

Założenia organizacyjne i terapeutyczne Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej

*The Regional Forensic Psychiatry Centre:
Organizational and therapeutic premises*

LESZEK CISZEWSKI¹, RYSZARD WARDEŃSKI²

Z: 1. Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie
2. Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gostyninie

STRESZCZENIE. *Przedstawiono architektoniczną, funkcjonalną i organizacyjną strukturę oraz techniczne środki zapewnienia bezpieczeństwa w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, pierwszej polskiej placówce o maksymalnym nadzorze, przeznaczonej do prowadzenia detencji kryminalnej pacjentów szczególnie niebezpiecznych. Zaproponowano procedury regulujące przyjęcia i wypisy do tego typu ośrodków oraz zarys programów terapeutycznych.*

SUMMARY. *The author presents the architectural, functional and organizational structure and technical security measures of the Regional Forensic Psychiatry Centre in Gostynin, the first Polish maximal security facility for the criminal detention of extremely dangerous patients. Procedures regulating admission to and discharge from this type of centre are presented and therapeutic programmes are outlined.*

Słowa kluczowe: oddział psychiatrii sądowej / środek zabezpieczający
Key words: forensic psychiatry ward / security measures

Na terenie szpitali psychiatrycznych w Gostyninie, Starogardzie Gdańskim i Branicach powstają trzy regionalne ośrodki psychiatrii sądowej (ROPS) przeznaczone do wykonywania środka zabezpieczającego wobec najbardziej niebezpiecznych pacjentów. Łącznie dysponować będą one ok. 225 łózkami, co, po uruchomieniu, umożliwi przeniesienie tam ok. jednej czwartej pacjentów internowanych dotychczas w rejonowych szpitalach psychiatrycznych. Inwestycje te oczekiwane są od wielu lat zarówno przez personel medyczny – obciążony problemami i zagrożeniami związanymi z opieką nad tą specjalną grupą chorych – jak i sądy, które z racji oporu dyrekcji szpitali, mają nierzadko trudności z umieszczeniem w warunkach detencji osoby szczególnie niebezpiecznej. Dostrzegana jest też nieskuteczność szpitali w przeciw-

działaniu ucieczkom tej kategorii pacjentów i związane z tym zagrożenia dla społeczeństwa. Ośrodki psychiatrii sądowej oczekiwane są także przez pozostałych („zwykłych”) pacjentów szpitali i ich rodziny. Wyrażają oni obawy, choć stosunkowo niewiele się o tym słyszy z powodu słabego zorganizowania tego środowiska, że wspólny pobyt w oddziale z pacjentami na detencji kryminalnej może być niebezpieczny, łączy się z poczuciem wymuszonego przebywania w nieakceptowanym towarzystwie, naraża na ograniczenia swobody i inne restrykcje (np. zamknięcie drzwi oddziału) uzasadnione w przypadku osób niebezpiecznych, dotykające jednak wszystkich pozostałych pacjentów.

Zastrzeżenia i obawy tych osób i instytucji są w pewnej mierze uzasadnione. Z wcześniejszych badań wykonanych przez Klinikę

Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że ok. 30% pacjentów hospitalizowanych w ramach środka zabezpieczającego, zachowuje się niebezpiecznie przynajmniej raz w ciągu kwartału, tzn. jest fizycznie napastliwa, wypowiada groźby, demoluje sprzęty, ucieka [3]. Osób potencjalnie niebezpiecznych jest w tej populacji zdecydowanie więcej. Są bowiem w 80% sprawcami bardzo poważnych czynów karalnych przeciwko drugiej osobie – zabójstw, pobić, znęcania się, gwałtów, podpałek [3], a w wielu badaniach potwierdzono, iż akty kryminalne i przemoc w wywiadzie wyraźnie dodatnio korelują z agresją w oddziale [5, 7, 9, 13, 17, 18]. Na zagrożenie zewnętrzne, tj. dla środowiska pozaszpitalnego wskazuje stwierdzenie, iż blisko 7% osób poddanych detencji kryminalnej oddała się w ciągu kwartału ze szpitala [3]. Potwierdzono ponadto, że w polskich szpitalach psychiatrycznych nie funkcjonują żadne specjalne programy terapeutyczne przeznaczone dla tej grupy pacjentów, brak jest przeszkolonego personelu ochrony potrafiącego skutecznie interweniować i prowadzić działania prewencyjne oraz nowoczesnych, technicznych systemów zapewnienia bezpieczeństwa [2]. W tej sytuacji ordynatorzy oddziałów psychiatrycznych najchętniej przenieśliby do nowych ośrodków znaczną część pacjentów internowanych. W najbliższych latach nie wydaje się to jednak możliwe. Jeśli nawet uda się terminowo uruchomić wspomniane trzy ośrodki, spodziewać się można, że ich świadczenia będą miały charakter deficytowy. W takiej sytuacji trafny wybór pacjentów najbardziej potrzebujących zabezpieczeń i metod terapii tam oferowanych, wymagać będzie wprowadzenia racjonalnych kryteriów i procedur selekcji. Powinny one przyczynić się do efektywniejszego wykorzystywania możliwości ROPS, zapobiegać protekcjom, presjom i konfliktom pomiędzy ośrodkami a szpitalami rejonowymi i sądami. Niezbędne jest także ustalenie kryteriów i procedur zakończenia pobytu w ośrodku (wypisanie lub przeniesienia do rejonowego szpitala psychiatrycznego), których wprowadzenie po-

winno ograniczyć zarówno nadmiernie długie pobyty, jak i przedwczesne wypisy osób, u których nie osiągnięto jeszcze odpowiedniej poprawy stanu zdrowia i zwykle wiążącej się z nią redukcji zagrożenia.

MIEJSCE W SYSTEMIE OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

W krajach zachodnich, w których rozwinęła się terapia chorych psychicznie sprawców czynów karalnych, powstały wyspecjalizowane ośrodki i programy przeznaczone tylko dla tej grupy osób [1, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16]. Różnią się one wprawdzie w szczegółowych rozwiązaniach w zależności od miejscowych możliwości i uregulowań prawnych, generalnie jednak zauważyć można, że placówki psychiatryczne przeznaczone dla tych osób tworzą system składający się z jednostek o zróżnicowanym poziomie ograniczeń i zabezpieczeń. Dąży się do tego, aby pacjent przebywał w placówce, której poziom restrykcyjności odpowiada aktualnemu zagrożeniu z jego strony. Wyróżnić można ośrodki o zabezpieczeniu: maksymalnym, umiarkowanym i minimalnym, przeznaczone do detencji szpitalnej oraz programy opieki poszpitalnej (środowiskowe), przyjmujące pacjentów, którzy zostali, najczęściej tylko warunkowo, zwolnieni z detencji.

Porównując organizację polskiej opieki psychiatrycznej dla tej grupy pacjentów z systemami zachodnimi, w pewnym uproszczeniu przyjąć można, że dotychczas posiadamy, w dość niedoskonaliej formie, placówki o zabezpieczeniu umiarkowanym i minimalnym. Umiarkowanym poziomem zabezpieczeń dysponują (lub powinny dysponować) oddziały psychiatrii sądowej działające przy kilku szpitalach psychiatrycznych. Jest ich jednak zbyt mało i wykorzystywane są głównie do prowadzenia obserwacji. Zabezpieczenie na poziomie minimalnym oferują zaś subrejonowe oddziały psychiatryczne. Całkowicie brak natomiast ośrodków o maksymalnym zabezpieczeniu oraz placówek/programów opieki poszpitalnej.

Pierwszą polską placówką mającą możliwość prowadzenia maksymalnego zabezpieczenia będzie ROPS przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gostyninie, którego budowę i wyposażenie już zakończono.

ARCHITEKTURA, WYPOSAŻENIE I ORGANIZACJA ROPS W GOSTYNINIE

Ośrodek mieści się w przebudowanym pawilonie szpitala i zlokalizowany został na placu o powierzchni 5810 m². Składa się z wolnostojącej portierni oraz dwukondygnacyjnego budynku głównego. Ogólna powierzchnia użytkowa zabudowań wynosi 2412 m². Teren otoczony jest gładkim, betonowym murem o wysokości 5 m oraz dodatkowo, od wewnętrznej strony – siatką stalową o wysokości 3 m. Wejście prowadzi przez portiernię lub otwierane automatycznie dwie stalowe bramy wjazdowe. Plac wewnętrzny jest intensywnie oświetlony. Cały teren ogrodzony oraz wiele pomieszczeń wewnątrz budynku monitorowane będą telewizyjnie. Wszystkie szyby wykonano ze szkła hartowanego.

Ośrodek jest częścią szpitala psychiatrycznego i składa się z następujących komórek organizacyjnych: kierownictwa i administracji, służby ochrony, izby przyjęć, oddziału izolacyjno-zabezpieczającego, trzech oddziałów leczniczo-rehabilitacyjnych, międzyoddziałowe zespołu rehabilitacyjno-rekreacyjnego.

Kierownictwo i administrację stanowią: kierownik ośrodka i jego zastępca, przełożona pielęgniarek, kierownik służby ochrony oraz sekretariat (1–2 osoby).

Izba przyjęć składa się z pokoju lekarza dyżurnego i pokoju pielęgniarskiego ze stanowiskiem do telewizyjnego monitorowania oddziałów, zwłaszcza separarek, korytarzy i pomieszczeń ogólnych. Ponieważ przyjęcia będą stosunkowo rzadkie (prawdopodobnie rzadziej niż jedno na dobę) funkcje recepcyjne powierzono personelowi oddziału izolacyjno-zabezpieczającego.

Oddział izolacyjno-zabezpieczający dysponuje 16 miejscami w 5 salach jednołóżko-

wych oraz w salach dwu-trzyłóżkowych. Jest tam także świetlica, jadalnia na 5 stolików, kuchenka oddziałowa, magazynek, łazienka, 2 ubikacje, pokój zabiegowy, dyżurka pielęgniarek, pokój lekarski i pokój psychologa.

W ośrodku są także 3 *oddziały leczniczo-rehabilitacyjne*, każdy dysponujący 16 łóżkami w 2–4 separatkach oraz salach trzy- i czterolóżkowych. Pozostałe sale ogólne dla pacjentów oraz pomieszczenia techniczne i pokoje personelu są takie, jak w oddziale izolacyjno-zabezpieczającym.

Międzyoddziałowy zespół leczniczo-rehabilitacyjny dysponuje 3 ogólnymi salami przeznaczonymi głównie do prowadzenia terapii zajęciowej.

Siedzibą *służby ochrony* będzie portiernia, w której poza pomieszczeniami dla personelu, zlokalizowano salę telewizyjnego monitorowania terenu: ogrodzeń, wejścia do portierni oraz dziedzińców. Tutaj znalazły się też pomieszczenia, w których dokonywane będą wstępne oględziny przyjmowanych pacjentów, w tym kontrola osób i bagażu oraz kontrola odwiedzających i rzeczy przynoszonych przez nich dla pacjentów. W portierni jest też sala spotkań pacjentów z ich bliskimi.

Planuje się, że personel każdego z oddziałów (izolacyjno-zabezpieczającego i trzech leczniczo-rehabilitacyjnych) stanowić będzie lekarz psychiatra, psycholog, terapeuta zajęciowy, asystent socjalny, sekretarka, pielęgniarki, salowe i sanitariusze. W międzyoddziałowym zespole rehabilitacyjno-rekreacyjnym pracować będą terapeuci i instruktorzy ds. rehabilitacji, rekreacji, zajęć edukacyjnych i sportowych. Skład zawodowy personelu będzie więc zbliżony do spotykanego w oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Nową grupą zawodową będą natomiast pracownicy służby ochrony. Ogółem powinno ich być kilkunastu, co umożliwi tworzenie trzyosobowych zmian. Do ich zadań należeć będzie kontrola osób i towarów (zaopatrzenia, paczek itp.), inspekcja terenu w formie obchodów, jak i dozoru telewizyjnego, konwojowanie pacjentów opuszczających czasowo teren (np. udających się na badania czy zabiegi

medyczne niedostępne na miejscu), dozór pacjentów okresowo hospitalizowanych w innym szpitalu (np. w oddziale chirurgicznym itp.), prawdopodobnie też (takie rozwiązanie wydaje się najbardziej racjonalne) konwojowanie pacjentów kierowanych do Ośrodka ze szpitali rejonowych i osób powracających do tych szpitali po zakończeniu pobytu. Podstawowym zadaniem będą interwencje w przypadku zagrożeń, z którymi nie będzie mógł poradzić sobie personel medyczny, podejmowane na wezwanie tego personelu lub w innych sytuacjach alarmowych. Do zadań tej służby należeć będą też okresowe kontrole oddziałów w celu prewencji zachowań niebezpiecznych i ucieczek. Łączna liczba etatów, którymi dysponować będzie Ośrodek nie jest jeszcze ustalona. W oparciu o doświadczenia innych krajów przyjąć należy, że w tego typu placówce wskaźnik liczby personelu do liczby pacjentów nie może być niższy aniżeli 2 do 1 (np. w uchodzących za wzorcowe ośrodkach holenderskich wskaźnik taki wynosi 2,7), tj. zatrudnić należy co najmniej 150 osób personelu medycznego i pracowników służby ochrony.

PROPONOWANE KRYTERIA PRZYJĘĆ

Kryteria formalno-prawne

(wszystkie muszą być spełnione):

1. sądowe postanowienie o umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym w ramach środka zabezpieczającego,
2. płeć męska,
3. zamieszkiwanie w rejonie ROPS, tj. na obszarze ok. 1/3 kraju (w okresie do uruchomienia wszystkich trzech ośrodków dopuszcza się zawieszenie tego kryterium).

Kryteria behawioralno-terapeutyczne

(przynajmniej jedno musi być spełnione):

1. zachowania agresywne w ciągu ostatnich miesięcy, których skutkiem było znaczne zagrożenie dla ludzi, obiektów lub przedmiotów o dużej wartości, które nie mo-

gły być opanowane w oddziale psychiatrycznym szpitala rejonowego,

2. zachowania świadczące o poważnym zagrożeniu ucieczką, której nie można zapobiec w oddziale psychiatrycznym szpitala rejonowego,
3. potrzeba działań terapeutycznych dostępnych w ROPS, a niedostępnych lub niemożliwych w szpitalu rejonowym.

Dodatkowe informacje, które uwzględniane będą przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu

- rodzaj, częstość i skutki aktualnych zachowań agresywnych i/lub ucieczkowych oraz tego rodzaju zachowania w wywiadzie,
- rodzaj czynu karalnego aktualnie przypisywanego pacjentowi i ewentualne wcześniejsze czyny karalne,
- rozpoznanie psychiatryczne i choroby współistniejące,
- związek między zaburzeniami psychicznymi pacjenta a zachowaniami agresywnymi lub/i ucieczkowymi,
- uzależnienie od alkoholu lub innych substancji,
- ogólna sprawność i siła fizyczna, wiek, waga, wzrok,
- rodzaj, przebieg i skuteczność dotychczasowej terapii.

PROPONOWANE WARIANTY PROCEDURY PRZYJĘĆ I WYPISÓW

Stosowanym w wielu krajach i jak się wydaje najprostszym rozwiązaniem, jest rozpoczynanie detencji przez wszystkich pacjentów w placówce o maksymalnym poziomie zabezpieczenia. Tam, w określonym czasie, np. 1 miesiąca, dokonuje się oceny poziomu zagrożenia, po której pacjenci przenoszeni są do placówki o adekwatnym dla nich poziomie restrykcyjności. Rozwiązanie takie minimalizuje błędy w ocenie bezpieczeństwa. W Polsce, z uwagi na niedostateczną liczbę miejsc w ośrodkach maksymalnego zabezpieczenia, niebędą będzie wybór pacjentów do ROPS z pozostawieniem więk-

szości w szpitalach rejonowych. Możliwe do wprowadzenia wydają się dwa rozwiązania.

W pierwszym, dotychczasowym trybie, po orzeczeniu przez sąd detencji, pacjenci umieszczani są w szpitalu, zgodnie z rejonami wykonywania środka zabezpieczającego. Do ROPS zgłaszani są przez dyrektora szpitala, gdy uzna on, że ich pobyt poważnie zagraża bezpieczeństwu. O przyjęciu do ROPS decyduje jego kierownik. Po ustaniu wskazań do pobytu w ROPS pacjenci powracają do szpitala rejonowego, który nie ma prawa odmowy przyjęcia „swojego rejonowego” pacjenta. Sąd powiadamiany jest o każdorazowej zmianie miejsca detencji. Dopuszcza się także możliwość zwolnienia pacjenta z Ośrodka bezpośrednio do opieki poszpitalnej, jeśli oczywiście orzeczone zostanie zakończenie detencji. Zaletą tego wariantu jest stosunkowo prosta procedura przyjęć i wypisów. Ma on jednak kilka istotnych wad. Główną, wydaje się, brak niezależnej od ROPS kontroli przestrzegania kryteriów przyjęć, postępu terapii i długości leczenia, co powodować może nietrafną selekcję, np. unikanie przyjęć do ROPS pacjentów szczególnie uciążliwych, bądź zbyt długie pobytu pacjentów, u których osiągnięto już względną redukcję zagrożenia. Blokowane będą zatem – z powodu braku miejsc – przyjęcia osób być może bardziej wymagających maksymalnego zabezpieczenia. W wariantcie tym brak jest także ciała, zapobiegającego konfliktowi interesów szpitali rejonowych i ROPS.

Powyższe wady zminimalizowane są w wariantcie drugim, w którym przyjęciami i wypisami steruje specjalnie powołana komisja o roboczej nazwie *Psychiatryczna Komisja Wykonywania Środka Zabezpieczającego* (PKWŚZ). Można przypuszczać, że prawa pacjenta są lepiej zabezpieczone, gdy ma on możliwość zwracania się, w tak istotnej sprawie jak poziom ograniczeń, którym podlega w czasie detencji, do instytucji niezależnej od tych, które bezpośrednio ją wykonują. Wadą tego rozwiązania jest dość skomplikowana i pracochłonna procedura przyjęć i wypisów

oraz koszty związane z funkcjonowaniem komisji. Proponowana komisja byłaby kilkuosobowym ciałem decyzyjnym, regulującym przeniesienia pacjentów pomiędzy placówkami psychiatrycznymi wykonującymi środek zabezpieczający, w celu zapewnienia optymalnego poziomu bezpieczeństwa. Wniosek o przyjęcie pacjenta do ROPS składany byłby do PKWŚZ przez dyrektora szpitala, w którym pacjent został umieszczony na detencji. Powinien on określać przyczyny, dla których środek zabezpieczający nie może być bezpiecznie wykonywany w szpitalu. Dopuszczalne byłoby także złożenie takiego wniosku, gdy pacjent, wobec którego orzeczono detencję, nie został jeszcze przyjęty do szpitala rejonowego lecz z wywiadu wiadomo (np. na podstawie danych zawartych w opinii sądowo-psychiatrycznej, zachowania się w areszcie itp.), że jest on szczególnie niebezpieczny. Wniosek o zakończenie pobytu pacjenta składałby do PKWŚZ kierownik ROPS. Zawierałby on ocenę aktualnego stanu psychicznego pacjenta, uzasadnienie braku konieczności leczenia w placówce o maksymalnym nadzorze i wskazanie miejsca dalszej terapii. Wniosek o zakończenie pobytu w ROPS składać mógłby także pacjent lub jego przedstawiciel. Po otrzymaniu odmownej decyzji PKWŚZ, kolejny wniosek dotyczący przyjęcia lub wypisania tego samego pacjenta, mógłby składać szpital rejonowy w dowolnym terminie, ROPS po upływie miesiąca, pacjent po 6 miesiącach.

PROPOZYCJE PROGRAMÓW TERAPEUTYCZNYCH

Nie potrafimy dokładnie określić jacy pacjenci trafiać będą do ROPS. Na podstawie wcześniejszych badań i sondaży oraz proponowanych kryteriów przyjęć przewidzieć można niektóre cechy tej grupy. Będą to mężczyźni, cierpiący na zaburzenia psychiatryczne, zachowujący się w oddziale psychiatrycznym szpitala rejonowego w sposób niebezpieczny dla otoczenia, sprawcy bardzo poważnych, często kilkukrotnych czynów karalnych. Trudno obecnie określić, jaki

będzie wśród nich udział pacjentów z zaburzeniami psychoorganicznymi, osób uzależnionych od alkoholu lub/i innych substancji, pacjentów z dewiacjami seksualnymi oraz ze schorzeniami somatycznymi.

Wspólnym dla wszystkich pacjentów celem terapeutycznym będzie redukcja agresywności przynajmniej do poziomu umożliwiającego powrót do placówki o mniejszej restrykcyjności (oddziału subrejonowego). Ponieważ zachowania agresywne są najczęściej wynikiem splotu rozmaitych czynników biologicznych, konstytucyjnych, psychologicznych, sytuacyjnych, za skuteczne w ich opanowywaniu uchodzą wielokierunkowe działania terapeutyczne [5, 7, 9, 17]. W ROPS prowadzona będzie pełnozakresowa terapia biologiczna, zwłaszcza kuracje przeciwpsychotyczne, gdyż spodziewać się można, że sporo aktów agresji u tych pacjentów powiązanych będzie z ich zaburzeniami chorobowymi. Używane też będą inne leki skuteczne w określonych przypadkach agresywności, takie jak: lit, leki uspokajające, przeciwdrgawkowe, przeciwdepresyjne, beta-blokery i inne. Lekarz dokonujący wyboru określonej farmakoterapii, kierować się tu będzie ogólnymi zasadami jej prowadzenia.

Codziennie dostępne będą, co ważne, bez konieczności opuszczania przez pacjenta terenu placówki, konsultacje innych specjalności medycznych: internistyczne, neurologiczne, laryngologiczne, okulistyczne, chirurgiczne, stomatologiczne. W przypadku niemożności uzyskania na miejscu specjalistycznej pomocy medycznej lub wykonania badania, pacjenci będą konwojowani przez pracowników ochrony do innych placówek służby zdrowia (ośrodek dysponować będzie własną karetką).

Wybór określonych metod terapii poza-biologicznej pozostawia o wiele większe pole dla indywidualnych preferencji terapeuty lub zespołu leczącego, wydaje się też być bardziej złożony. Dotychczas w Polsce nie było ośrodków terapii pacjentów niebezpiecznych, posiadamy więc dość ograniczony zasób umiejętności i doświadczeń w radzeniu sobie z problemami pojawiającymi się w trakcie

leczenia tego typu chorych. Pożyteczne jest więc skorzystanie z dorobku placówek zagranicznych. Dominują w nich, uważane za najskuteczniejsze, metody oparte o założenia terapii behawioralnej oraz poznawczej. Wśród nich szczególne miejsce zajmują od lat techniki żetonowe (*token economy*), których istotą jest wzmacnianie prospołecznych zachowań pacjentów. Przyjmuje się, że pacjenci, którzy nauczą się zachowań akceptowanych, mają mniejszą potrzebę i mniej okazji do reagowania agresywnie. Inne techniki behawioralne, które stosowane są do redukcji agresywności, to kontrakty behawioralne typu „jeśli – to” (*if-then*), np. jeśli nie będziesz wulgarny wobec współlokatora to otrzymasz prawo wyjścia na teren; techniki zastępowania agresji (*aggression replacement strategies*) i osłabiania agresji (*decelerative techniques*) uczące pacjenta, metodą manipulowania nagrodami i karami, zachowań alternatywnych. O koncepcje behawioralne oparty jest też system oddziaływań, którego istotą jest nagradzanie pacjenta, w miarę postępów leczenia, przeniesieniami do kolejnych podgrup, w których uzyskuje on coraz więcej przywilejów (*privilege system*). W praktyce jest to stopniowe znoszenie ograniczeń, wyjściowo stosunkowo dużych, a więc uzyskiwanie przez pacjenta możliwości swobodniejszego poruszania się po terenie, prawa do pobytu w określonych salach lub korzystania z określonych zajęć rekreacyjnych, możliwości przebywania w kawiarence, bibliotece itp. Oczywiście, możliwy jest także ruch pacjenta w przeciwnym kierunku, tzn. pozbawianie go już posiadanych przywilejów. Przejście z jednej podgrupy do drugiej jest nagrodą za zachowanie się w sposób aprobowany lub karą za zachowania niewłaściwe.

Ważnym elementem terapii powinny być też różnorodne zajęcia o charakterze psychoedukacyjnym (terapia poznawcza), np. uczenie umiejętności rozpoznawania u siebie zaostżeń choroby, zwiastunów zachowań agresywnych, umiejętności zwracania się po pomoc medyczną, dbałości o własną farmakoterapię i zrozumienie jej potrzeby, znajo-

mość objawów ubocznych farmakoterapii, poznanie procedur sądowych, swojej sytuacji prawnej, perspektyw zakończenia detencji, uzupełnianie wykształcenia.

Istotnym elementem działań rehabilitacyjnych stać się powinien, jak ma to miejsce w analogicznych ośrodkach zagranicznych, trening podstawowych umiejętności życiowych: prania, sprzątania, gotowania, załatwiania swoich spraw w urzędach, nawiązywanie kontaktów społecznych itp.

Stosunkowo sporo czasu przeznaczyć należy na zajęcia rekreacyjne, zwłaszcza ruchowe i sportowe, które obniżają poziom napięcia psychicznego, rozładowują niepożądane emocje, poprawiają ogólny stan zdrowia.

Szczegółowe programy leczenia, rehabilitacji i rekreacji zależeć będą oczywiście od chęci, umiejętności i kreatywności personelu. Niezbędny będzie, jak się wydaje, kilkumiesięczny okres „rozruchowy” przeznaczony na intensywne szkolenia i treningi oraz późniejsze systematyczne ocenianie efektów prowadzonej terapii i jej modyfikowanie.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartlett A.: What do we know about the English Special Hospitals. *Int. J. Law Psychiatry* 1993, 16, 27–51.
2. Ciszewski L.: Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatrycznych w Polsce środek zabezpieczający – doniesienie wstępne. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, 149–156.
3. Ciszewski L.: Niebezpieczne dla otoczenia zachowania pacjentów hospitalizowanych na zasadzie środka zabezpieczającego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5, 421–428.
4. Ciszewski L.: Systemy i sposoby utrzymania bezpieczeństwa i niektóre programy terapii w placówkach psychiatrii sądowej w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5, 429–434.
5. Corrigan P.W., Yudofsky S., Silver J.M.: Pharmacological and behavioral treatments for aggressive psychiatric inpatients. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 125–133.
6. Eestman N.L.G.: Forensic psychiatric services in Britain: a current review. *Int. J. Law Psychiatry* 1993, 16, 1–26.
7. Harris G.T., Rice M.E.: Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatr. Serv.* 1997, 48, 1168–1176.
8. Heilbrun K., Griffin P.A.: Community-based forensic treatment of insanity acquitters. *Int. J. Law Psychiatry*.
9. Hiday V.A.: Understanding the connection between mental illness and violence. *Int. J. Law Psychiatry* 1997, 20, 399–417.
10. Hodgins S.: The organization of forensic services in Canada. *Int. J. Law Psychiatry* 1988, 11, 329–339.
11. Hoyer G.: Management of mentally ill offenders in Scandinavia. *Int. J. Law Psychiatry* 1988, 11, 317–327.
12. Katoh H.: Criminal policy for offenders with mental disorder in Japan. *Japan. J. Psychiatr. Neurol.* 1994, 48, 19–23.
13. Kroll J., Mackenzie T.B.: When psychiatrists are liable: risk management and violent patients. *Hosp. Community Psychiatry* 1983, 34, 29–36.
14. Marques J.K., Haynes R.L., Nelson C.: Forensic treatment in the United States: a survey of selected forensic hospitals. *Int. J. Law Psychiatry* 1993, 16, 57–70.
15. Nedopil N., Otterman B.: Treatment of mentally ill offenders in Germany. *Int. J. Law Psychiatry* 1993, 16, 247–255.
16. Rice M.E., Harris G.T.: Ontario's maximum security hospital at Penetanguishene: past, present and future. *Int. J. Law Psychiatry* 1993, 16, 195–215.
17. Tupin J.P.: The violent patient: a strategy for management and diagnosis. *Hosp. Community Psychiatry* 1983, 34, 37–40.
18. Zitrin A., Hardesty A., Burdock E.I., Drossman A.K.: Crime and violence among mental patients. *Am. J. Psychiatry* 1976, 133, 142–149.

*Adres: Dr Leszek Ciszewski, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*