

**Sprawozdanie**

**Systemy i sposoby utrzymania bezpieczeństwa  
i niektóre programy terapii w placówkach psychiatrii sądowej  
w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie**

*Systems and means of safety maintenance and some therapeutic programs in forensic psychiatry facilities in the USA and Canada*

LESZEK CISZEWSKI

*Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie*

**STRESZCZENIE.** *Prezentowano rozwiązania architektoniczne, organizacyjne i terapeutyczne, związane z zapewnieniem bezpieczeństwa, stosowane w trzech północnoamerykańskich ośrodkach psychiatrii sądowej.*

**SUMMARY.** *Architectural, organizational and therapeutic solutions aimed at safety maintenance in three North American centers of forensic psychiatry are outlined.*

**Słowa kluczowe:** organizacja opieki psychiatrycznej / detencja psychiatryczna  
**Key words:** psychiatric care organization / psychiatric detention

Wiosną 1996 roku miałem możliwość wizytowania kilku północnoamerykańskich ośrodków psychiatrii sądowej, między innymi dwóch dużych szpitali stanowych w USA oraz oddziału psychiatrii sądowej uniwersyteckiej kliniki psychiatrycznej w Kanadzie. Szczególną uwagę zwracałem, wobec zbliżającego się terminu uruchomienia odpowiednich ośrodków polskich, na te aspekty organizacji, architektury, wyposażenia i programów terapii, które decydują o poziomie bezpieczeństwa pacjentów, personelu i społeczności pozaszpitalnej.

**SZPITAL W ATASCADERO,  
KALIFORNIA**

Ośrodek ten (*Atascadero State Hospital*) wybudowano w latach sześćdziesiątych w niewielkiej, liczącej obecnie około 25 tys. mieszkańców, miejscowości Atascadero w południowej Kalifornii, w połowie drogi pomiędzy Los Angeles a San Francisco. Od początku projektowany był z przeznaczeniem dla psy-

chiatrii sądowej, jako placówka o najwyższym stopniu zabezpieczenia (*maximum security hospital*) i do dnia dzisiejszego uchodzi za szpital najskuteczniej w USA chroniący przed zachowaniami niebezpiecznymi (ucieczkami, agresją, autoagresją). Gospodarze podkreślali, iż w jego historii dokonano jedynie trzech ucieczek. Szpital dysponuje około 900 łózkami, zatrudnia ponad 1600 osób personelu. Jest kompleksem kilku połączonych ze sobą 1-2 piętrowych budynków. Wszystkie zabudowania oraz tereny spacerowo-rekreacyjne przeznaczone dla pacjentów otoczone są podwójnym rzędem wysokiej na około 5-6 m siatki stalowej zwieńczonej drutem kolczastym oraz tzw. *razor wire* (drut z wplecionymi ostrzami ze stali nierdzewnej). Zewnętrzna linia ogrodzenia, w górnej części, wzmocniona jest dodatkową siatką o drobnych oczkach, uniemożliwiających wspinanie się. Szczególnie dokładnie zabezpieczony jest plac przed izbą przyjęć, gdzie parkują pojazdy dowożące pacjentów. Teren ten (około 40-50 m<sup>2</sup>) otoczony jest siatką także od góry. W narożach ogrodze-

nia oraz przed izbą przyjęć umieszczono kamery telewizyjne. W nocy cały teren wokół budynków jest silnie oświetlony. Bardzo dużą wagę przywiązuje się do skrupulatnego kontrolowania przyjmowanych pacjentów. W izbie przyjęć zmieniają oni całą odzież i pozostawiają wszystkie rzeczy, które mogą wydać się niebezpieczne. Zabronione jest posiadanie jakichkolwiek przedmiotów wykonanych z metalu lub szkła, a także zapalek, zapalniczek, leków, pieniędzy (do zakupów na terenie zakładu używa się żetonów) i wszelkich innych przedmiotów, które w ocenie personelu mogą być niebezpieczne. Osoby odwiedzające pacjentów zwykle widzą się z nimi tylko poprzez szybę i rozmawiają korzystając z wewnętrznego telefonu. W przypadku bezpośredniego spotkania (na co rzadko wydawana jest zgoda) odwiedzający jest bardzo szczegółowo sprawdzany. Paczki dostarczane pacjentom są prześwietlane (aparatami stosowanymi na lotniskach). Szpital zatrudnia umundurowanych pracowników ochrony. Do ich obowiązków należy przewidywanie i zapobieganie zachowaniom niebezpiecznym oraz doraźne interwencje. Służby ochrony śledzą na monitorach obrazy z newralgicznych punktów (drzwi, korytarzy, ogrodzeń, izolatek). Szpital i jego okolice są wielokrotnie w ciągu doby patrolowane. Każdy "zwykły" pracownik posiada urządzenie przypominające pióro wieczne (tzw. *security alarm pen*) służące do nadania drogą radiową sygnału, który odbierany jest w centrum ochrony i jednocześnie dokładnie lokalizuje miejsce wypadku. W opinii gospodarzy jest to system bardzo skuteczny, choć kosztowny. Personel posiada także niewielkie (mieszczące się w dłoni) indywidualne urządzenia, które po uruchomieniu wydają bardzo głośny sygnał działający odstrasżająco i alarmująco. Alarmować można także telefonicznie przy pomocy łatwo dostępnych telefonów wewnętrznych.

Największe sale mieszczą 4 łóżka, dużo jest sal 2 i 1-osobowych. Zwykle na 2 sale przypada 1 łazienka z WC, prysznicem i kilkoma umywalkami. Golenie odbywa się wy-

łącznie za pomocą maszynek elektrycznych wydawanych przez personel. Do posiłków służą jedynie plastikowe sztucce i naczynia. W każdym z oddziałów znajduje się czytelnia, biblioteka, świetlica z telewizorem, pokój do gier towarzyskich (ping-pong, bilard). Szpital dysponuje kilkoma salami gimnastycznymi, w tym jedną o rozmiarach umożliwiających zespołowe sporty halowe (np. koszykówkę) oraz kilkoma salami konferencyjno-widowskowymi (wykorzystywanymi zarówno przez personel, jak i pacjentów).

W całym obiekcie wprowadzono przed kilku laty zakaz palenia tytoniu. Przestrzeganie go nie wywołuje większych problemów. Napięcia i konflikty powstają niekiedy, gdy pacjenci czują zapach tytoniu od personelu, który może palić na zewnątrz szpitala.

Wszyscy pacjenci, w zależności od ich aktualnego stanu psychicznego, funkcjonowania oraz przede wszystkim stwarzanego zagrożenia, podzieleni są na pięć podgrup posiadających różne poziomy "przywilejów" (*privilege system*), np. przywilej samodzielnego poruszania się po szpitalu lub tylko po oddziale, zezwolenie na przemieszczanie się jedynie w towarzystwie innych wyżej uprzywilejowanych pacjentów, prawo do odwiedzania określonych sal ogólnych, możliwość spania w sali nie zamykanej na noc, prawo do korzystania z automatów sprzedających napoje.

## SZPITAL W SALEM, OREGON

Był to główny cel mojej podróży. Realizowane tam programy psychiatrii sądowej znajdują uznanie specjalistów, są nagradzane (między innymi w 1994 roku nagrodą pisma *Hospital and Community Psychiatry*), a Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaleca ich upowszechnienie.

Szpital (Oregon State Hospital) mieści się w kilku budynkach, z których najstarsze liczą ponad 100 lat. Przez jego nie ogrodzony teren przebiega dość ruchliwa, miejska ulica. Ogrodzenia budynków, w których przebywają pacjenci niebezpieczni, skonstruowano podobnie

jak w Atascadero, choć użyto wyraźnie mniej kamer telewizyjnych, co spowodowane jest wysokim kosztem takiego dozoru. Wszystkie drzwi prowadzące na zewnątrz budynków są podwójne, przy czym nie ma możliwości jednoczesnego otwarcia obojga. Pierwsze, otwierane są przy pomocy klucza lub karty magnetycznej (karta, zdaniem gospodarzy, jest lepszym rozwiązaniem, gdyż w przypadku jej zgubienia można szybko zmienić kod zamka, utrata zaś klucza zmusza do czasochłonnnych i kosztownych przeróbek ślusarskich). Po ich przejściu trafia się do przedsionka o powierzchni kilku metrów kwadratowych z zainstalowaną kamerą telewizyjną. Osoby znajdujące się w nim identyfikowane są na monitorach telewizyjnych przez pracowników ochrony. Otwarcie drugich drzwi możliwe jest dopiero po odblokowaniu zamka sygnałem wysylnym z centrum ochrony. Z przedsionka można także rozmawiać z pracownikami ochrony przy pomocy domofonu. Okna wszystkich pomieszczeń są zabezpieczone - w starych budynkach bardzo solidnymi kratami metalowymi, w nowszych - nietłukącymi szybami (skuteczne, estetyczne, ale drogie rozwiązanie) lub bardzo odporną siatką stalową (*protective screen*) przypominającą moskitierę. Zarówno szyby, jak i siatka z powodzeniem wytrzymują uderzenia, np. młotkiem lub krzesłem.

Utworzono oddziały o maksymalnym, średnim i małym stopniu zabezpieczenia (*maximum, medium, minimum security*). Wyjście poza oddział największego dozoru, np. na konsultację lekarską, możliwe jest jedynie w asyście 2 pracowników ochrony, po uprzednim założeniu pacjentowi kajdanek. Osoby odwiedzające kontaktują się z chorymi jedynie przez szybę. Nie ma tam żadnych niebezpiecznych sprzętów - nawet lustra wykonane są z wypolerowanego metalu. Wszyscy nowoprzyjęci umieszczani są początkowo w tych oddziałach. Decyzje o przeniesieniu do oddziału mniej restrykcyjnego podejmowane są na nadradach personelu, po uwzględnieniu aktualnego stanu pacjenta, wywiadu, dotychczasowego zachowania w oddziale oraz rodzaju popełnio-

nego czynu. W placówkach o średnim zabezpieczeniu restrykcje są proporcjonalnie mniejsze. Oddziały o najmniejszym stopniu zabezpieczenia zlokalizowano w małych, nie ogrodzonych, willowych domkach. Kontroluje się jednak wyjścia pacjentów z tych budynków. We wszystkich rodzajach oddziałów, pacjenci podzieleni są na kilka podgrup według zakresu przysługujących im przywilejów (podobnie jak w Atascadero), np. prawa do swobodnego korzystania ze świetlicy, gier towarzyskich, automatów sprzedających napoje lub słodycze, a w przypadku oddziałów koedukacyjnych według prawa do przebywania we wspólnym pomieszczeniu z osobami przeciwnej płci.

Każdy pacjent bierze udział średnio przez 20 godzin w tygodniu w zajęciach terapeutycznych, rehabilitacyjnych i rekreacyjno-sportowych, których rodzaj zmienia się w zależności od poziomu restrykcyjności oddziału i indywidualnych potrzeb chorego. Dominują zajęcia grupowe. W oddziałach o maksymalnym i średnim zabezpieczeniu uczy się pacjentów umiejętności panowania nad swoimi stanami emocjonalnymi i zachowaniami (zwłaszcza gniewem, agresją), rozpoznawania u siebie objawów psychopatologicznych, zrozumienia potrzeby farmakoterapii, działań ubocznych leków itp. W oddziałach o minimalnym zabezpieczeniu celem staje się uzyskanie umiejętności przydatnych w samodzielnym życiu po zakończeniu detencji, a więc prowadzenia domu, dbania o higienę, gospodarowania pieniędzmi, nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi, załatwiania swoich spraw w urzędach. Największe wrażenie zrobiły na mnie dwa programy.

Pierwszy o charakterze edukacyjnym, którego celem jest zwiększenie wiedzy o funkcjonowaniu wymiaru sprawiedliwości, różnorodnych procedurach sądowych, zrozumienie własnej sytuacji prawnej, wariantów prowadzenia obrony przed sądem itp. Zajęcia grupowe prowadzi terapeuta o wykształceniu prawniczym. Pacjenci zachęceni są do przedstawiania swoich problemów i wątpliwości. Trenują

oni (np. w formie odgrywania scen) poprawne zachowanie się przed sądem, pisanie pism procesowych itp. W oddziale znajduje się ogólnie dostępny i bezpłatny telefon, którym można się skontaktować z dyżurującym adwokatem, zatrudnianym przez szpital. Jest też czytelnia dysponująca podstawowymi opracowaniami prawniczymi, a pacjenci zachęceni są do studiowania interesujących ich zagadnień.

Drugim programem była terapia przestępców seksualnych o obniżonej sprawności umysłowej (osób, których iloraz inteligencji mieści się w przedziale 75-50, sprawców molestowania dzieci i gwałtów). Do programu przyjmowani są więźniowie, którym pod koniec kary proponuje się dobrowolne skorzystanie z terapii. W pierwszym 3-miesięcznym okresie przeprowadza się szczegółową diagnozę rodzaju i nasilenia dewiacji. W trwającej 9 miesięcy fazie zasadniczej kuracji wykorzystuje się metody psychoterapii poznawczej i behawioralnej (m.in. awersyjne), farmakoterapię (w tym hormonoterapię), a także techniki specyficznie seksuologiczne, takie jak nauka osiągania satysfakcji seksualnej drogą fantazji prowadzących do masturbacji czy redukowaniu lęków przed kontaktem z dojrzałą kobietą. Przez dalsze 18 miesięcy pacjenci objęci są opieką poszpitalną. Jedynie 12% tych, którzy przeszli przez cały program terapii (szpitalny i poszpitalny), dopuściło się recydywy przestępstwa seksualnego w ciągu 5 lat. U osób, które nie przeszły terapii wskaźnik ten wynosi około 75%.

W *Oregon State Hospital* miałem możliwość bezpośredniego poznania pracy Komisji Oceny Bezpieczeństwa Opieki Psychiatrycznej (*Psychiatric Security Review Board*), instytucji kluczowej dla amerykańskiego systemu opieki nad zaburzonymi psychicznie sprawcami przestępstw, nie mającej odpowiednika w polskiej praktyce sądowo-psychiatrycznej. Komisję tę powołano w stanie Oregon w 1978 r. Pod jej jurysdykcję trafiają wszystkie osoby uwolnione od odpowiedzialności karnej z powodu zaburzeń psychicznych. Maksymalny czas nadzorowania przez Komisję równy jest

najdłuższemu wyrokowi jaki chory mógłby otrzymać, gdyby uznano go winnym (np. za podpalenie wynosi on w Oregon 20 lat). W skład komisji wchodzi między innymi 1 psychiatra, 2 prawników, przedstawiciel społeczności. Komisja decyduje o miejscu i długości trwania detencji, warunkowym zwolnieniu do opieki poszpitalnej oraz sposobach i formach nadzorowania stanu zdrowia i zachowania pacjenta w środowisku, a także o całkowitym zwolnieniu. Komisja ma obowiązek raz do roku przesłuchać każdego pacjenta, sam chory może domagać się tego dwa razy w roku, natomiast placówka psychiatryczna opiekująca się nim może wystąpić z prośbą o przesłuchanie w dowolnym momencie. Procedura przesłuchań przypomina sądową. Strony stanowią pacjent wraz ze swoim adwokatem oraz przedstawiciel prokuratury. Na świadków, którzy zeznają pod przysięgą, powołuje się zwykle terapeutów pacjenta, jego rodzinę, sąsiadów itp. Przesłuchanie trwa około godziny i kończy się niejawną naradą, w czasie której podejmowana jest decyzja o dalszych losach pacjenta.

## ODDZIAŁ PSYCHIATRII SĄDOWEJ W CALGARY, KANADA

Wizytowany oddział ma opinię jednego z najnowocześniejszych zaprojektowanych i urządzonych ośrodków psychiatrii sądowej w Kanadzie i zdaniem gospodarzy jest jedyną w świecie placówką psychiatrii sądowej afiliowaną przez WHO. Jest to w zasadzie 20-łóżkowy pododdział pełnoprofilowego oddziału psychiatrycznego szpitala ogólnego. Głównym zadaniem ośrodka jest wykonywanie ekspertyz dla sądów. Obserwacje trwają średnio około 20 dni. Detencji nie prowadzi się. Placówka zajmuje jedno z pięter szpitala, na które pacjenci dowożeni są windą. Nie ma dziedzińca spacerowego. Do oddziału prowadzą podwójne drzwi, z których wewnętrzne otwierane są automatycznie z centrum zabezpieczenia. Nowoprzyjęty pacjent trafia do części recepcyj-

nej, w której zmienia całą odzież i pozostawia prawie wszystkie rzeczy (zwłaszcza niebezpieczne). W części tej dokonuje się też pierwszej oceny pielęgniarskiej i lekarskiej. Następnie przechodzi się do obszernego hallu, gdzie znajduje się otwarte pomieszczenie spełniające funkcje dyżurki pielęgniarskiej i ośrodka nadzoru. Personel ma możliwość wzrokowej kontroli całego hallu i 2 odchodzących od niego promieniście korytarzy, po obu stronach których znajdują się sale chorych. Najbliżej dyżurki zlokalizowano izolatkę. Jest ona stosunkowo duża, ma ponad 20 m<sup>2</sup>, co umożliwia pacjentowi np. ruchowe rozładowanie gniewu. Znajdują się w niej jedynie, przymocowane do podłogi, plastikowe łóżko z materacem bez pościeli oraz metalowa ubikacja. Umieszczony tam pacjent może być obserwowany przez wizjer w drzwiach oraz dwie kamery telewizyjne zawieszane w narożach pod sufitem. Można także komunikować się z nim przy pomocy domofonu. Izolatka jest stosunkowo często wykorzystywana, gdyż w Kanadzie w ogóle nie stosuje się unieruchomień do łóżka. W bezpośredniej bliskości hallu znajdują się takie pomieszczenia ogólne jak: świetlica, jadalnia (używa się jedynie plastikowych naczyń i sztućców, które po posiłkach są dokładnie liczone), sala gimnastyczna (wyposażona m.in. w worek treningowy do boksowania i przyrządy do ćwiczeń kulturowystycznych), palarnia (z bardzo sprawnym systemem wentylacji i umieszczonymi w ścianie zapalniczkami typu samochodowego, gdyż pacjenci nie mogą posiadać zapalek), sala terapii zajęciowej. We wszystkich pomieszczeniach ogólnych zainstalowano kamery telewizyjne. Większość sal chorych jest 2-łóżkowa, z bezpośrednim dostępem do urządzonej pomiędzy dwiema salami łazienki (prysznic, ubikacja, umywalki). Wszystkie szyby od strony wewnętrznej wykonane zostały z bardzo odpornego plastiku, natomiast szyby warstwy zewnętrznej są odblaskowe, co umożliwiło rezygnację z zasłon i firanek. Nie ma możliwości otwierania okien. W większości żeński personel stanowią 23 osoby: 3 psychiatrów, 2 psychologów, 2 pra-

owników socjalnych, 11 pielęgniarek, 1 pracownik terapii zajęciowej, 2 salowe, 2 osoby wykonujące inne zajęcia. Oddział nie dysponuje własnymi pracownikami ochrony, lecz w razie potrzeby wzywani są funkcjonariusze ochraniający szpital. Pomieszczenia pacjentów przeszukiwane są codziennie. Dodatkowo raz w miesiącu cały oddział sprawdzają pracownicy ochrony. Większość leków doustnych stanowią płyny, co zdaniem personelu, pozwala na dokładniejszą kontrolę ich przyjmowania.

## UWAGI PODSUMOWUJĄCE

1. Amerykański system opieki psychiatrycznej nad zaburzonymi sprawcami przestępstw tworzą placówki o zróżnicowanym poziomie restrykcyjności - od maksymalnego poprzez pośredni do minimalnego. W każdym z tych poziomów pacjenci podzieleni są dodatkowo na podgrupy o różnym zakresie przywilejów. W miarę postępów terapii i redukcji zagrożenia pacjent przenoszony jest do placówek o malejącym stopniu restrykcyjności oraz do podgrupy o zwiększającym się zakresie przywilejów. Po zakończeniu detencji szpitalnej zwykle następuje kilkuletni okres warunkowego zwolnienia, w czasie którego zachowanie i leczenie pacjenta jest nadzorowane. Niewywiązywanie się przez chorego z warunków zwolnienia skutkuje przymusowym powrotem do szpitala.
2. Wizytowane placówki były, pod względem technicznym i architektonicznym, znacznie lepiej przystosowane od placówek polskich do zapobiegania ucieczkom i napastliwym zachowaniom pacjentów. Godne polecenia są zwłaszcza systemy elektronicznego monitorowania i alarmowania, procedury skrupulatnego kontrolowania osób i paczek, stosowanie izolatek zamiast unieruchomień, obecność wyszkolonego personelu ochrony, rygorystyczne przestrzeganie zakazu palenia. Dyskusyjna wydaje się natomiast przydatność takich procedur jak zamykanie na noc sal chorych czy stosowanie kajdanek

u pacjentów wyprowadzanych poza ogrodzony teren szpitala.

3. Pozabiologiczne oddziaływania psycho- i socjoterapeutyczne, w większości oparte o zasady behawioralnej i poznawczej terapii grupowej, wykorzystywane są w zdecydowanie większym wymiarze niż ma to miejsce w Polsce.

Dodatkowe informacje o przedstawionych placówkach znaleźć można w przytoczonym piśmiennictwie [1,2,3,4].

## PIŚMIENNICTWO

1. Bloom J.D., Williams M.H., Bigelow D.A.: Monitored conditional release of persons found not guilty by reason of insanity. *Am. J. Psychiatry* 1991, 148, 444-448.
2. Haaven J., Little R., Petre-Miller D.: Treating intellectually disabled sex offenders. *The Safer Society Press, Orwell* 1990.
3. Hodgins S.: The organization of forensic services in Canada. *Int. J. Law and Psychiatry* 1988, 11, 329-339.
4. Marques J.K., Haynes R.L., Nelson C.: Forensic treatment at Atascadero State Hospital. *Int. J. Law and Psychiatry* 1993, 16, 57-70.

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