



Internacja – dlaczego? i co dalej?

Detention – why? and what's next?

Do redakcji!

Problemy związane z internowaniem sprawców chorych psychicznie, poruszone przez Ruzikowską, Tarczyńską i Walczyńską-Leśko [1] z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie, wywołały niepokój i pytania w liście Krzymińskiego, Piotrowskiej i Czekał z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ciborzu [2], co zmobilizowało mnie do zabrania głosu w tej sprawie. Zapewne fakt, że tematem mojej pracy doktorskiej były zagadnienia związane z internowaniem [3], a w dalszych latach niejednokrotnie wracałam do tych zagadnień [4,5], w tym przedstawiałam moje poglądy na różne braki i niedociągnięcia [6,7], spowodował chęć podzielenia się nimi jeszcze raz.

Zacznę od poruszonego przez Koleżanki z Warszawy stwierdzenia w latach 2004 – 2007, gwałtownego wzrostu (5-krotnego) liczby wniosków o internowanie, wpływających do Komisji do spraw Środków Zabezpieczających. Czy jest to wzrost rzeczywisty? Należy pamiętać, że Ustawa z 24 lipca 2003 r. [7] wprowadzając zmiany w rozdziale XIII kkw. *Środki zabezpieczające* zobowiązała Ministra Zdrowia, by w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości wydał rozporządzenie określające tryb powoływania i zadania komisji do spraw środków zabezpieczających, które zostało wydane dopiero dnia 10.08.2004 r. [8], zatem do tej pory, do funkcjonującej wcześniej komisji trafiały tylko te wnioski, które sugerowały konieczność umieszczenia internowanego w oddziale o wzmocnionym lub maksymalnym zabezpieczeniu, (nie trafiali sprawcy, mający być umieszczeni w oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu, a tych było najwięcej). Od tej pory wszystkie wnioski trafiają do Komisji ds. Środków Zabezpieczających. Po uprawomocnieniu się postanowienia o zastosowaniu środka zabezpieczającego w zakładzie psychiatrycznym lub leczenia odwykowego, sąd ma obowiązek zasięgnąć opinii wymienionej Komisji, co do rodzaju zakładu, w którym sprawca ma być umieszczony i dopiero wtedy wskazuje w postanowieniu konkretny zakład [9].

Należy liczyć się z tym, że są też inne powody zwiększenia się liczebności osób, wobec których wykonuje się środki zabezpieczające, gdyż już doniesienia psychiatrów z lat 50. i 60. wskazywały stały wzrost osób internowanych [10, 11, 12], co korelowało z doniesieniami zagranicznymi.

I dawniej, i dziś stwierdzano, że wśród internowanych chorych psychicznie najwięcej jest osób z rozpoznaniem schizofrenii [3, 10, 11, 12, 15, 16]. W piśmiennictwie wymienia się następujące tego powody, które praktyka potwierdza.

1. Schizofrenia jest najliczniejszą z psychoz, również wśród osób poddanych ekspertyzie sądowo-psychiatrycznej, a także wśród internowanych.
2. Chorzy z tym rozpoznaniem popełniają najpoważniejsze czyny karalne, w tym przeciwko życiu i zdrowiu, przy czym realizują je brutalnie, gwałtownie, niejednokrotnie z okrucieństwem i bez poczucia winy.
3. Przejawiają tendencję do powtarzania tego samego rodzaju czynów, przy czym kolejne czyny charakteryzują się większą ciężkością, niż ten, który spowodował internowanie;
4. Schizofrenia niejednokrotnie nie poddaje się leczeniu, co przyczynia się do tego, że chorzy pozostają w szpitalu do końca życia. (Spośród badanych przeze mnie internowanych w szpitalach psychiatrycznych 50 chorych na schizofrenię, 12 pozostawało w szpitalu nieprzerwanie od rozpoczęcia internowania od 5 do ponad 10 lat, a ponadto 4 zmarło w szpitalu, w tym 3 w wyniku zamachu samobójczego [3]).
5. Wielu chorych na schizofrenię podczas hospitalizacji sprawiało poważne trudności, w tym szczególne trudności wiązały się ze stwarzaniem zagrożenia dla własnego życia lub zdrowia i życia innych osób (pozostałych pacjentów, personelu medycznego) [3, 12].

Nie jest mi wiadomo, aby w ostatnich latach opracowano dane statystyczne na temat liczby osób internowanych, ich rozpoznania, czasu trwania internacji i innych danych, o których mowa. Opracowywane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii Roczniki Statystyczne z ostatnich lat nie wyłączają liczby pacjentów internowanych z ogólnej liczby hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych, jedynie wydzielono „czynne łóżka” w 3 ROPS: w r. 2000 – 209, 2001 – 158, 2002 – 180 [13]; następnie w 2004 – 249 i 2005 – 249 [14].

Ruzikowska i wsp. [1] stawiają tezę, że wzrost liczby skierowań na internację przyczynia się do dłuższego oczekiwania na wolne miejsce w oddziałach wykonujących środek zabezpieczający oraz, że – być może – skrócenie okresu detencji osób, które uzyskały dobrą remisję i przeniesienie ich do leczenia ambulatoryjnego monitorowanego przez sąd przyczyniłoby się do skrócenia kolejki oczekujących. Wskazują na korzyści lecznicze, społeczne i finansowe takiego postępowania.

Wymienione Autorki powołują się na pracę Ciszewskiej [15] informującą, że u 18% spośród 850 osób internacja trwała ponad 10 lat, a to koreluje z przedstawionymi wynikami moich prac i wskazuje, że w tej grupie nie znajdują się takie osoby, które mogłyby zostać zwolnione do leczenia ambulatoryjnego. Jak rozluźnić oddziały wykonujące środki zabezpieczające jest sprawą bardziej skomplikowaną, jakkolwiek należy stwierdzić, że propozycja „internacji ambulatoryjnej” nie jest propozycją nową. Przed kilku laty, podczas Zjazdu w Szczyrku, wygłaszali referat na ten temat psychiatrzy z Gorzowa Wlkp. Ja także przedstawiałam swoje propozycje w pracach dotyczących problemów

psychiatrów przy ocenie wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości [5, 6]. Przytaczam jeden z moich wniosków, dotyczący form zabezpieczenia przy zwalnianiu pacjenta z detencji: „jedną z form zabezpieczenia mogłoby być zobowiązanie zwalnianej osoby lub jej bliskich, do systematycznego kontaktu z rejonową poradnią zdrowia psychicznego, celem dalszego leczenia oraz przydzielenie jej opieki zawodowego kuratora sądowego przez co najmniej 5 lat (taki okres przewiduje art. 94 § 3 kk.). Obie te instytucje byłyby zobowiązane do informowania sądu penitencjarnego o przebiegu leczenia i funkcjonowaniu w życiu społecznym. Wniosek ten wymagałby zapewne nowelizacji kodeksu karnego albo odpowiedniego rozporządzenia Ministrów Zdrowia i Sprawiedliwości” [6].

Jakie mogą być inne przyczyny wydłużonych detencji, zwłaszcza tych, które wydają się nieusprawiedliwione stanem psychicznym pacjenta? Zastanawiając się nad tym pytaniem wskazałabym, że niekiedy przyczyniają się do tego sami lekarze psychiatrzy, a niekiedy również sądy.

1. Przyczyny po stronie psychiatrów.

– Wydawanie zdecydowanych opinii z wnioskiem o zastosowanie środka zabezpieczającego jedynie po jednorazowym badaniu ambulatoryjnym. Podzielałam obawy Koleżeństwa z Ciborza, że niejednokrotnie ma to miejsce, gdyż mam podobne doświadczenia na podstawie znajomości akt spraw karnych. O nieprawidłowości takiego postępowania pisałam w swoich pracach od lat 90. [17], ale także w opracowaniach książkowych, a zwłaszcza w 2 wydaniu *Podstaw prawnych...* [9].

– Brak należytego uzasadnienia takiego wniosku (niezależnie od tego, czy dotyczy to badań ambulatoryjnych – co jest błędem, czy po obserwacji szpitalnej). Opracowanie uzasadnienia przyczynia się do głębszej analizy wszystkich danych, co pozwala na kontrolę diagnozy i istnienia konieczności internowania [por. 9, 17, 18, 19].

– Niechęć psychiatrów, zatrudnionych w oddziałach detencyjnych do weryfikacji diagnoz postawionych przed internowaniem (a bywają błędne – czasem mimo woli badających, a niekiedy celowo). Badanie dokumentacji lekarskiej (historii choroby) z okresu trwania internacji wykazuje, że leczący mają wątpliwości do postawionego wcześniej rozpoznania, opisują zachowania i stan psychiczny internowanego np. typowo dla zaburzeń osobowości, nawet przeprowadzają z nim odpowiednie rozmowy, po czym do sądu idzie opinia z poprzednim rozpoznaniem, wskazująca konieczność dalszego leczenia szpitalnego (co najwyżej w oddziale o innym stopniu zabezpieczenia)?!

– Niekiedy z dokumentacji wynika, że biegli z problemami (opisanymi w p. 3) nie wiedzą, jak wybrnąć z tej sytuacji, do kogo się zwrócić. Jeżeli nie mają wątpliwości do swoich ustaleń, powinni wystąpić do sądu z odpowiednią opinią, ale dobrze i szczegółowo uzasadnioną. Jeżeli mają wątpliwości, to również powinni je przedstawić sądowi i uzasadnić, ewentualnie z propozycją, by sąd zasięgnął jeszcze dodatkowej opinii innych, doświadczonych biegłych. Przy okazji podam, że tu mogą okazać pomoc Sędziowie Penitencjarni z Sądu Okręgowego, w okręgu którego znajduje się oddział wykonujący środek zabezpieczający.

2. Przyczyny po stronie sądów.

– Nie należy do rzadkości bardzo pobieżna weryfikacja przez sąd opinii biegłych psychiatrów zawierającej wniosków o zastosowanie środków zabezpieczających. Zwłaszcza sędziowie mniej doświadczeni i ze zbyt małą wiedzą psychiatryczną przyjmują każdą ocenę psychiatrów za dobrą monetę, a nawet bywa, że nieco na wyrost określają szkodliwość społeczną czynu, aby spełnić przesłankę, że była ona znaczna [np. 19].

– Sądy niejednokrotnie domagają się od biegłych gwarancji, że internowany, zwłaszcza gdy był sprawcą poważnego czynu przeciwko życiu lub zdrowiu, rzeczywiście więcej takiego czynu nie popełni. Ponieważ biegli takich gwarancji sądowi dać nie mogą, skutkuje to jego decyzją kontynuowania środka zabezpieczającego. Dopiero za którymś kolejnym razem wydają pozytywną decyzję.

Tymi doświadczeniami zapragnęłam podzielić się pod wpływem pracy Koleżanek z Warszawy i Nadawców poprzedniego listu do Redakcji.

Z poważaniem

Danuta Hajdukiewicz

Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie

PIŚMIENNICTWO

- Ruzikowska A, Tarczyńska K, Walczyna-Leśko A: Internacja i co dalej? *Post Psychiatr Neurol* 2009; 18 (3): 307-310.
- Krzywiński S, Piotrowska M, Czekaj M: Internacja – dlaczego? *Post Psychiatr Neurol* 2009; 18 (4): 413.
- Hajdukiewicz D. Katamnezy chorych z rozpoznaniem schizofrenii, alkoholizmu przewlekłego i zaburzeń osobowości internowanych przez sądy jako niebezpiecznych dla porządku prawnego. *Psychiatria Pol.* 1975; 9 (2): 153-160.
- Hajdukiewicz D. Katamnezy pacjentów sądowo internowanych z rozpoznaniem otepiennego zespołu psychoorganicznego. *Psychiatria Pol.* 1977; 11 (2): 197-203.
- Hajdukiewicz D. Środki zabezpieczające w kodeksie karnym i w opiniach biegłych psychiatrów oraz niektóre problemy z ich stosowaniem. *Psychiatria Pol.* 2006; 40 (3): 621-629.
- Hajdukiewicz D. Problemy z oceną wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości. *Post Psychiatr Neurol* 2006; 15 (1): 45-49.
- Ustawa z dnia 24 lipca 2003 r. o zmianie ustawy Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw. *Dz. U.* 2003; 142: poz. 1380.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. *Dz. U.* Nr 2004; 179: poz. 1854.
- Hajdukiewicz D. Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich. Wydanie 2. Wyd. IPiN. Warszawa; 2007, s. 265-284.
- Jaroszewski Z. Środki zabezpieczające w polskiej opiece sądowo-psychiatrycznej. *Z Probl-Analit MS.* 1972; 24: 52-68.
- Uszkiewiczowa L. Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w świetle 4 200 ekspertyz szpitalnych. *Archiw Kryminologii.* 1960; 1: 271-359.
- Wojdyławska-Wald J. Przestępczość 100 schizofreników przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej. *Rozprawy Wydz Nauk Med. PAN.* 9 (2): 193-210.

13. Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN. Rocznik statystyczny 2002: Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Wyd. IPiN. Warszawa; 2003, s. 145.
14. Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN. Rocznik statystyczny 2005: Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Wyd. IPiN. Warszawa; 2006, s. 206.
15. Ciszewski L. Niebezpieczne dla otoczenia zachowania pacjentów hospitalizowanych na zasadzie środka zabezpieczającego. Post Psychiatr Neurol 1996; 5: 421-428.
16. Król E, Łoza B. Problem opiniowania i postępowania w sprawie uchylecia stosowania środka zabezpieczającego w przypadku chorego psychicznie sprawcy czterech zabójstw. Post Psychiatr Neurol. 2002; 11: (Supl. 1/14): 121-124.
17. Hajdukiewicz D. Opinia sądowno-psychiatryczna i nieprawidłowości przy jej sporządzaniu. Post Psychiatr Neurol. 1995; 4: 105-113.
18. Hajdukiewicz D. *Ultima ratio* stosowania środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym. Psychiatr Pol. 2006; 40 (4): 641-648.
19. Hajdukiewicz D: Nieuzasadnione stosowanie środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym. Psychiatr Pol. 2006; 40 (4): 649-656.