model is also related to non-criminogenic needs (e.g., inadequate self-esteem, excitation, anxiety, stress, lack of resistance to frustration, lack of emotional control, mental disorders, and physical health) as those that, when met over the course of resocialisation, will benefit the stabilisation and socialisation of a patient. Andrews, Bonta and Hoge underline the positive and valuable aspects of working on these needs, but at the same time, they do not observe an association with reduced recidivism [15, 16]. An individual's recidivism and response to resocialisation attempts (the principle of responsivity) depends largely on their intellectual capacity, interpersonal skills and motivation to change.

To put it in simple terms (which is still sufficient for the purposes of this publication, which focuses on the GLM rather than RNR), therapeutic work under the RNR paradigm primarily involves reducing the risk factors, mostly criminogenic factors. Some authors believe [12, 17] that RNR affects the symptoms, but not the causes of criminality. Ward and Maruna point out that eliminating the risk factors does not, by itself, help a person exhibiting abnormal behaviour recognise the benefits of discontinuing their criminal activity [17]. This means that a potential patient of a forensic psychiatry ward knows what they are forbidden from doing, because it is communicated to them; for example, by introducing restrictions into the regulations of detention facilities. But conversely, they do not know why they should abandon their current mode of functioning (such as aggressive behaviour), nor are they aware how discontinuing crime could change their life (the aspect of purposefulness). By concentrating exclusively on controlling the risk of destructive behaviour and eliminating its contributing factors, the patient is unable to undergo an internal transformation, which is necessary to maintain a positive change. Critics of this traditional concept have raised one more important counterargument: the RNR method is highly universalised, meaning that it lacks an individual approach to every person, does not take into account their specific needs, values, or mechanisms of disorders (which in many cases are kept hidden), and does not aim to discover their personal potential [14, 17].

Observations of clinical practice in forensic wards have proven that the traditional means of treatment and resocialisation (RNR) can sometimes be unsuccessful, or even discourage the patients from participating in therapy. Research conducted abroad has indicated that despite the effectiveness of resocialisation programmes based on reducing the risk of criminality, dropout rates from treatment programmes for sex offenders are often high (30–50%) [18, 19]. A major cause of the failure of such programmes is their narrow and limited scope, because they focus nearly exclusively on a patient's individual weaknesses (e.g., poor emotional regulation or insufficient problem-solving abilities), instead on working with each patient's potential and internal resources. Furthermore, studies have shown that criminals with mental disorders often go through RNR programmes only due to external reasons; for example, despite lacking the internal motivation to change their abnormal behaviour, they want to be eligible for parole [20]. These are some of the reasons indicating that the RNR model is a necessary, but insufficient condition for successful treatment and resocialisation [11, 14].

Over time, researchers have noticed various weaknesses in the RNR model, which encouraged them to look for new instruments to complement the traditional methods of working with socially maladjusted persons. However, the previous practices were improved, rather than retired, until the new GLM was developed, which is sometimes even referred to as 'RNR Plus'.

It is worth noting that both models (RNR and GLM), while different from each other, aim to create conditions that will foster a patient's return to a socially acceptable lifestyle. Research suggests that using both models at the same time, or just the GLM as an alternative to traditional methods, creates considerably better therapeutic outcomes in criminals [21].

The GLM

The GLM represents a resource-based theory of resocialisation, which aims to give an offender with mental disorders internal and external tools to help them lead a good life or strive for a better life – a life that that is socially acceptable and that has personal meaning. The basic goal of therapy according to the GLM is to provide offenders with a possibility to protect their important personal goods in a socially and

generally acceptable manner, while working on minimising their criminal behaviour [11, 22]. The GLM emphasises active engagement of the participants in rehabilitation, creating respectable living conditions, allowing the participants to meet their individual needs, and building an attitude of opposition to criminal behaviour [23]. A priority in the GLM is taking advantage of the abilities of the offenders to change their behaviour, thus reducing the risk of recidivism and improving their chances of achieving a better life [2, 13].

The GLM also considers criminogenic needs to play an important role in the aetiology of criminal behaviour. These needs are conceptualised as the internal or external barriers (obstacles) that prevent an individual from having a lawful, good and respectable life. The GLM also indicates a relationship between criminogenic needs (factors) and human needs, and defines it as striving to obtain basic human goods. This means that although offenders (including those with diagnoses of mental disorders), like all people, are oriented and predisposed to seeking out many basic human resources, they attempt to satisfy these needs through illegal or anti-social means. The internal and external deficits of resources are what lead individuals to use such means [16].

The GLM distinguishes between primary and secondary goods. The former reflects certain states of mind, personal traits and experiences that are positive and desired, and that represent an individual's fundamental values and priorities in life [16]. In turn, secondary goods (including skills) help an individual to reach their most important goals, such as social skills, professional skills, mental and physical health, personality, and planning and organisation skills. A lack thereof may lead to problems with the perception of the law and other negative results [10].

Ward and Gannon proposed eleven classes of primary goods, including life (healthy living and functioning), knowledge (knowing about different things), excellence in play (play, games, entertainment, and recreational activities), excellence in work (including mastery), excellence in action (including autonomy and self-determination), inner peace (freedom from emotional stress and anxiety), relatedness (including intimate, romantic, and family relationships), community (society), spirituality (in the context of finding meaning and purpose in life), pleasure, happiness (as a state or well-being in the here and now), and creativity (self-expression through alternative forms) [6, 16, 21, 22]. From the perspective of the GLM, even though the presence of all primary human goods is necessary for a 'good' life, and even though it is assumed that people will seek all primary goods to an extent, it is the priorities ascribed to specific primary goods that are associated with a given person's feelings of identity and that reflect their individual values in life [17]. Primary values are also considered to determine what is really worth having in one's life. Consequently, in order to help offenders limit their aggressive behaviour and discontinue criminal activity, they should be shown pro-social and effective means of acquiring those primary goods that are important for them. Conversely, cutting off a person's access to primary goods without providing alternative methods of their acquisition may only cause frustration, which ultimately increases the risk of re-offending [11, 14, 22].

The role of therapists working according to the GLM is to assist patients in establishing a plan specifying the goals that the patients consider personally important and indicating the practical steps that need to be taken in order to achieve these goals (i.e., gain access to the desired goods). This therapeutic plan should take into account external factors, as well as a patient's physical and mental state, and their individual capabilities and interests. Fortune et al. assume that a well-structured individual GLM therapeutic plan can minimise the risk of recidivism [21], and thus lead to the achievement of one of the most important goals of working with patients in forensic psychiatric wards.

The diagram below (Fig. 1) presents the aforementioned aspirations of forensic patients to obtain primary goods, taking into account the criminogenic factors (barriers and obstacles) that hinder or prevent them from achieving their goals in a 'healthy' and socially acceptable manner. The obstacles are: 1) factors caused by a patient's skill deficits (e.g., deficits in their interpersonal, cognitive, communication, or emotion regulation skills); 2) factors related to a mental illness; and 3) environmental (external) factors (e.g., specific support, capabilities, or events). Secondary goods are treated as the 'pathological' means of acquiring the primary goods.

Effectiveness of the GLM in light of research

Over the years since the GLM was introduced to the clinical practice in foreign forensic psychiatry wards, many studies have been conducted on the utility and effectiveness of the new therapy and resocialisation programme for working with persons with mental disorders who have committed the most serious crimes (primarily sexual crimes). One of the earliest studies on the topic [22] compared two directions of therapeutic intervention aimed at preventing recidivism: the traditional RNR method based on analysing and

monitoring risk; and the new, adapted GLM method focused on teaching patients alternative, appropriate methods of achieving their personal goals and needs, in accordance with the law and social norms. The results of the study showed that all the participants in value- and goal-oriented therapy under the GLM were more engaged in the treatment and more motivated to leading a crime-free life after completing the programme, compared to patients who were treated using traditional methods (RNR) [24].

Ware and Bright [19] also presented the results of their study on the effectiveness of therapy after the introduction of changes in a programme designed for treating sexual offenders in isolation. The changes involved restructuring the therapy to include the GLM, based on goals agreed upon with the patients and their resources and overall potential. Furthermore, over the course of the therapy and resocialisation, the patients had greater autonomy, because they were allowed to work towards the goals at their own pace, rather than by a specified deadline. As a result of the introduction of the new GLM therapy, the dropout rate among the patients decreased, and the personnel declared that they felt like their work was more effective. This likely also had a beneficial effect on their therapeutic relations with the patients, which by itself was related to a positive and optimistic change in the course of the treatment [25].

Another study also observed that offenders who underwent GLM-based treatment improved much more than patients treated with traditional risk-reduction methods. Furthermore, patients who completed the GLM-based therapy showed much higher problem-solving skills than patients who only underwent RNR-based therapy. Furthermore, the former were able to take advantage of the available social support system considerably more often than the latter, which without a doubt constituted a crucial protective factor. The new methods have also facilitated the reintegration of offenders into society, including the achievement of their long-term goals (e.g., pursuing higher education) and the development of pro-social forms of leisure activities after their release [24, 26].

The research results presented above indicate unambiguously that introducing GLM-based treatment in forensic psychiatry wards is a good starting point to

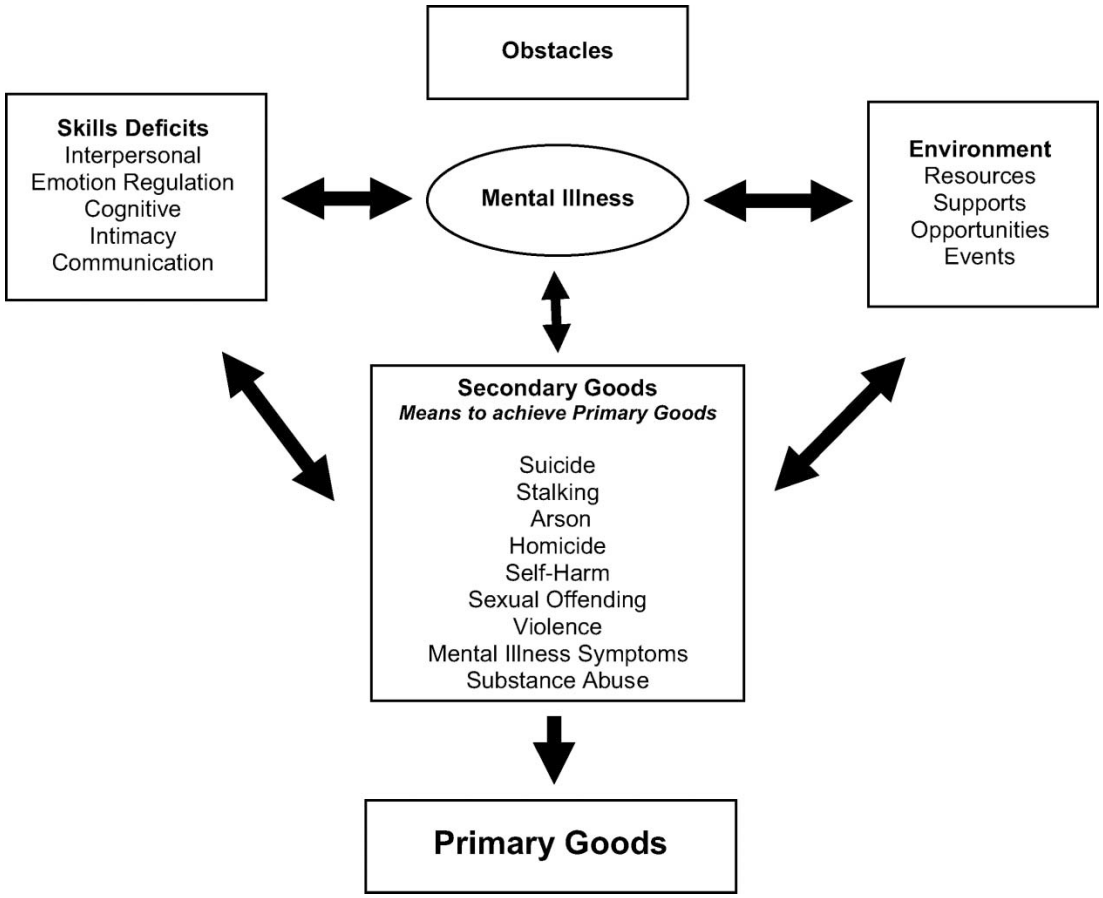

Fig. 1. Good Lives Model – forensic modification. Source: Barnao M, Robertson P, Ward T, 2010, p. 207.

improve the patients' engagement in the therapy and enhance its effectiveness. There are too few scientific reports globally (and none in Poland) to definitively state that GLM-based programmes reduce recidivism considerably better than programmes based exclusively on RNR. However, it is worth underlining that many forensic psychiatry wards in the US and Canada have already adopted the GLM, with fairly promising results [27, 28]. Further research in this area is undoubtedly necessary, especially because clinical practice shows that incorporating elements based on the GLM into therapeutic and rehabilitation programmes helps practitioners to achieve the intended goals.

Summary and conclusions

In summary, GLM-based therapeutic programmes are perfectly adjusted to enhance the resources of forensic patients and teach them socially acceptable means of functioning. The GLM provides a systematic and multifaced framework for planning treatments and managing potentially aggressive behaviour in patients. The model is rooted in a well-established psychological theory and is supported by a strong ethical foundation [23]. Specific GLM-based programmes help to overcome the limitations of approaches that are focused exclusively on risk management or the patient's deficits. It is now common knowledge that concentrating exclusively on risk factors and introducing more and more restrictions in forensic wards is unlikely to encourage offenders to adopt new, socially acceptable ways of functioning, acting and thinking about themselves and their lives. An offender needs an opportunity to lead a better life, rather than just learning to control their destructive actions and reduce the risk of expressing their 'evil' side. This mainly involves shifting the focus from exclusively controlling the risk of recidivism (which is still characteristic of the Polish system) to a model of modern forensic psychiatry with a person-oriented approach that focuses on each patient's potential and strengths, while meeting their personal needs and providing them with the best possible quality of life on their path to physical, mental, and social health.

References

1. Heitzman J, Markiewicz I, Gosek P. Complementary model of long-term care in Poland as a result of the political transformation, the law reform and service changes in forensic psychiatry. In: Völlm B, Braun P, editors. Long-term forensic psychiatric care: clinical, ethical and legal challenges. Cham: Springer; 2019.
2. Barnao M, Ward T, Robertson P. The Good Lives Model: a new paradigm for forensic mental health. Psychiatry Psychol Law. 2016;23(2):288-301. doi:10.1080/13218719.2015.1054923
3. Markiewicz I. Leczenie czy izolacja? Model postępowania z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych w Holandii. In: Dawidziuk E, Nowakowska J, editors. Izolacja sprawców przestępstw uznanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich; 2020. p. 178-91.
4. Markiewicz I. System środków zabezpieczających w Holandii – aspekty teoretyczne i praktyczne. In: Barczak-Oplustil A, Pyrcak-Górowska M, Zoll A, editors. Środki zabezpieczające. Ujęcie systemowe. Kraków: Krakowski Instytut Prawa Karnego; 2021. p. 353-77.
5. Smeekens MV, Braun P. Long-term forensic psychiatric care: the Dutch perspective. In: Völlm B, Braun P, editors. Long-term forensic psychiatric care. Cham: Springer Nature; 2019. p. 235-50.
6. Ward T, Mann RE, Gannon T. The Good Lives Model of offender rehabilitation: clinical implications. Aggress Violent Behav. 2007;12:87-107.
7. Ward T. Good lives and the rehabilitation of offenders: promises and problems. Aggress Violent Behav. 2002;7:513-28.
8. Pospiszyl K. Model Dobrego Życia w terapii przestępców seksualnych. Prison Syst Rev. 2021;110:9-19.
9. Pospiszyl K. Terapia przestępców seksualnych. Przesłanki teoretyczne, diagnoza i organizacja. Warszawa: Szkoła Wyższa Wymiaru Sprawiedliwości, Wydawnictwo DiG; 2021.
10. Barnao M, Robertson P, Ward T. Good Lives Model applied to a forensic population. Psychiatry Psychol Law. 2010;17(2):202-17. doi:10.1080/13218710903421274
11. Biel K. Model ryzyka i model dobrego życia w readaptacji skazanych. In: Kusztal J, Kmiecik-Jusięga K, editors. Konteksty resocjalizacji i readaptacji społecznej. Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM; 2014. p. 45-57.
12. Ward T, Stewart C. The relationship between human needs and criminogenic needs. Psychol Crime Law. 2003;9:219-24.
13. Willis GM, Prescott DS, Yates PM. Good Lives Model (GLM) in theory and practice. Sex Abuse Aust N Z. 2016;5:3-9.

14. Wysocka F. Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2015.
15. Andrews DA, Bonta J, Hoge RD. Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. Crim Justice Behav. 1990;17(1):19-52.
16. Barczykowska A. Model ryzyka i model dobrego życia w resocjalizacji nieletnich – od sporu do kooperacji. In: Witek P, editor. Resocjalizacja nieletnich. Aktualne dylematy instytucji resocjalizacyjnych. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2018. p. 153-168.
17. Ward T, Maruna S. Rehabilitation: beyond the risk assessment paradigm. London: Routledge; 2007.
18. Browne KD, Foreman L, Middleton D. Predicting treatment drop-out in sex offenders. Child Abuse Rev. 1998;7:402-19.
19. Ware J, Bright DA. Evolution of a treatment programme for sex offenders: changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). Psychiatry Psychol Law. 2008;15:340-9.
20. Jones N, Pelissier B, Klein-Saffran J. Predicting sex offender treatment entry among individuals convicted of sexual offense crimes. Sex Abuse. 2006;18:83-98.
21. Fortune CA, Ward T, Polaschek DL. The Good Lives Model and therapeutic environments in forensic settings. Therapeutic Communities. 2014;35(3):95-114.
22. Mann RE, Webster SD, Schofield C, Marshall WL. Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. Sex Abuse. 2004;16:65-75.
23. Kowalczyk MH. Współczesne koncepcje oddziaływań resocjalizacyjnych wobec osób z zaawansowanymi przejawami zaburzeń w zachowaniu i niedostosowania społecznego. Polska Myśl Pedagogiczna. 2020;6:113-30.
24. Willis G, Ward T. The Good Lives Model: evidence that it works. In: Craig L, Dixon L, Gannon TA, editors. What works in offender rehabilitation: an evidence based approach to assessment and treatment. West Sussex: John Wiley & Sons; 2013. p. 305-18.
25. Serran G, Fernandez Y, Marshall WL, Mann RE. Process issues in treatment: application to sexual offender programs. Prof Psychol Res Pr. 2003;34:368-74.
26. Whitehead PR, Ward T, Collie RM. Time for a change: applying the Good Lives Model of rehabilitation to a high-risk violent offender. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2007;51:578-98.
27. McGrath R, Cumming G, Burchard B, Zeoli S, Ellerby L. Current practices and emerging trends in sexual abuser management: the Safer Society 2009 North American survey. Brandon (VT): Safer Society Press; 2010.
28. Willis GM, Ward T, Levenson JS. The Good Lives Model (GLM): an evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs. Sex Abuse. 2014;26(1). doi:10.1177/1079063213478202

ORCID
Inga Markiewicz 0000-0003-2274-2024

Corresponding author
Inga Markiewicz
Department of Forensic Psychiatry
Institute of Psychiatry and Neurology
ul. Sobieskiego 9
PL 02-957 Warszawa
e-mail: imarkiewicz@ipin.edu.pl

ZASTOSOWANIE KONCEPCJI *GOOD LIVES MODEL* (GLM) W TERAPII PACJENTÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIATRII SĄDOWEJ

Wprowadzenie

W ostatnich latach zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich obserwuje się wzrost liczby pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej. Wedle danych Ministerstwa Zdrowia z września 2024 r.[1] liczba pacjentów detencyjnych w naszym kraju osiągnęła 3600 osób. Czas ich przebywania w izolacji wynosi od kilku do nawet kilkunastu lat, a zwolnienie zależne jest nie tylko od ich stanu zdrowia, ale także ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego w przyszłości.

Celami pobytu pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej w ramach realizowanego środka zabezpieczającego są leczenie, rehabilitacja i resocjalizacja, mające umożliwić chorym reintegrację ze społeczeństwem i powrót do wypełniania określonych ról społecznych. Tak szeroko zakreślone cele wymagają szczególnego postępowania terapeutycznego. Od lat dziewięćdziesiątych, kiedy kształtował się system psychiatrii sądowej w Polsce, praktycznie do dziś nie sformułowano specyficznych programów terapeutyczno-resocjalizacyjnych dedykowanych konkretnie pacjentom sądowym. Specjaliści korzystają z metod ugruntowanych w psychiatrii ogólnej, tj. farmakoterapii, psychoterapii indywidualnej i grupowej, terapii uzależnień, określonych treningów (tj. funkcji poznawczych, umiejętności społecznych, zastępowania agresji, sportowych, higienicznych czy kulinarnych), terapii zajęciowej itp. [1]. Jakkolwiek metody pracy w oddziałach sądowych są takie same jak w oddziałach ogólnopsychiatrycznych, to warunki panujące w jednostkach detencyjnych są znacząco inne – dużo bardziej restrykcyjne. Rygor w nich panujący zależy od poziomu zabezpieczenia (podstawowy, wzmocniony i maksymalny), którego wymogi ściśle określa kodeks karny wykonawczy, oraz od wewnętrznych regulaminów. W wielkim uproszczeniu można powiedzieć, że w Polsce oddziały sądowe od oddziałów ogólnopsychiatrycznych bardziej odróżniają warunki techniczne i organizacyjne aniżeli specyfika terapii oferowanej pacjentom. Podkreślić należy, że chorzy w oddziałach detencyjnych są obciążeni nie tylko zaburzeniami psychicznymi, ale także historią popełnienia najcięższych czynów zabronionych. Z tego względu ważne jest, aby oprócz stosowania adekwatnych metod leczniczych pracować również terapeutycznie z pacjentami nad ich postawami prospołecznymi, socjalizacją, redukcją agresji oraz budowaniem nowych wzorców zachowania zgodnych z prawem. Psychoterapeutycznego przepracowania wymaga też stosunek chorych do popełnionych przez nich czynów, zwłaszcza gdy ustępują ostre objawy psychotyczne i chorzy uświadamiają sobie, jak poważne czyny popełnili w psychozie.

Nie bez znaczenia dla osiągnięcia tych niezwykle trudnych celów staje się relacja pomiędzy pacjentami a personelem pracującym w oddziale, zbudowana na zrozumieniu, odpowiedzialności i wzajemnym zaufaniu (na ile to możliwe), a także stopniowym zwiększaniu autonomii. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia motywacji do leczenia, gdyż obserwuje się, że w miarę upływu lat i długotrwałego pobytu w oddziałach detencyjnych pacjenci przystosowują się do warunków życia w izolacji i tracą motywację do współpracy z leczącymi oraz do jakichkolwiek zmian w swoim życiu. Przypomina to proces adaptacji do warunków izolacji więziennej zamiast hospitalizacji mającej poprawić stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne chorego. Stąd też warto byłoby podjąć refleksję nad metodami terapeutycznymi w oddziałach sądowych, a także sposobem funkcjonowania personelu i pacjentów w tychże oddziałach.

Warunki i „klimat" panujący w oddziałach psychiatrii sądowej oraz jakość życia pacjentów w izolacji szpitalnej zyskują w procesie terapeutycznym coraz bardziej na znaczeniu zarówno w europejskiej, jak i światowej psychiatrii sądowej. W Australii już od lat 90-tych ubiegłego wieku, a w ostatnich latach także w krajach zachodniej Europy (m.in. w Niemczech i Holandii), zaczęto rozwijać opiekę nad pacjentami sądowymi w oparciu o model dobrego życia (*Good Lives Model,* GLM) [2–7]. Wciąż jednak, głównie w krajach byłego bloku wschodniego, dominuje bardziej represyjny niż terapeutyczny model postępowania z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych. Przykładowo – koncepcja GLM pojawiła się na gruncie polskim stosunkowo niedawno [8, 9] i to jedynie w odniesieniu do terapii sprawców przestępstw seksualnych oraz innych osadzonych w zakładach karnych. Nie jest natomiast powszechnie stosowana w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi w oddziałach psychiatrii sądowej.

Próba przeniesienia tej nowej teorii terapeutyczno-resocjalizacyjnej na oddziały szpitalne wymusza jednocześnie zadanie ważnych pytań o stan aktualny i warunki realizacji detencji w Polsce: czy stosując obecny „model penitencjarny" w psychiatrii sądowej (który obok leczenia opiera się na formułowaniu rygorystycznych regulaminów, tworzeniu coraz obszerniejszych katalogów rzeczy i czynności zabronionych, zatrudnianiu coraz to większej liczby personelu ochrony celem zwiększenia

[1] Niepublikowane dane z Ministerstwa Zdrowia, wrzesień 2024.

bezpieczeństwa w oddziale), jest się w stanie zaspokoić podstawowe potrzeby pacjentów, zagwarantować im optymalną jakość życia i spełnić zakładany cel terapeutyczny? I czy można takimi punitywnymi metodami nauczyć pacjentów modelu współpracy oraz życia opartego na zaufaniu i odpowiedzialności? Czy podejście oparte na zasadzie eliminowania czynników ryzyka powrotności do przestępstwa pacjentów sądowych jest wyłączne i jedyne, które ma gwarantować pożądane efekty? Czy może oś programów indywidualnego oddziaływania powinna odnosić się w równej mierze do analizy czynników ochronnych, „dobrych stron" pacjenta i wzmacniania jego potencjału przy jednoczesnym zapewnieniu choremu spełnienia życiowych potrzeb i godnych warunków hospitalizacji?

Holenderscy naukowcy już w latach dziewięćdziesiątych zaczęli udowadniać, że reforma systemu psychiatrii sądowej oraz warunków bytowych pacjentów (jakości ich życia) przebywających w oddziałach detencyjnych są konieczne dla uzyskania lepszych efektów w leczeniu i reintegracji sprawców czynów zabronionych. Wedle rozwijającej się od końca ubiegłego wieku nie tylko w Holandii, ale i wielu innych krajach Europy teorii opracowanej przez nowozelandzkiego profesora psychologii klinicznej i sądowej Tony'ego Warda z Victoria University of Wellington [7] skutecznym sposobem redukowania ryzyka powrotu do przestępczości jest zapewnienie pacjentom niezbędnych warunków do lepszego życia oraz samo uczenie ich lepszego życia (*good life* – GLM) [2–10, 12]. Te metody mają odnosić lepszy skutek niż tylko realizowanie zadań dążących do minimalizowania ryzyka powrotu do przestępczości w tradycyjnych szkołach terapii i resocjalizacji.

Model ryzyka *Risk-Needs-Responsivity* (RNR)

Dotychczasowe działania i instrumenty pracy z zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych opierały się na teoretycznym modelu RNR (*risk-needs -responsivity*), osadzonym na trzech podstawowych zasadach: ryzyka (*risk*), potrzeb (*needs*) i reaktywności (*responsivity*). Zasada ryzyka wiąże się z określeniem prawdopodobieństwa wejścia w konflikt z prawem i ustaleniu czynników (wewnętrznych i zewnętrznych), które temu sprzyjają, a następnie ich wyeliminowaniu. Czynniki te z jednej strony wyznaczają poziom ryzyka, a z drugiej określają zakres zmian, które powinny nastąpić w postępowaniu leczniczo-resocjalizacyjnym [14].

Podstawę leczenia w tym modelu stanowi identyfikacja potrzeb kryminogennych (*criminogenic needs*) będących synonimem każdej sytuacji problemowej i leżących u podstaw zachowań dewiacyjnych, takich jak np. nastawienia proprzestępcze, destrukcyjne style radzenia sobie z trudnościami, uzależnienia, utrwalona agresja i wrogość czy też środowisko przestępcze [15]. Celem oddziaływań terapeutycznych jest tu przede wszystkim wyeliminowanie z życia jednostki tych czynników, które sprzyjają podejmowaniu zachowań niezgodnych z prawem. Model RNR odnosi się także do potrzeb niekryminogennych (np. nieadekwatnego poczucia własnej wartości, pobudzenia, niepokoju, poczucia stresu, braku odporności na frustrację, braku samokontroli emocjonalnej, zaburzeń psychicznych oraz stanu zdrowia fizycznego) jako tych, których zaspokojenie w procesie resocjalizacji sprzyja stabilizacji i uspołecznieniu osoby niedostosowanej. Andrews, Bonta i Hoge, choć podkreślają pozytywny i wartościowy aspekt pracy nad tego typu potrzebami, nie dostrzegają jednak jej związku z redukcją recydywy [15, 16]. Powrotność do przestępstwa oraz sposób reagowania jednostki na działania resocjalizacyjne (zasada reaktywności) zależy w dużej mierze także od jej możliwości intelektualnych, umiejętności interpersonalnych i motywacji do zmiany.

W wielkim uproszczeniu, aczkolwiek wystarczającym na potrzeby niniejszej publikacji, koncentrującej się na modelu GLM (a nie RNR), można powiedzieć, że praca terapeutyczna w podejściu RNR skupia się na redukowaniu czynników ryzyka, głównie o charakterze kryminogennym. Niektórzy twierdzą [12, 17], że jest to oddziaływanie jedynie na objawy, bez uwzględnienia ich źródeł. Ward i Maruna podkreślają, że samo koncentrowanie się na eliminowaniu czynników ryzyka nie pozwala osobie przejawiającej zaburzone zachowania dokonać odniesienia do pozytywnych skutków wycofania się z działalności przestępczej [17]. Oznacza to, że potencjalny pacjent oddziału psychiatrii sądowej wie, czego nie może robić, gdyż mu się to komunikuje, np. wprowadzając restrykcyjne ograniczenia regulaminowe w oddziałach detencyjnych, natomiast nie wie, dlaczego powinien „porzucić" dotychczasowy sposób swojego funkcjonowania (np. zachowania agresywne), a także nie ma świadomości tego, jak bardzo na korzyść mogłoby zmienić się jego życie, gdyby zaprzestał działań niezgodnych z prawem (aspekt celowości). Koncentrując się wyłącznie na kontroli ryzyka zachowań destrukcyjnych i eliminowaniu czynników temu sprzyjających, pacjent nie ma możliwości dokonania przemiany wewnętrznej, która jest niezbędna do utrzymania trwałej pozytywnej zmiany. Krytycy tej tradycyjnej koncepcji podnoszą jeszcze jeden ważny kontrargument. Praca metodą RNR jest mocno zuniwersalizowana – brakuje w niej indywidualnego podejścia do każdej osoby, uwzględnienia specyficznych dla niej mechanizmów zaburzeń, odniesienia do jej specyficznych potrzeb i wartości, często nieujawnianych, a także odkrycia jej indywidualnego potencjału [14, 17].

Obserwacje praktyki klinicznej w oddziałach sądowych dowiodły, że tradycyjne sposoby leczenia i resocjalizacji (RNR) nie zawsze kończą się powodzeniem, a czasami wręcz zniechęcają chorych do terapii.

Przeprowadzone za granicą badania potwierdziły, że pomimo skuteczności programów resocjalizacyjnych opartych na modelu redukcji ryzyka przestępczości wskaźniki rezygnacji z leczenia w programach terapii sprawców seksualnych są często wysokie (30–50%) [18, 19]. Jako jedną z ważniejszych przyczyn tego zjawiska wskazywano wąski i ograniczony zakres tych programów, gdyż skupiają się one niemal wyłącznie na indywidualnych deficytach chorych (np. słaba regulacja emocjonalna, niedostateczne umiejętności rozwiązywania problemów) zamiast na pracy z ich potencjałem i wewnętrznymi zasobami. Ponadto wykazano, że zaburzeni psychicznie sprawcy czynów zabronionych często trwają do końca w programach RNR jedynie z powodów zewnętrznych – np. mimo braku wewnętrznej motywacji do zmiany nieprawidłowych wzorców zachowania chcą mieć możliwość uzyskania warunkowego zwolnienia [20]. Między innymi z tych powodów stwierdzić można, że model RNR stanowi konieczny, ale niewystarczający warunek skutecznego leczenia i resocjalizacji [11, 14].

Stopniowe dostrzeganie mankamentów w modelu RNR doprowadziło do poszukiwania nowych instrumentów, które pozwoliłyby uzupełnić tradycyjne metody pracy z osobami niedostosowanymi społecznie. Nie eliminowano jednak dotychczasowej praktyki, ale doskonalono to podejście aż do wykształcenia się nowego modelu GLM, czasem nawet określanego jako RNR Plus.

Warto podkreślić, że oba modele (RNR i GLM), jakkolwiek od siebie różne, dążą do stworzenia warunków pozwalających jednostce na powrót do społecznie akceptowanego sposobu życia. Z badań wynika, że zdecydowanie lepsze efekty terapeutyczne u sprawców czynów zabronionych można osiągnąć przy zastosowaniu łącznie obu modeli albo też samego GLM – jako alternatywy do tradycyjnych metod pracy [21].

Model GLM

GLM reprezentuje teorię rehabilitacji opartą na zasobach, która ma na celu wyposażenie zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych w wewnętrzne i zewnętrzne narzędzia, aby mogli oni dobrze żyć lub dążyć do lepszego życia – takiego, które jest społecznie akceptowalne i ma dla nich osobisty, indywidualny sens. Podstawowym celem leczenia, wedle koncepcji GLM, jest zapewnienie im możliwości ochrony ich ważnych osobistych dóbr w społecznie i ogólnie akceptowany sposób, przy jednoczesnej pracy terapeutycznej, mającej na celu minimalizowanie zachowań przestępczych [11, 22]. GLM podkreśla aktywne angażowanie uczestników w proces rehabilitacji, stworzenie im godnych warunków życia i możliwości zaspokojenia indywidualnych potrzeb oraz wypracowywanie postaw sprzeciwu względem zachowań niezgodnych z prawem [23]. Priorytetem staje się tu wykorzystywanie podstawowych zdolności sprawców czynów zabronionych w procesie zmiany zachowania, a przez to zmniejszanie ryzyka recydywy, jak również zwiększenie szans na lepsze życie [2, 13].

Model GLM odnosi się także do potrzeb kryminogennych jako tych, które odgrywają ważną rolę w etiologii zachowań przestępczych. Są one konceptualizowane jako wewnętrzne lub zewnętrzne bariery (przeszkody), które uniemożliwiają zgodne z prawem, dobre i godne życie. Ponadto GLM wskazuje na związek pomiędzy potrzebami (czynnikami) kryminogennymi a potrzebami człowieka, utożsamiając ich związek z dążeniem do podstawowych dóbr ludzkich. Oznacza to, że podobnie jak wszyscy ludzie, sprawcy czynów zabronionych (także ci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi) są ukierunkowani i predysponowani do poszukiwania wielu podstawowych dóbr ludzkich, natomiast sposób realizacji tych potrzeb odbywa się na drodze sprzecznej z prawem lub normami społecznymi. To właśnie wewnętrzne i zewnętrzne deficyty zasobów prowadzą do sięgania po nieakceptowane środki [16].

GLM wyróżnia dobra pierwotne (podstawowe) oraz dobra wtórne. Te pierwsze odzwierciedlają pewne stany umysłu, cechy osobiste i doświadczenia, które są korzystne i poszukiwane oraz reprezentują podstawowe wartości i priorytety życiowe jednostki [16]. Dobra wtórne są natomiast środkami (też umiejętnościami), które służą osiągnięciu najważniejszych celów jednostki, są nimi m.in. umiejętności społeczne, zawodowe, zdrowie psychiczne i fizyczne, osobowość, umiejętności planowania i organizacji. Ich brak może prowadzić do problemów z przestrzeganiem prawa lub innych negatywnych konsekwencji [10].

Ward i Gannon zaproponowali jedenaście klas dóbr podstawowych, w tym m.in. życie (zdrowe życie i funkcjonowanie), wiedza (posiadanie wiedzy o rzeczach), doskonałość w sztuce (zabawie, grze, rozrywce, zajęciach rekreacyjnych), doskonałość w pracy (w tym doświadczenie mistrzowskie), doskonałość w działaniu (w tym autonomia i samostanowienie), spokój wewnętrzny (tj. uwolnienie od emocjonalnego stresu i niepokoju), przyjaźń (w tym relacje intymne, romantyczne i rodzinne), wspólnota (społeczność), duchowość (w kontekście odnajdywania sensu i celu życia), przyjemność, szczęście (jako stan, dobre samopoczucie tu i teraz) i kreatywność (wyrażanie siebie poprzez alternatywne formy) [6, 16, 21, 22]. Z perspektywy GLM, chociaż obecność wszystkich podstawowych dóbr ludzkich jest konieczna dla „dobrego" życia i zakłada się, że ludzie w pewnym stopniu szukają wszystkich podstawowych dóbr, to priorytety przypisane konkretnym dobrom podstawowym są związane z poczuciem tożsamości danego człowieka i odzwierciedlają jego indywidualne wartości życiowe [17]. Dobra pierwotne traktuje się także jako te, które określają, co naprawdę warto mieć w życiu. Dlatego też

chcąc pomóc sprawcom czynów zabronionych w ograniczaniu zachowań agresywnych i zaprzestaniu działań przestępczych, należałoby wskazać im prospołeczne, a zarazem skuteczne sposoby osiągania tych podstawowych dóbr, które są w sposób indywidualny dla nich ważne. Natomiast odcięcie dostępu do pożądanych dóbr podstawowych bez wskazania alternatywnych sposobów ich osiągnięcia może spowodować jedynie frustrację, a ta ostatecznie zwiększy szanse na dalsze działania kryminogenne [11, 14, 22].

W ramach GLM rolą terapeutów jest pomoc chorym w opracowaniu konkretnego planu określającego cele, które są osobiście dla nich znaczące, jak również wskazującego praktyczne kroki, które należy podjąć, aby je osiągnąć (uzyskać dostęp do pożądanych przez nich dóbr). Plan terapeutyczny powinien przy tym uwzględniać okoliczności zewnętrzne, stan zdrowia fizyczny i psychiczny chorego oraz jego indywidualne możliwości i zainteresowania. Laws i Ward zakładają, że dobrze skonstruowany indywidualny plan terapeutyczny GLM spowoduje zminimalizowanie ryzyka powrotu do przestępczości [21], a zatem doprowadzi do zrealizowania jednego z najważniejszych celów pracy z pacjentami oddziałów psychiatrii sądowej.

Poniżej przedstawiono schemat (Ryc. 1) wyżej wymienionych dążeń pacjentów sądowych do uzyskania najważniejszych dóbr (*primary goods* – dobra podstawowe) wraz z uwzględnieniem czynników kryminogennych (barier i przeszkód – *obstacles*) utrudniających lub uniemożliwiających osiągnięcie zamierzonych celów w sposób „zdrowy" i społecznie akceptowalny. Wśród przeszkód wyróżniono: 1) czynniki spowodowane deficytami umiejętności pacjenta (np. interpersonalnych, regulacji emocji, poznawczych, komunikacyjnych itp. – *skills deficits*); 2) czynniki związane z chorobą psychiczną – *mental illness*; 3) czynniki środowiskowe (zewnętrzne) – *environment*, do których zaliczyć można m.in. określone wsparcie, możliwości czy zdarzenia. *Secondary goods* (dobra wtórne) traktowane są tutaj jako „patologiczne" środki i sposoby, które mają doprowadzić do osiągnięcia dóbr podstawowych.

Efektywność GLM w świetle badań

Wraz z upływem lat od wprowadzenia do praktyki klinicznej w zagranicznych oddziałach psychiatrii sądowej modelu GLM rozpoczęto szereg badań nad przydatnością i efektywnością nowego programu terapeutyczno-resocjalizacyjnego w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, które dopuściły się popełnienia najpoważniejszych typów przestępstw (głównie z zakresu wolności seksualnej). W jednym z pierwszych takich badań [22] porównano dwa kierunki interwencji terapeutycznej nakierowanej na zapobieganie ponownemu popełnieniu przestępstwa: tradycyjną metodę RNR opartą na analizie i monitorowaniu ryzyka oraz zaadaptowaną nową metodę GLM skoncentrowaną na uczeniu pacjentów sądowych alternatywnych właściwych sposobów realizacji ich indywidualnych potrzeb i celów w zgodzie z prawem i normami społecznymi. Wyniki wykazały, że uczestnicy terapii zorientowanej na wartości i cele związane z podejściem GLM bardziej angażowali się w leczenie i byli lepiej zmotywowani do życia wolnego od przestępstw po zakończeniu terapii w porównaniu z leczonymi tradycyjnymi metodami (RNR) [24].

Także Ware i Bright [19] przedstawili wyniki swoich badań dotyczących efektywności terapii po wprowadzeniu zmian w programie leczenia przestępców seksualnych w warunkach izolacji. Zmiany te polegały na przemodelowaniu terapii w taki sposób, aby planowanie leczenia odzwierciedlało model GLM oparty na ustalanych wspólnie z chorymi celach oraz ich zasobach i ogólnym potencjale. Ponadto w procesie terapii i rehabilitacji pacjenci sądowi mogli korzystać z większej autonomii poprzez pracę nad osiągnięciem celów leczenia we własnym, a nie narzuconym tempie. W efekcie zaobserwowano, że wraz z nowym modelem postępowania terapeutycznego (GLM) wskaźnik rezygnacji pacjentów z leczenia zmniejszył się, a personel potwierdził, że czuje większą efektywność swojej pracy. To prawdopodobnie wpłynęło korzystnie także na relacje terapeutyczne z chorymi, co samo w sobie jest związane z pozytywną i optymistyczną zmianą w leczeniu [25].

W jeszcze innym badaniu również stwierdzono, że sprawcy, względem których stosowano leczenie oparte na zasadach GLM, wykazali znacznie większą poprawę w porównaniu do chorych leczonych tradycyjnymi metodami redukcji ryzyka. Co więcej, u osób korzystających z terapii w podejściu GLM zaobserwowano po zakończeniu leczenia znacznie lepsze umiejętności radzenia sobie z problemami w porównaniu z grupą pacjentów rehabilitowanych wyłącznie w oparciu o RNR. Ponadto pacjenci, u których wdrożono zasady GLM, po zakończeniu leczenia zdecydowanie częściej niż ci poprzedni posiadali system wsparcia społecznego stanowiący niewątpliwie jeden z ważniejszych czynników ochronnych. Nowe metody ułatwiły także reintegrację sprawców ze społeczeństwem, w tym realizację przez nich długoterminowych celów (np. podjęcie studiów wyższych) oraz rozwijanie prospołecznych form spędzania wolnego czasu już po opuszczeniu izolacji [24, 26].

Przedstawione wyżej wyniki badań jednoznacznie sugerują, że wdrożenie w oddziałach psychiatrii sądowej postępowania opartego na GLM może stanowić dobry sposób na zwiększenie zaangażowania pacjentów w leczenie i poprawę jego efektów. Zbyt mało jest jeszcze w literaturze doniesień naukowych (a w Polsce całkowicie ich brak) potwierdzających definitywnie tezę, że programy zgodne z GLM zapewniają zdecydowane

zmniejszenie recydywy w porównaniu z programami opartymi wyłącznie na RNR. Warto jednak podkreślić, że wiele ośrodków psychiatrii sądowej w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie przyjęło już model pracy terapeutycznej w nurcie GLM i ich rezultaty są dość obiecujące [27, 28]. Niewątpliwie istnieje konieczność prowadzenia dalszych badań w tym kierunku, tym bardziej że praktyka kliniczna dowodzi, iż włączenie do programów terapeutyczno-resocjalizacyjnych elementów opartych na modelu dobrego życia osiąga swoje założone cele.

Podsumowanie i wnioski

Wywodzące się z GLM programy terapeutyczne są idealnie dostosowane do wzmacniania zasobów pacjentów sądowych i wskazywania im uspołecznionych sposobów funkcjonowania w środowisku. GLM zapewnia systematyczne i wszechstronne ramy dla planowania leczenia i zarządzania ryzykiem zachowań agresywnych grożących ze strony chorych, jest zakorzeniony w solidnej teorii psychologicznej oraz oparty na silnych podstawach etycznych [23]. Konkretne programy wywodzące się z GLM czynią zadość ograniczeniom podejść skupionych wyłącznie na zarządzaniu ryzykiem lub opartych na deficytach chorych. Powszechnie już wiadomo, że samo koncentrowanie się na czynnikach ryzyka i wprowadzanie coraz to większej liczby restrykcji w oddziałach sądowych raczej nie zachęci pacjentów, którzy w przeszłości weszli w konflikt z prawem, do przyjęcia nowych, społecznie adaptacyjnych sposobów funkcjonowania, działania, myślenia o sobie i swoim życiu. Osoby takie potrzebują możliwości lepszego życia, a nie tylko opanowania umiejętności kontrolowania swoich destrukcyjnych działań i redukowania ryzyka ekspresji „zła". Chodzi głównie o przeniesienie „siły nacisku" z permanentnej koncentracji na kontroli ryzyka powrotności do przestępstwa (co jest wciąż charakterystyczne dla polskiego systemu) na model nowoczesnej psychiatrii sądowej z podejściem skoncentrowanym na osobie – na potencjale chorego i jego pozytywach, na realizacji jego indywidualnych potrzeb oraz zapewnieniu mu możliwie optymalnej jakości życia w drodze do jego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.