



Internacja – dlaczego?

Detention – why?

Do Redakcji

Z zainteresowaniem przeczytaliśmy pracę kazuistyczną *Internacja – co dalej*, autorstwa Ruzikowskiej, Tarczyńskiej i Walczyna-Leśko [1]. Ciekawe są propozycje autorek dotyczące postępowania z pacjentami po zwolnieniu z internacji, oraz realizowania zabezpieczenia w pośrednich formach opieki psychiatrycznej. Jednak równie interesujące są informacje pochodzące z cytowanych w pracy źródeł. Mianowicie:

- od 34 do ponad 50% osób, wobec których zastosowano środek zabezpieczający, to chorzy z rozpoznaniem schizofrenii.
- przestępstw przeciwko życiu dopuściło się 30% z nich.
- w latach 2004–2007 ilość opinii wnioskujących o konieczności internacji wzrosła ponad pięciokrotnie. Skutkuje to wydłużeniem oczekiwania na miejsce w oddziałach detencyjnych.

Fakty te wywołują jednak kilka pytań. Przede wszystkim następujące.

- Jakie zaburzenia psychiczne najczęściej rozpoznawano u internowanych, poza schizofrenią? Stanowią oni blisko połowę, jeśli nie większość internowanych, według cytowanych przez autorki badań.
- Czym uzasadniano potrzebę detencji u 70% osób z rozpoznaniem schizofrenii, które dopuściły się czynu przeciwko życiu? Czy głównym powodem wskazania potrzeby internacji nie było samo rozpoznanie?
- Co jest źródłem ponad pięćsetprocentowego wzrostu ilości opinii, wnioskujących o konieczności internacji, w ciągu zaledwie czterech lat?

Nie jest to pytanie o przyczyny, bo one są oczywiste: czyn zabroniony, zaburzenie psychiczne rozpoznane u sprawcy, stwierdzenie, że czyn ten, znacznej społecznej szkodliwości, z dużym prawdopodobieństwem zostanie popełniony ponownie. Przyczyny mają jednak swoje źródła.

Nasze doświadczenia sugerują, że takim źródłem może być zbyt częste orzekanie detencji na podstawie opinii wydanej po jednorazowym badaniu sprawcy przez biegłych. Takie badanie może nie wystarczyć dla oceny prawdopodobieństwa powtórzenia czynu. Co więcej, może nie wystarczyć do właściwego rozpoznania.

Do naszego oddziału psychogeriatrycznego w okresie od kwietnia 2007 roku do czerwca 2009 roku przyjęto, na podstawie orzeczeń o zastosowaniu środka zabezpieczającego, trzy osoby. Orzeczenia te oparto na opiniach wydanych po jednorazowym zbadaniu ich przez biegłych.

1. Poprawne rozpoznanie postawiono w przypadku 74-letniego mężczyzny z obłędem zadrzości. Uzasadniony był też wniosek o zastosowanie środka zabezpieczającego.
2. W drugim przypadku, 80-letniego mężczyzny, biegli rozpoznali otępienie. Mężczyzna ten, chory na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze, ze znacznym osłabieniem słuchu, był jedynym opiekunem równej mu wiekiem, ale znacznie bardziej schorowanej żony. Czyn jakiego się dopuścił polegał na groźbach pod adresem nachodzącego go i pro-

wokującego awantury, znacznie młodszego powinowatego. Po przyjęciu do oddziału nie stwierdziliśmy u pacjenta objawów otępienia ani innych zaburzeń psychicznych. Sąd przychylił się do wniosku o uchylenie internacji, jako bezcelowej. Pacjent przebywał jednak w oddziale dwa miesiące.

3. Trzecim przypadkiem jest 69-letnia kobieta. Postępowanie karne wdrożono z powodu zagrożenia epidemiologicznego, jakie miała stwarzać, gromadząc w mieszkaniu odpady komunalne. Biegłe rozpoznały u niej zespół urojeniowy. Po przyjęciu do oddziału okazało się, że ta całkowicie głucha kobieta jest świetnie zorientowana w różnych dziedzinach, łącznie z problemami politycznymi kraju. Zawdzięczała to codziennej lekturze gazet i czasopism. Nie stwierdziliśmy u niej urojeń ani innych objawów psychotycznych. Pewne jej zachowania, przed hospitalizacją, nosiły cechy „zespołu nędzarza”. Jak wiadomo połowa osób z takimi zachowaniami w wieku podeszłym ma prawidłowy stan psychiczny [1]. Tak też jest w przypadku tej pacjentki. Przebywa w oddziale już trzeci miesiąc. Problem w sporządzeniu opinii dla sądu, z wnioskiem o uchylenie internacji, bierze się z jej dość racjonalnej postawy. Nie chce wracać do domu, z którego wyrwano ją siłą. Nie zgadza się też na umieszczenie w zakładzie opiekuńczym. Na takie propozycje odpowiada: „sąd mnie tu wpakował, to niech to rozwikła”. Nie tyle sąd ją „tu wpakował”, ile biegłe. Ale być może taka właśnie będzie konkluzja naszej opinii.

Te dwa przypadki, naszym zdaniem, nie są marginalne i sytuacje takie dotyczą nie tylko osób w wieku podeszłym. Są natomiast dowodem na to, że orzekanie o zastosowaniu środka zabezpieczającego powinno być poprzedzone obserwacją w oddziale psychiatrycznym. Obserwacja ta trwa zwykle kilka tygodni, natomiast niemal co piąta internacja trwa ponad 10 lat [Ciszewski, wg autorek artykułu].

Detencja jest bezterminowym pozbawieniem wolności. Naszym zdaniem nie powinna więc być orzekana w oparciu o jednorazowe badanie sprawcy czynu zabronionego. Oczywiście wymaga to zmian w obowiązującym prawie. Jednak bez nich nigdy nie będzie dość miejsc w zakładach realizujących środek zabezpieczający. Nie zmienia tego najlepiej nawet prowadzone szkolenia w psychiatrii sądowej ani, w sumie interesujące, propozycje autorek artykułu, do którego się odnieśliśmy.

Z poważaniem

Stefan Krzyński, Ewelina Piotrowska,
Małgorzata Czekaj

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo
i Psychicznich Chorych SPZOZ w Ciburzu, 66-213 Skąpe

PIŚMIENNICTWO

1. Ruzikowska A, Tarczyńska K, Walczyna-Leśko A. Post Psychiatrii Neurol. 2009; 18(3): 307–310.
2. Shah A, Tovey E. Psychiatria wieku podeszłego. W: Wright P, Stern J, Phelan M. red. Psychiatria Sedno. T. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008. s. 505–516.