

Del Compromiso Constructivo a la Recuperación Coercitiva, Alastair Morgan & Anne Felton¹

Hace ya muchos años que las personas que experimentan directamente el sufrimiento mental solicitan una mayor implicación en los servicios de salud mental, en su propio tratamiento y, en última instancia, en sus propias vidas. Se trata, en parte, de una respuesta desde la experiencia de ser diagnosticado con un trastorno mental y ser usuario de los servicios de salud mental, una experiencia que se extiende a todos los ámbitos de la vida y es potencialmente debilitadora. En las prácticas de salud mental predomina hoy en día una perspectiva de Recuperación,² que defiende un camino de esperanza, crecimiento, auto-adaptación y nuevas oportunidades, y proporciona una oportunidad real para que las personas tomen decisiones sobre sus propias vidas, y supone todo un desafío a la influencia controladora de los servicios de salud mental.

Se está dando un énfasis creciente sobre la recuperación, tanto en las políticas de Salud Mental como en la literatura técnica (Department of Health³ [DH], 2004, 2006). Esta perspectiva obliga a los profesionales a ver en las personas algo más que “pacientes”, y reconocer el resto de los muchos otros roles que juegan en la sociedad, al objetivo de ayudarles a conseguir sus propias metas. Según Repper y Perkins (2009) el apoyo a la recuperación significa dar prioridad a la persona, a sus deseos, y objetivos. Es necesario tener en cuenta la relación entre la salud y los factores sociales, y el significado que tiene para las personas el poder elegir y mantener el control sobre su propia vida. Las políticas sanitarias de estos últimos años se han hecho eco de esta postura y animan a los servicios de salud mental a trabajar en partenariatio con las personas que utilizan sus servicios (DH, 2000, 2001, 2005). Sin embargo, estamos asistiendo a una paradoja fundamental dentro del mismo núcleo de la asistencia contemporánea en salud mental. En una época en que los principios de la recuperación, basada en la elección y el respeto, son primordiales en la prestación de servicios, se está dando un énfasis creciente en la coerción. ¿Por qué está la coerción en auge si la recuperación se ha integrado como seña de identidad en los servicios?

Podemos asegurar objetivamente que nuestro sistema de salud mental es más coercitivo debido a los cambios provocados por la Mental Health Act⁴ de 2007, con la introducción del Supervised Community Treatment - Tratamiento Comunitario Supervisado. El Tratamiento Comunitario Supervisado se presentó en Inglaterra y Gales el 3 de noviembre de 2008. En virtud del poder que se le otorga, ciertas personas retenidas, basándose en determinados artículos de la Mental Health Act, pueden ser remitidas a este Tratamiento Comunitario, es decir, puestas bajo tratamiento obligatorio, y que contiene las reglas que han de acatar, incluyendo la toma de su medicación (Lawton-Smith, 2010). Las últimas cifras de la Comisión de Calidad Asistencial

¹ Alastair Morgan & Anne Felton *From Constructive Engagement to Coerced Recovery*, en Coles, Steven, Keenan, Sarah & Diamond, Bob (Edits) *Madness contested: Power and practice*, Chapter 4, pp- 56-73. UK: PCCCS-Books, 2013
Alastair Morgan: Sheffield Hallam University; Anne Felton: University of Nottingham.

² El texto hace referencia en todo momento a la situación en Gran Bretaña

³ Ministerio de Salud británico

⁴ Ley de Salud Mental

detallan que, en el período entre noviembre de 2008 y marzo de 2011, se habían usado un total de 10.171 órdenes de tratamiento comunitario (OTC), aunque el 41 por ciento ya habían sido revocado antes de publicarse el informe (*Health and Social Care Information Centre, 2011*). El número total de personas sujetas a coerción formal bajo la Mental Health Act en Inglaterra y Gales aumentó en un 5 por ciento entre 2010-2011 (*Health and Social Care Information Centre, 2011*).

En este capítulo nos centraremos en un discurso actualmente en boga, que intenta justificar esta coerción creciente aplicada a un grupo concreto de personas, denominadas de "puerta giratoria". Se trata de personas con un diagnóstico de enfermedad mental grave (a menudo psicosis), con antecedentes de múltiples ingresos hospitalarios, que plantean problemas para implicarse en la terapia, y que muestran vulnerabilidad social (incluyendo vivienda precaria y uso de drogas). Este es supuestamente el grupo diana de las OTC (ver Churchill, Owen, Singh y Hotopf, 2007). Es también el mismo grupo que estuvo en el punto de mira de la agenda de recuperación que se puso en marcha a finales de los 90, con el objetivo de comprometer de forma constructiva a las personas que previamente se habían desvinculado de los servicios (Sainsbury Centre for Mental Health [SCMH], 1998). Su agenda, basada en el compromiso constructivo, empezaba por asumir que eran los servicios los que debían cambiar para poder ofertar una perspectiva más incluyente y socialmente orientada a la recuperación. En este capítulo defenderemos la opinión de que, para un grupo definido como personas "con problemas para comprometerse", el acento en el compromiso constructivo, que considera un equilibrio entre los derechos y responsabilidades mutuas, está siendo reemplazado rápidamente por una agenda de recuperación coercitiva que concibe la coerción como el primer paso en el camino hacia la recuperación (Davidson & Roe, 2007; Priebe et al, 2009; Molodynski, Rugkása y Burns, 2010).

Exploraremos tres áreas en este discurso sobre la recuperación coercitiva; un discurso sobre el riesgo, un discurso asociado a "tratar presionando" que explora los diferentes usos y significados de la coerción, y un discurso que defiende que las órdenes de tratamiento comunitario son éticamente justificables. Sostenemos que este creciente cuerpo de literatura inclina demasiado la balanza hacia la coerción, y que necesitamos volver a una auténtica práctica dirigida a la recuperación, basada en un compromiso constructivo sobre la capacidad de elegir y el respeto.

Antes de comenzar a explorar estas tres áreas, es importante definir algunos de los términos básicos que estamos usando. Para empezar, es importante intentar describir los temas centrales de un enfoque de recuperación. Tal como lo han observado muchos autores, el concepto de recuperación en la asistencia en salud mental a menudo es difuso y oculta una serie de desacuerdos y discrepancias (Social Care Institute for Excellence, 2007; Davidson y Roe, 2007; Pilgrim, 2008; Stickley y Wright, 2011). Pilgrim (2008) ha resumido esta confusión conceptual poniendo de relieve tres conceptos de recuperación en la literatura. En primer lugar, está el concepto de recuperación del "tratamiento biomédico". Hace hincapié en la importancia de la medicación para la recuperación, y define la recuperación en sintonía con la conciencia de enfermedad y a la acogida al tratamiento médico. Pilgrim (2008, p. 296) lo considera "vino viejo en odres nuevos". En segundo lugar, existe un

concepto de recuperación que tiene que ver con el desarrollo de un repertorio de habilidades sociales y recursos que servirán de apoyo frente a los efectos del sufrimiento, permitiendo que la persona pueda vivir una vida lo más plena posible. Se hace hincapié en el aumento del bienestar. Es el enfoque asumido por la agenda del compromiso constructivo (SCMH de 1998, Pilgrim, 2008). Por último, hay un modelo más basado en los derechos individuales, para el que la recuperación supone liberarse de la coacción, del etiquetado y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico y la discriminación social. Este concepto de recuperación está estrechamente ligado a un discurso centrado en la supervivencia a los perjuicios causados por la psiquiatría, y a crear sentido a la experiencia personal (Turner-Crowson y Wallcraft, 2002; Crossley, 2006; Pilgrim, 2008). Evidentemente, como reconoce Pilgrim, son muchos los conflictos posibles entre estos tres conceptos de recuperación y, no habiendo una definición clara, podríamos preguntarnos si la recuperación es un concepto útil en salud mental.

Sin dejar de reconocer esta conceptualización confusa y conflictiva, Stickley y Wright (2011) han tratado de recapitular algunos temas centrales para definir la recuperación, mediante un examen sistemático de la literatura técnica. Aunque aceptan que no hay una definición universal de la recuperación, articulan algunos prerrequisitos procedentes de la literatura que podrían considerarse como los componentes fundamentales de cualquier perspectiva sobre la recuperación. Estos componentes centrales son, en primer lugar, un énfasis en trabajar de un modo que respete la posibilidad de elegir y fomenta la esperanza, dentro de un contexto general denominado como "filosofía humanista". En segundo lugar, el hincapié en reconocer como esencial el testimonio o la narrativa personal de la experiencia del sufrimiento mental. En tercer lugar, la relevancia primordial de que las personas desarrollen significado basándose en su sufrimiento mental. En cuarto lugar, está la importancia de una "ocupación plena de sentido" (Stickley y Wright, 2011, p. 253). Los autores reconocen las tensiones que se producen en el difícil equilibrio entre el riesgo y el trabajo orientado a la recuperación, que quedan patentes en su revisión de la literatura.

Ya tenemos un marco de trabajo sobre la recuperación que da cuenta de su significado diverso, y, no obstante, identifica sus componentes constituyentes básicos. ¿Qué ocurre con la coerción? ¿Existe una definición consensuada de coerción? Anderson (2011) escribe que la coerción se hace presente siempre que se identifique una forma concreta por la que un agente (o estructura) obliga a otro a hacer algo en contra de su voluntad. De este modo, la coerción suele implicar siempre una violación de los derechos individuales. Anderson (2011) destaca dos elementos éticos de la coerción. En primer lugar, el cuestionamiento ético de quién ejerce la coerción y los medios que utiliza. En segundo lugar, la figura del coartado y cómo las personas bajo coerción pueden responder a la misma. Estos dos elementos se enmarcan dentro de un debate ético más amplio relacionado con la justificación de la coerción. Además, estas justificaciones suelen ser dobles; se basan en una justificación paternalista a la hora de violar el principio de autonomía en base a un bien superior (pensemos en la obligación de llevar puestos los cinturones de seguridad en los coches) o en la falta de capacidad para decidir de la persona a la que se anula su autonomía en beneficio de su propio interés.

La literatura sobre la coerción en psiquiatría refleja este debate filosófico,

Szmukler y Appelbaum (2008), centrándose en el acto de coerción, definen una gama de presiones diversas que se dan en la asistencia en salud mental, algunas de las cuales pueden considerarse coercitivas y otras no. También distinguen las amenazas de las ofertas en las situaciones coercitivas. Se trata de un concepto clave extraído de un influyente artículo sobre la coerción de Robert Nozick. Nozick (1969) sostiene que en cualquier situación coercitiva es importante identificar un punto de partida previo a la situación de coerción. Para Nozick el punto de partida se asocia con el "curso normal de los acontecimientos" (Nozick, 1969, p. 447). La coerción puede desglosarse en una amenaza o en una oferta, dependiendo de la forma en la que se comunica dentro del contexto del curso normal de los acontecimientos. Anderson (2011) plantea el siguiente ejemplo. En un robo a mano armada el asaltante plantea a su víctima que puede entregar sus bienes y resultar ilesa o guardarlos y ser agredida. En el curso de los acontecimientos es normal que disfrutemos de nuestros propios bienes sin que nadie nos moleste por lo que la propuesta del ladrón es en realidad una amenaza, no una oferta. En cambio, cuando un comercial le oferta a un cliente unas vacaciones gratis si contrata un seguro, como las vacaciones gratis no forman parte del curso normal de los acontecimientos, esto puede interpretarse como una oferta, y no como una amenaza. Como reconoce Anderson (2011) en el segundo ejemplo la presión que se ejerce es también importante. Pueden parecer disquisiciones abstrusas, pero más adelante veremos cómo esta distinción entre ofertas y amenazas también se utiliza en psiquiatría (Molodynski et al., 2010).

Szmukler y Appelbaum (2008) también señalan la diferencia entre descripciones objetivistas y subjetivistas de la coerción. Una descripción objetivista intentará justificar la coerción valiéndose de principios éticos, bien sea invocando una justificación paternalista para la vulneración de derechos para alcanzar mejores resultados, o basándose en el "mejor interés" desde el punto de vista de la capacidad de consentir. Una descripción subjetivista explorará la valoración de la persona que está siendo coaccionada. Existe abundante literatura sobre la coerción percibida en psiquiatría (Lidz et al., 1995). Sin embargo, la noción subjetivista de la coerción percibida es un arma de doble filo. Se puede argumentar que si la persona percibe que está siendo coaccionada lo está de hecho, independientemente de la realidad objetiva, pero también que si no la percibiera no hay que tener en cuenta el nivel objetivo de coacción. Szmukler y Appelbaum (2008) defienden, con sensatez, una combinación entre descripciones subjetivas y objetivas de la coerción.

Tras esbozar un primer debate en torno a los conceptos de recuperación y coerción, y antes de pasar a examinar los tres discursos que favorecen el que estemos pasando de una agenda de compromiso constructivo a un marco de recuperación coercitiva, precisamos identificar lo que se entiende por compromiso constructivo. El documento más importante a este respecto lo publicó en 1998 el Centre for Mental Health¹ (que en esa época se llamaba Sainsbury Centre for Mental Health.)² En las *Claves para el Compromiso*³ (SCMH, 1998) se describe la primera versión de un proyecto para trabajar con personas con dificultades para comprometerse con los servicios psiquiátricos, un proyecto cuya influencia fue creciendo en la década siguiente a su

¹ <http://www.centreformentalhealth.org.uk/index.aspx>

² http://en.wikipedia.org/wiki/Centre_for_Mental_Health

³ Keys To Engagement http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/keys_to_engagement.pdf

publicación, cuando se procedió a poner en marcha equipos funcionales en los servicios de salud mental por el National Service Framework for Mental Health publicado en 1999.¹ Aunque el documento inicialmente formaba parte de la iniciativa de crear servicios de Tratamiento Asertivo² en el Reino Unido, el enfoque que se instauraba en el mismo se extendió pronto a toda una serie de servicios comunitarios de salud mental. Se intentó reorientar los servicios de salud mental hacia las necesidades de los usuarios, haciendo hincapié en la ayuda práctica, en un enfoque holístico de lo asistencial, que no se limitaba solo al tratamiento médico, y con un enfoque de equipo intenso para trabajar y esforzarse continuamente, para comprometer al usuario con el servicio (Davidson & Campbell, 2007). Con la lectura de algunos de los primeros documentos, resulta patente que el énfasis en el compromiso partía del reconocimiento del fracaso de los servicios de salud mental a la hora de proporcionar una atención accesible y respetuosa para un grupo de clientes (por ejemplo, Bryant, 2001).

Sin embargo, resultaría excesivamente revisionista argumentar que este fue el único propósito que subyacía en la agenda del compromiso constructivo. La propia definición de compromiso, recogida en el material formativo del Sainsbury Centre, implica un conflicto entre una agenda del riesgo y una agenda del apoyo asistencial. En las *Claves para el Compromiso* (SCMH, 1998) se hace hincapié en que el compromiso debe ser constructivo y no coercitivo, pero en su definición se asume la necesidad de "seguir la pista a las personas". En el corazón de la agenda constructiva anidaba el viejo conflicto entre el respeto a la autonomía y la obligación de cuidar. Como Davidson y Campbell (2007) señalan, el trasfondo del desarrollo de servicios de tratamiento asertivo también venía marcado por un discurso sobre la seguridad pública, y por la percepción de un aumento de los riesgos para la comunidad en general provocado por personas con problemas de salud mental. Este trasfondo coercitivo tuvo su reflejo en los usuarios de los servicios que reaccionaron ante el compromiso constructivo como si fuera coercitivo en sí mismo. De forma ya célebre, MacMillan (2005, p. 6) escribió sobre el enfoque del tratamiento asertivo como una forma de "acoso terapéutico". Rosa (2001) escribió sobre el peligro de que el tratamiento asertivo se convirtiera en una forma de persuadir y sobornar a los usuarios de los servicios para que se integraran en un modelo tradicional de cuidados médicos en salud mental.

El compromiso constructivo no era en absoluto un nirvana ético. Sin embargo, se daba un equilibrio entre el propósito de involucrar y trabajar de forma constructiva con las personas y, al mismo tiempo, el respeto a sus derechos. Este equilibrio se podía mantener por la ausencia del tratamiento obligatorio comunitario, lo que significaba que el trabajo y las negociaciones para construir la agenda de las personas atendidas por los servicios era en sí mismo un modelo asistencial, aunque se enmarcara en la posibilidad, siempre presente, de un uso coercitivo de la Mental Health Act. Es interesante lo que escribe Williamson (2004) sobre el equilibrio ético que supone respetar el derecho de la persona a definir su propio sufrimiento mental, y tener a la vez el derecho a estar en desacuerdo hasta un límite en el que, en última instancia,

¹https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf

² *Assertive Outreach*, literalmente "extensión asertiva" suele traducirse como tratamiento o seguimiento asertivo.

se realice una lectura coercitiva de la Mental Health Act. Sin embargo, para que haya una tensión creativa es necesario que los datos no estén trucados de antemano. El que el usuario del servicio haga valer su derecho a no tomar medicación, que no enmarque su sufrimiento en términos de enfermedad, que no quiera ver al psiquiatra, no impide en absoluto otras formas distintas de trabajar y hacer. Son estas formas de trabajar y de hacer las que se van cerrando en la medida de que se inclina demasiado la balanza hacia un programa coercitivo, incardinado en la cultura del riesgo en la asistencia en salud mental.

La asistencia en Salud Mental: una cultura del riesgo

Se ha planteado la gestión del riesgo como si fuera central en las prácticas efectivas de salud mental, en especial del *Care Programme Approach*¹ cuya política impulsa un compromiso normativo en la evaluación y gestión habitual del riesgo (DH, 1999, 2008b). Sin embargo, la evaluación del riesgo clínico basada solamente en el juicio del profesional ha sido criticada por inconsistente y falta de precisión predictiva (Morgan, 2007; Witterman, 2004). Hay datos que sugieren que las predicciones de riesgo de los profesionales de salud mental son tan sólo ligeramente más precisas que las realizadas al azar (Doyle y Dolan, 2002).

Básicamente, se refleja una postura positivista en la que se observa el riesgo como un fenómeno que puede ser identificado y cuantificado, y en la que se privilegian los cálculos estadísticos (Smith, 2004). En consecuencia, el cálculo del riesgo es tratado como un hecho objetivo, aunque se reconoce la influencia de la subjetividad en el juicio clínico. El debate, desde un punto de vista científico y técnico, se concentra principalmente en la precisión de la predicción (Lupton, 1999). En la literatura de salud mental, se manifiesta como una investigación constante en busca de las herramientas estandarizadas más eficaces y una base de datos que mejore la evaluación del riesgo (Royal College of Psychiatrists, 2008), partiendo de la hipótesis de que la precisión de la predicción puede realmente ser mejorada. En lo fundamental, la definición del riesgo como un concepto cuantificable propaga la idea de que es posible y, por lo tanto, será alcanzada (McDonald, Waring y Harrison, 2005). El riesgo funciona como un procedimiento para reducir la incertidumbre y mejorar el control. Dentro de este enfoque las predicciones de riesgo de los expertos son presentadas como un valor imparcial y objetivo (Lupton, 1999).

El contexto del riesgo

El auge del modelo de evaluación y gestión del riesgo dentro de las políticas gubernamentales tuvo lugar durante la desinstitucionalización, cuando se detectaron fallas en la asistencia comunitaria, y se produjeron incidentes violentos de cierta gravedad ocasionados por personas con problemas de salud mental, lo que alimentó los temores del público sobre el peligro que corrían. Estas preocupaciones se ratificaron a través de enmiendas propuestas a la Mental Health Act (Harper, 2004), que reforzaron la asociación entre el riesgo, el peligro, y la enfermedad mental, y planteaban la necesidad de control mediante la contención. Se solicitó a las autoridades que desarrollaran medidas eficaces para prever este tipo de incidentes peligrosos y se actuara en consecuencia para reducir su incidencia, lo que consolidó la gestión del riesgo

¹ Enfoque del Programa Asistencial.

como una parte central de la función de los servicios de salud mental (Freshwater & Westwood, 2006).

Douglas (1992) enfatiza la necesidad de considerar los riesgos dentro de su situación social y política, y sugiere que las pretendidas perspectivas objetivas respecto al riesgo son imposibles. Douglas también afirma que el riesgo es inherentemente político, aunque rara vez se conciba de esa manera. La agenda política se manifiesta mediante la práctica de atribuir la culpa de determinado riesgo de peligro a ciertos grupos sociales. Por lo tanto, el foco de la gestión del riesgo en los servicios de salud mental tiene que considerarse en el contexto en el que se desarrolló. La incidencia de homicidios cometidos por personas con problemas de salud mental es escasa, entre el 5 al 10 por ciento de la totalidad de homicidios (James, 2006; Szmukler, 2000). Incluso si es investigado partiendo de la perspectiva de que el riesgo es cuantificable, la relación entre enfermedad mental y violencia suministra información contradictoria y ambigua acerca de la naturaleza de esta relación y los factores implicados (Appelbaum, Robbins & Monahan, 2000; Douglas, Guy & Hart, 2009; Rogers & Pilgrim, 2010). No obstante, las personas con problemas de salud mental están sujetas a controles en función de su peligrosidad percibida, controles que otros, que pueden suponer mayor peligro y pueden ser igualmente "tratables" (como los conductores que beben), no padecen (Pilgrim, 2007; Szmukler y Holloway, 2000). Esto ratifica las ideas de Douglas respecto al uso del riesgo como una manera de culpar a ciertos grupos dentro de la sociedad. Además, Jasanoff (1999) afirma que el riesgo es un mediador entre el saber y el poder, y propone que, de acuerdo con el constructo del poder y saber de Foucault, el análisis del riesgo elabora un discurso que posiciona a algunos como expertos y a otros como "mudos, irrelevantes o incompetentes" (Jasanoff, 1999, p. 137). El saber experto en riesgos resulta más visible cuando ocurre un daño y, por lo tanto, está asociado más con el fracaso, lo que supone la gran paradoja del riesgo. El riesgo es más evidente cuando las cosas van mal y, por lo tanto, cuando el saber experto ha fracasado en gestionar ese riesgo (Horlick-Jones, 2004). En este sentido, el discurso del análisis científico del riesgo favorece la cultura de "culpar" a la asistencia sanitaria, ya que los sucesos adversos se reflejan como fallos de la gestión del riesgo, que surgen de los problemas profesionales para evaluar, notificar o comprender el riesgo. De acuerdo con estos argumentos es el profesional de la salud quien tiene la capacidad para determinar los riesgos. A los usuarios del servicio se les considera causantes del riesgo, careciendo por lo tanto de la capacidad necesaria para participar en el proceso de evaluación y gestión de riesgos.

La cultura del riesgo, y el poder incrustado en ella, suministran el marco para el discurso actual respecto al trabajo con personas que tienen dificultades para comprometerse con los servicios. Este discurso incluye una lógica sobre la contención y el tratamiento que ha sustituido a la de la participación y el compromiso. Un ejemplo interesante de este discurso, que se ha vuelto muy pertinente e importante en la literatura del tratamiento asertivo, es el debate en torno al uso de la presión y la influencia en el tratamiento en salud mental. Prestaremos ahora nuestra atención a ese discurso.

Te recuperarás, te guste o no

Szmukler y Appelbaum (2008) describen una serie de presiones hacia el tratamiento, como el uso de la influencia interpersonal y la coerción. Ilustran

esta gama de presiones a través del ejemplo de una enfermera psiquiátrica comunitaria (EPC) en contacto con una persona que rechaza su medicación. No es casualidad que el tema del compromiso se reduzca a una cuestión de cumplimiento de la toma de medicación, que como veremos llega a ser la única prueba de recuperación para muchos de los que participan en este debate. Szmukler y Appelbaum (2008) describen una jerarquía de presiones, desde la más baja hasta la más alta, empezando por la persuasión, siguiendo con la influencia interpersonal, incentivos, amenazas, y finalmente la coerción en toda regla. La EPC responde al rechazo de la medicación con persuasión, si escucha las razones y luego trata de exponer los problemas que puede conllevar la interrupción de la medicación, avisando a la persona sobre la vuelta a pautas anteriores en torno al uso de medicamentos. Szmukler y Appelbaum consideran esto como relativamente no problemático. Sin embargo, el concepto de persuasión, más que educar o negociar, parece constituir una relación de poder particular. Si vamos a la influencia interpersonal las cosas llegan a enturbiarse. La EPC responde con una mirada triste y decepcionada por la decisión de la persona. El incentivo aparece cuando la EPC ofrece una entrada para un partido de fútbol si la persona toma su medicación (una oferta no es una amenaza si recordamos el postulado anterior de Nozick). La amenaza se manifiesta cuando la EPC dice que no va a rellenar un formulario de solicitud de ayuda económica si la persona no se toma la medicación. La coerción completa se produce cuando una evaluación según la Mental Health Act conlleva un posible tratamiento forzoso. Szmukler y Appelbaum se muestran preocupados por todas estas presiones y sostienen con razón, que en una relación terapéutica se debe aspirar al uso mínimo necesario de cualquier tipo de presión.

Sin embargo, otros han llevado este razonamiento más lejos. Molodynski et al. (2010) esbozan la misma serie de presiones presentando a unos hipotéticos ECP (Tom) y cliente (Debbie). Sin embargo, su conclusión es mucho más preocupante. Escriben que

Las interacciones de este tipo entre Tom y Debbie se producen diariamente en la práctica clínica. Los niveles más bajos de presión pueden ser útiles y apropiados en nuestras relaciones con los pacientes. Al fin y al cabo, la presión está omnipresente en las relaciones humanas y es probable que sea particularmente pertinente en las relaciones más difíciles y problemáticas. (Molodynski et al., 2010, p. 110)

Este enunciado parece más bien una forma de nihilismo terapéutico. Si las interacciones como esta ocurren cada día, entonces deberían ser combatidas, no aceptadas. Todo, desde la influencia interpersonal hasta la coerción formal, es inaceptable a menos que la coerción formal esté enmarcada en garantías jurídicas. El hecho de que las presiones sean omnipresentes en la sociedad no las hace aceptables o éticas, y deberíamos ser todavía más escrupulosos ante personas vulnerables y mostrar que estamos trabajando de una manera respetuosa y sensible.

No obstante, Molodynski et al. (2010) llegan más lejos aún al sostener que un enfoque basado en los derechos abandona a los clientes a su suerte, y que el uso de la coacción y la influencia es consecuente con la recuperación. Arguyen que si permitimos que las personas tomen sus propias decisiones,

sobre todo en este grupo de "pacientes de puerta giratoria", no les estamos permitiendo mejorar sus vidas. Una vida plena y satisfactoria y la recuperación de una enfermedad mental comienzan con coerción.

Davidson y Roe (2007, p. 467) se hacen eco de los argumentos sobre la necesidad de asumir la responsabilidad de la propia recuperación argumentando que "... la recuperación personal es algo que requiere un impulso activo, y hay personas que aún tienen que asumir este reto". Escriben más tarde que hay personas que eligen no recuperarse, y las comparan a aquellas "personas con cáncer de pulmón que continúan fumando" (Davidson & Roe, 2007, p. 468). El reto de la recuperación lo asumirían solo quienes aceptan que tienen una enfermedad, toman su medicación y se muestran conformes en vivir sus vidas del modo en el que el sistema psiquiátrico piensa que deben hacerlo. Si asumen este reto, más adelante podrán tomar decisiones y vivir una vida con sentido. Si rehúsan, hay circunstancias en las que se les podría obligar a hacerlo por su propio bien.

Usted se recuperará, y tenemos formas para hacer que se recupere. Una de ellas, sobre la que se está escribiendo e investigando mucho, en relación con la "población de puerta giratoria", es el enfoque *Dinero por Medicación* (Claasen, 2007; Priebe et al, 2009.). Claasen (2007) escribe sobre un proyecto en Londres Este en el que se dio a los clientes del tratamiento asertivo de 5 a 10 libras por cada inyección depot recibida. Una vez más, si recordamos el argumentario de Nozick, esto se puede considerar como una oferta, no una amenaza, ya que no se les quita algo que ocurriría normalmente. Por supuesto, esto es ignorar el trasfondo de relaciones de poder presente en estas cuestiones, en particular la vulnerabilidad social de quienes están siendo manipulados cínicamente en estos casos. Claasen (2007) acepta que esta es una forma de incentivo, y no se preocupa excesivamente sobre el tema del consentimiento informado, y cómo podría verse comprometido por un soborno sistemático. Escribe que "el consentimiento en cualquier decisión de tratamiento es un tema complejo" (Claasen, 2007, p. 191). Más tarde afirma que el soborno es simplemente un asunto que "inclina la balanza en la toma de decisiones de una persona informada" (Claasen, 2007, p. 192). No se reconoce que tratarse con medicación antipsicótica depot tiene tantos costes como beneficios, y Claasen escribe sobre ello como si fuera un bien absoluto, similar al acto de dejar de fumar.

Priebe et al. (2009) escriben también sobre el proyecto *Dinero por Medicación* como una opción positiva que facilita la recuperación. Aunque se preocupan por algunos inconvenientes, su listado de inconvenientes tan solo delata su incapacidad para entender el abuso de poder en juego. Les preocupa que la persona se vuelva financieramente dependiente, exigiendo cada vez más dinero, que no quiera dar por concluido el proyecto, y que despilfarre los ingresos adicionales en drogas (Priebe et al., 2009). No hay preocupación alguna sobre lo que significa una transacción de este tipo para las personas receptoras, y cómo se pueden sentir "aceptando" semejante ganga. La investigación sobre las vivencias de los clientes sujetos a las órdenes de tratamiento comunitario pone de manifiesto cómo llegan a afectar en su propia auto-imagen y en su identidad (Gibbs, Dawson, Ansley y Mullen, 2005), pero nada de esto parece preocupar aquí.

Este tipo de nihilismo terapéutico inclina la balanza fuera del equilibrio entre derechos y responsabilidades, propio de la agenda del compromiso

constructivo, hacia un énfasis en la adherencia a la medicación como el objetivo clave en salud mental, objetivo que puede alcanzarse sin tener en cuenta la autonomía del usuario del servicio.

La extensión de la coerción en la comunidad

La novedad más significativa en los servicios de salud mental del Reino Unido en los últimos 10 años ha sido la aprobación legal de un aspecto del tratamiento comunitario incorporado mediante las enmiendas a la Mental Health Act 2007. Aquellas personas retenidas en virtud del Artículo¹ 3 u otros artículos forenses, pueden ser puestas bajo OTC, y la OTC permite que la persona pueda ser hospitalizada, durante un período de hasta 72 horas, si no está cumpliendo con las condiciones de su orden de tratamiento (DH, 2008a). Las condiciones formales, que se aplican a una persona bajo OTC, son que debe estar disponible para recibir tratamiento, aunque no pueda ser tratada a la fuerza en la comunidad. Sin embargo, pueden aplicarse una serie de condiciones adjuntas, de las cuales la más significativa suele ser que debe tomar la medicación prescrita, pudiendo aplicarse a discreción del Clínico Responsable otras condiciones referentes a la residencia de la persona y al uso de drogas ilegales (DH, 2008a).

El tratamiento comunitario supervisado se introdujo en Inglaterra y Gales en un contexto de gran controversia, y con la oposición conjunta de profesionales sanitarios y usuarios de servicios organizados en la Mental Health Alliance (Mental Health Alliance, 2005). Churchill et al. (2007) revisaron exhaustivamente las pruebas existentes respecto a la efectividad de las OTC y no pudieron encontrarlas. Según Churchill et al. (2007) no había pruebas de reducción en las tasas de reingreso o en disminuir la estancia hospitalaria, y en lo referente a la medición de la satisfacción del paciente esta era negativa para las OTC. Como dicen Burns y Dawson (2009) se plantean serias dudas sobre la ética de un tratamiento de este tipo, cuando se implementa sin ninguna base empírica. Esto nos lleva a concluir que el discurso de fondo sobre la cultura del riesgo en salud mental hizo que las OTC fueran finalmente inevitables y que se introdujeron en Inglaterra y Gales independientemente de las pruebas. De hecho, la fascinación por las OTC ya estaba incrustada en el discurso sobre la participación constructiva al final de la década de 1990 (DH, 1998).

Con todo, lo preocupante es la facilidad con la que las OTCs se han convertido en una pieza consolidada e importante del arsenal de los servicios de salud mental, pasando a ser rápidamente una parte incuestionable de su funcionamiento actual. En una encuesta a 533 psiquiatras en Inglaterra y Gales, la mayoría encuentra útiles las OTCs (Lawton-Smith, 2010). Esta impresión subjetiva está respaldada por el amplio uso de las OTCs en la práctica, como hemos señalado antes (Health and Social Care Information Centre, 2011). Sin embargo, no debemos dejarnos engañar pensando que las fuerzas y las presiones sociales más amplias han dejado de jugar un papel en la aplicación de dicha legislación. Uno de los aspectos más preocupantes de la implementación de las OTCs ha sido su reconocido uso excesivo sobre personas negras y otras minorías étnicas (Care Quality Commission, 2011).

Es poco probable que la aceptación de las OTCs como un hecho natural de la práctica contemporánea en salud mental cambie a corto plazo. En la actualidad, el programa de investigación en torno a los OTC en el Reino Unido

¹ Section en la terminología legal inglesa

se centra en un ensayo controlado y aleatorizado en curso que compara las OTCs con el alta hospitalaria temporal prevista por el Artículo 17¹ (un permiso de ausencia temporal del hospital que puede concederse a personas sujetas a internamiento obligatorio), un ensayo conocido como OCTET (*Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial*). Esta comparación aleatorizada pretende ser capaz de demostrar los beneficios o no de las OTC mediante un estudio aleatorio llevado a cabo con garantías (OCTET, 2011), pero cualesquiera que sean las ventajas que se encuentren solo se demostrarán mediante una comparación entre dos formas de coacción; ya sea la de las OTC o la de los permisos del Artículo 17. Como Burns y Dawson (2009) observan, comparar la coerción comunitaria frente al tratamiento asertivo intensivo no es ético, una vez aprobada una legislación OTC de la que sabemos que inclina este último hacia la coerción.

Dada la falta de pruebas sobre la efectividad de las OTCs y los argumentos erróneos que se presentan para justificarlos, es difícil llegar a una conclusión diferente a que su aplicación es de naturaleza estrictamente política. Kisely y Campbell (2007) escriben que hay escasa evidencia de que las OTCs se ocupen de las necesidades de los clientes de "puerta giratoria" y que su implantación demuestra cómo "la política de salud sigue estando determinada por factores políticos y sociales tanto como por la evidencia" (Kisely y Campbell, 2007, p. 374). Aún resulta más preocupante la forma en que las OTC han llegado a ser aceptadas como un hecho natural, y que ni siquiera son cuestionadas por los defensores de la recuperación en salud mental. En uno de los pocos documentos publicados que presentan una perspectiva crítica desde el paradigma de la recuperación no contiene mención alguna a las OTC (Informe MindThink, 2007). Hoy en día es más importante que nunca poner en duda la efectividad y la moralidad de las OTCs, y defender que algo como la recuperación no puede darse desde la coerción comunitaria.

No existe alternativa

Al analizar este impulso creciente hacia la coerción en la comunidad, puede argumentarse desde un punto de vista pragmático que no hay alternativa. De hecho Gert, Culver y Clouser (2006) defienden que el paternalismo es aceptable si no existe otra alternativa. Sin embargo, la existencia de las OTCs no debe reemplazar todo lo que hemos aprendido de positivo sobre el compromiso constructivo con personas vulnerables, y al trabajar con el riesgo de manera terapéutica.

Según Douglas (1992) la forma en la que vemos el riesgo en la sociedad contemporánea propone como una norma aceptable el evitar el riesgo y, en consecuencia, perder libertad. Como consecuencia, actuar al margen de esta norma y asumir riesgos deliberadamente es visto como algo anormal y patológico. Un ejemplo de cómo puede funcionar esto en los servicios de salud mental puede ser la respuesta dada a los usuarios del servicio que desean dejar la medicación: ¿por qué decidir dejar la medicación y arriesgarse a la recaída? Sin embargo, por una parte asumir riesgos puede resultar útil para apoyar la recuperación individual y por otra cuestiona la estrecha y restrictiva

¹ La Section 17 de la Mental Health Act otorga al responsable clínico la facultad de conceder un permiso temporal bajo las condiciones necesarias "en el interés del paciente o para proteger a terceras personas" El facultativo la puede revocar si lo estima oportuno. Si el paciente no vuelve al hospital al terminar el permiso, o al revocarse este, puede ser detenido y hospitalizado de nuevo. (*N de T*)

conceptualización del riesgo en los servicios de salud mental. Asumir riesgos positiva o terapéuticamente es propio de las personas que tienen la oportunidad de poder elegir, tomar decisiones y seguir diferentes opciones. Asumir riesgos positivamente es un proceso que permite a la persona tomar decisiones sobre el nivel de riesgo que está dispuesta a asumir respecto a su salud y seguridad (DH 2004). Morgan (2000) sostiene que es vital apoyar a los usuarios de los servicios a correr riesgos y aprender de sus experiencias, aceptando que a corto plazo puede que ciertos riesgos aumenten, en beneficio de ventajas a más largo plazo. Se reconoce la necesidad de un enfoque más positivo y de colaboración para trabajar con el riesgo (DH, 2004, 2007). Además, se han señalado aspectos positivos en asumir voluntariamente riesgos como la auto-superación, el compromiso emocional, el control y el reconocimiento social (por ejemplo, Lupton y Tulloch, 2002; Parker & Stanworth, 2005).

Sin embargo, como hemos visto en este capítulo, para los usuarios de los servicios de salud mental la oportunidad de tomar decisiones y asumir riesgos está ligada a sus relaciones con los servicios de salud mental y los profesionales que trabajan en ellos. La cultura organizacional y el miedo a que se les considere culpables son barreras para que los profesionales apoyen a las personas para que tomen riesgos terapéuticos (Godin, 2004) y suponen obstáculos a la hora de promover la toma de riesgos y, en definitiva, la recuperación. Es un reto que, sin sorpresa alguna, se enfrenta a las prácticas coercitivas que hemos examinado. La investigación de Robertson y Collinson (2011) hace hincapié en el proceso complejo que supone la negociación de los profesionales con los usuarios del servicio en lo referente a la asunción de riesgos. Para los participantes de su estudio, la influencia del contexto social y organizacional en el grado de toma de riesgos fue significativa. Hay tensión en los profesionales en cuanto a la gestión de su propia angustia y la toma de decisiones respecto al nivel de riesgo positivo aceptable, y mientras se esfuerzan en encontrar un equilibrio entre los beneficios para la persona y el mantener la seguridad ante la incertidumbre. Es sabido que existen influencias bien conocidas en la pretensión de gestionar el riesgo, aunque si aceptamos estas limitaciones, en vez de buscar la oportunidad de superarlas, existe el peligro de que la recuperación siga siendo mera retórica o incluso la justificación para seguir haciendo lo que siempre se ha hecho, mantener el status quo, sin otra alternativa que la coerción para la recuperación.

Referencias

- ❖ Anderson, S. (2011). *Coercion*. In Stanford Encyclopedia of Philosophy. Retrieved 2 February 2012 from, <http://plato.stanford.edu/entries/coercion/>
- ❖ Appelbaum, P., Robbins, P., & Monahan, J. (2000). *Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study*. *American journal Psychiatry*, 157(4), 566-572.
- ❖ Bryant, M. (2001). *Introduction to User Involvement – Engagement or co-option*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- ❖ Burns, T., & Dawson, J. (2009). *Community treatment orders: How ethical without experimental evidence?* *Psychological Medicine*, 39, 1583-1586.
- ❖ Care Quality Commission. (2011). *Monitoring the Mental Health Act in 2010/2011*. Retrieved 2 February 2012 from, http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/cqc-mhareport_-_2011_main-final.pdf

- ❖ Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International Experiences of Using Community Treatment Orders*. Instituto of Psychiatry: London.
- ❖ Claasen, D. (2007). *Financial incentives for antipsychotic depot medication: Ethical issues*. *Journal of Medical Ethics*, 33, 189-193.
- ❖ Crossley, N. (2006). *Contesting Psychiatry: Social movements in mental health*. London: Routledge.
- ❖ Davidson, G., & Campbell, J. (2007). *An examination of the use of coercion by assertive outreach and community mental health teams in Northern Ireland*. *British Journal of Social Work*, 37(3), 537-555.
- ❖ Davidson, L., & Roe, D. (2007). *Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery*. *Journal of Mental Health*, 10(4), 459-470.
- ❖ Department of Health. (1998). *Modernising Mental Health Services*. Retrieved 2 February 2012 from, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/>
- ❖ www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH-4003105
- ❖ Department of Health. (1999). *Effective Care Co-ordination in Mental Health Services: Modernising the care programme approach – A policy booklet*. London: HMSO.
- ❖ Department of Health. (2000). *The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform*. London: DH.
- ❖ Department of Health. (2001). *Involving Patients and the Public*. London: HMSO.
- ❖ Department of Health. (2004). *Essential Shared Capabilities: A frame work for the whole other mental health workforce*. London: HMSO.
- ❖ Department of Health. (2005). *Creating a Patient-led NHS: Delivering the NHS Improvement Plan*. London: HMSO.
- ❖ Department of Health. (2006). *From Values to action: The Chief Nursing Officers review of mental health nursing*. London: HMSO.
- ❖ Department of Health. (2007). *Best Practice in Managing Risk*. London: HMSO.
- ❖ Department of Health. (2008a). *Mental Health Act Code of Practice*. Retrieved 2 February 2012 from, <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH-084597>
- ❖ Department of Health. (2008b). *Refocusing the Care Programme Approach: A policy and positive practice guidance*. London: HMSO.
- ❖ Douglas, K., Guy, L., & Hart, S. (2009). *Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis*. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- ❖ Douglas, M. (1992). *Risk and Blame Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- ❖ Doyle, M., & Dolan, M. (2002). *Violence risk assessment: Combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 649-657.
- ❖ Freshwater, D., & Westwood, T. (2006). *Risk, detention and evidence: Humanizing mental health reform (editorial)*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 257-259.
- ❖ Gert, B., Culver, C., & Clouser, K. (2006). *Bioethics: A systematic approach*. New York: Oxford University Press.
- ❖ Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, C., & Mullen, R. (2005). *How patients in New Zealand view community treatment orders*. *Journal of Mental Health*, 14, 357-368.
- ❖ Godin, A. (2004). *'You don't tick boxes on a form': A study of how community mental health nurses assess and manage risk*. *Health, Risk & Society*, 6, 347-360.
- ❖ Harper, D. (2004). *Storying policy: Constructions of risk in proposals to reform UK mental health legislation*. In B. Hurwitz, V. Skultans & T. Greenhalgh (Eds.),

- Narrative Research in Health and Illness*. London: BMA Books.
- ❖ Health and Social Care Information Centre. (2011). *In patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act, 1983 and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2010/11*. NHS Information Centre, community and Mental Health Team. Retrieved 2 February 2012 from, <http://www.lc.nhs.uk/pubs/Inpatientdetniha1011>
 - ❖ Horlick-Jones, T. (2004). 'Experts in risk ... do they exist?' (editorial). *Health, Risk and Society*, 6(2), 107-114.
 - ❖ James, A. (2006). *Mind the gaps*. *Mental Health Today*, November, 8-9.
 - ❖ Jasanoff, S. (1999). *The songlines of risk*. *Environmental Values*, 8(1), 135-152.
 - ❖ Kisely, S., & Campbell, L. (2007). *Does compulsory or supervised community treatment reduce 'revolving door' care? Legislation is inconsistent with recent evidence*. *British Journal of Psychiatry*, 191, 373-374.
 - ❖ Lawton-Smith, S. (2010). *Supervised community Treatment, Briefing Paper 2*. Mental Health Alliance. Retrieved 2 February 2012 from, <http://www.mentalhealthalliance.org.uk/resources/SCT-briefing-paper.pdf>
 - ❖ Lidz, C., Hoge, S., Gardner, W., Bennett, N., Monahan, J., Mulvey, E., & Roth, L. (1995). *Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1034-1039.
 - ❖ Lupton, D. (1999). *Risk*. London: Routledge.
 - ❖ Lupton, D., & Tulloch, J. (2002). 'Life would be pretty dull without risk': *Voluntary risk-taking and its pleasures*. *Health, Risk and Society*, 4(2), 113-124.
 - ❖ Macmillan, I. (2005). *Targeting clients in community could amount to 'therapeutic stalking'*. *Mental Health Practica*, September, 9(1), 6.
 - ❖ McDonald, R., Waring, J., & Harrison, S. (2005). 'Balancing risk, that is my life': *The politics of risk in a hospital operating theatre department*. *Health, Risk and Society*, 7(4), 397-411.
 - ❖ Mental Health Alliance. (2005). *Towards a Better Mental Health Act.- The Mental Health Alliance Policy Agenda*. Mental Health Alliance. Retrieved 2 February 2012 from, <http://www.mentalhealthalliance.org.ttk/policy/docunients/AGENDA2.pdf>
 - ❖ MindThink Report. (2007). *Life and Times of a Supermodel – The recovery paradigm for mental health*. London: Mind. Retrieved 2 February 2012 from, http://www.mitid.org.uk/campaigns-and-issues/report-andresources/911_mindthink-report-3-life-and-times-of-a-supermodel
 - ❖ Molodynski, A., Rugkása, J., & Burns, T. (2010). *Coercion and compulsion in community mental health care*. *British Medical Bulletin*, 95, 105-119.
 - ❖ Morgan, J. (2007). 'Giving Up the Cultura of Blame' *Risk assessment and risk management in psychiatric practice*. London: Royal College of Psychiatrists.
 - ❖ Morgan, S. (2000). *Clinical Risk Management.- A clinical tool and practitioner manual*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
 - ❖ Nozick, R. (1969) Coercion. In S. Morgenbesser, P. Suppes & M. White (Eds.), *Philosophy, Science and Method.- Essays in honour of Ernest Nagel*. New York: St. Martin's Press.
 - ❖ Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial. (2011). Retrieved 2 February 2012 from, <http://www.justice.gov.uk/ajtc/adjust/articles/OxfordCommunityTreatmentOrderEvaluationTrial.pdf>
 - ❖ Parker, J., & Stanworth, H. (2005). *Go for it! Towards a critical realist approach to voluntary risk-taking*. *Health, Risk and Society*, 7(4), 319-336.
 - ❖ Pilgrim, D. (2007). *New 'mental health' legislation for England and Wales: Some aspects of consensus and conflict*. *Journal of Social Policy*, 36, 79-95.
 - ❖ Pilgrim, D. (2008). 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic illness*, 4, 295-304.

- ❖ Priebe, S., Burton, A., Ashby, D., Ashcroft, R., Burns, T., David, A., et al. (2009). *Financial incentives to improve adherence to anti-psychotic maintenance medication in non-adherent patients – A cluster randomised controlled trial (F IAT)*. BMC Psychiatry, 9, 61.
- ❖ Repper, J., & Perkins, R. (2009). Recovery and social inclusion. In I. Norman & I. Ryrie (Eds.), *The Art and Science of Mental Health Nursing*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- ❖ Robertson, J., & Collinson, C. (2011). *Positive risk taking: Whose risk is it? An exploration of community outreach teams in mental health and learning disability services*. Health, Risk and Society, 13(2), 147-164.
- ❖ Rogers, A., & Pilgrim, D. (2010). *A Sociology of Mental Health and Illness* (4th ed.). Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- ❖ Rose, D. (2001). *Users' Voices. The perspectives of mental health service users on community and hospital care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- ❖ Royal College of Psychiatrists. (2008). *Rethinking Risk to Others in Mental Health services: Final report of scoping group*. London: Royal College of Psychiatrists.
- ❖ Sainsbury Centre for Mental Health. (1998). *Keys to Engagement. Review of care for people with severe mental illness who are hard to engage with services*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- ❖ Smith, M. (2004). *Mad cows and mad money: Problems of risk in the making and understanding of policy*. British Journal of Political and International Relations, 0, 312-332.
- ❖ Social Care Institute for Excellence. (2007). *A Common Purpose: Recovery in future mental health services (joint position paper)*. London: Social Care Institute for Excellence. Retrieved 2 February 2012 from, www.scic.org.uk/publications/positionpapers/pp08.asp
- ❖ Stickley, T., & Wright, N. (2011). *The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part One: A review of the peer-reviewed literature using a systematic approach*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18, 247-256.
- ❖ Szmukler, G. (2000). *Homicide inquiries: What sense do they make?* Psychiatric Bulletin, 24, 6-10.
- ❖ Szmukler, G., & Appelbaum, P. (2008). *Treatment pressures, leverage, coercion and compulsion in mental health care*. Journal of Mental Health, 17(3), 233-244.
- ❖ Szmukler, G., & Holloway, F. (2000). *Reform of the Mental Health Act. Health or safety?* British journal of Psychiatry, 177, 196-200.
- ❖ Turner-Crowson, J., & Wallcraft, J. (2002). *The recovery vision for mental health services and research: A British perspective*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 25, 245-254.
- ❖ Williamson, T. (2004). *Can two wrongs make a right?* Philosophy, Psychiatry and Psychology, 11(2), 159-163.
- ❖ Witterman, C. (2004). *Violent figures; risky stories*. Advances in Psychiatry Treatment, 10, 275-276.