



Problem opiniowania i postępowania w sprawie uchylenia stosowania środka zabezpieczającego w przypadku chorego psychicznie sprawcy czterech zabójstw

A case of long-term forensic detention despite a stable remission of paranoid schizophrenia

EWA KRÓL, BARTOSZ ŁOZA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

STRESZCZENIE. Autorzy przedstawiają trudności w postępowaniu związanym ze zwolnieniem z detencji chorego na schizofrenię paranoidalną, podejrzanego o czyn zabójstwa czterech osób, pomimo osiągnięcia przez niego pełnej remisji procesu psychotycznego.

SUMMARY. Despite a stable remission attained in several months, a patient with paranoid schizophrenia suspected of homicide of four persons has been hospitalized in detention centers for ten consecutive years. Authors discuss difficulties and efforts involved in quashing the preventive measure (i.e. releasing the patient).

Słowa kluczowe: schizofrenia paranoidalna / czyn zabójstwa / uchylenie internacji / opis przypadku
Key words: paranoid schizophrenia / homicide / quashing of detention / case report

Internacja pacjenta, którego opisuje poniższa praca, obejmuje okres zmian przepisów kodeksu karnego, stąd ważnym wydaje się ich przypomnienie.

Ocenę poczytalności w dkk określał art. 25, obecnie z ograniczonymi zmianami art. 31 kk. Zagadnienie stosowania środków zabezpieczających zawiera obecnie art. 93 kk: „...umieszczenie w zakładzie zamkniętym tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego”. Odpowiednikiem artykułu 99 dkk jest art. 94 kk § 1, który zawiera warunki, jakie musi „spełniać” opiniowany przed orzeczeniem internacji (niepoczytalność, znaczna szkodliwość społeczna czynu, wysokie prawdopodobień-

stwo popełnienia ponownie podobnego czynu – co najmniej takiej samej szkodliwości jak ten zarzucany [4]. W paragrafie drugim tego artykułu jest mowa, że „czasu pobytu nie określa się z góry, a sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawienie w zakładzie nie jest konieczne”. Uchylenie środka zabezpieczającego uzależnione jest wyłącznie od poprawy stanu zdrowia psychicznego osoby umieszczonej w tym trybie w szpitalu psychiatrycznym (art. 93). Postulski stwierdza, że uchylenie środka zabezpieczającego, orzeczonego na podstawie art. 94 § 1 kk powinno nastąpić przy ustaleniu „wysokiego prawdopodobieństwa, że sprawca nie popełni ponownie czynu zabronionego tego rodzaju, w związku z którym zastosowano wobec niego środek zabezpieczający” [4]. „Stwierdza też, że nie jest przeszkodą do uchylenia środka zabezpieczają-

cego wobec osoby niepoczytalnej to, że nie ma ona mieszkania, rodziny mogącej opiekować się nią, środków do życia. Dla sądu nie są to decydujące przesłanki, które jedynie mogą spowodować, że po uchynieniu środka zabezpieczającego osoba ta nadal pozostanie w szpitalu do czasu ewentualnego umieszczenia w domu pomocy społecznej, ale już tylko na podstawie unormowań Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego albo innych przepisów” [4]. Natomiast w paragrafie trzecim tego artykułu stwierdzono, że sąd może zarządzić ponowne umieszczenie sprawcy, o którym powyżej mowa, w zakładzie psychiatrycznym, jeżeli powtórnie zaistnieją ku temu te same przesłanki, ale równocześnie może to nastąpić tylko w okresie 5 lat od zwolnienia z zakładu. O postępowaniu w związku ze stosowaniem środków zabezpieczających mówi m.in. art. 202 kkw – „sprawcę, wobec którego zastosowano środek zabezpieczający, poddaje się właściwemu leczeniu lub terapii” – nie rzadziej niż co 6 miesięcy lub bezzwłocznie „jeżeli kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający uzna, że w związku ze zmianą stanu zdrowia jego dalsze pozostanie w zakładzie nie jest konieczne”. Sąd może opinii dotyczącej stanu zachowania i terapii żądać w każdym czasie, czy też zasięgnąć opinii biegłych (art. 204 kkw) [3, 6, 7].

Przytaczane powyżej artykuły przepisów karnych, od lat analizowane i poprawiane, dają w praktyce nadal możliwość zróżnicowanych interpretacji. Warunki zwolnienia z internacji, może zanadto szerokie i elastyczne, sprawiają, że mimo podobnych sytuacji klinicznych i życiowych pacjentów, okresy trwania ich internacji są bardzo odmienne.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna l. 32, kawaler, były student szkoły podoficerskiej, nie karany, bez obciążeń w zakresie stanu somatycznego. Rodzice nie żyją. Dobrze funkcjonuje rodzinnie i zawodowo siostra pacjenta.

Badany po ukończeniu szkoły średniej, starał się z własnego wyboru dostać do którejś ze szkół „mundurowych” (spraw wewnętrznych lub wojskowej). Do szkoły resortu spraw wewnętrznych nie został zakwalifikowany ze względu na stan psychiczny. Powodem były jego informacje o stanach obniżonego nastroju w ostatniej klasie liceum (występowały wówczas m.in. tendencje samobójcze). Natomiast bez przeszkód został przyjęty do szkoły wojskowej. Po okresie półrocznej nauki/służby, w 1990 r., w trakcie pełnienia warty, zastrzelił 4 żołnierzy z jednostki i oddał się z bronią. Po kilku dniach ukrywania się zgłosił się na policję. W 1990 r. rozpoznano objawy schizofrenii paranoidalnej różniując ten stan z zaburzeniami reaktywnymi. Występowały m.in. nasilone omamy słuchowe komentujące i dyskutujące „w trzeciej osobie” oraz różne formy urojeń prześladowczych (ICD-9). Rozpoczęto systematyczne leczenie perazyzną, które nieprzerwanie kontynuowano w następnych latach (średnio 400 mg/dobę/80 kg masy ciała). Po około roku uzyskano stabilną remisję. Wówczas rozluźniono nadzór. Pacjent uczęszczał m.in. do pracowni terapii zajęciowej znajdującej się poza oddziałem psychiatrii sądowej. Przez kilka lat w ogóle nie naruszał zasad regulaminu i nie obserwowano jakiegokolwiek zaostrzenia procesu chorobowego. Dopiero w 1995 r. oddał się ze szpitala do siedziby nieformalnej wspólnoty. Jak później sam tłumaczył, oddał się, ponieważ miał tam „jakaś perspektywę” dalszego życia (członkowie wspólnoty przebywali na obserwacjach sądowo-psychiatrycznych i to wówczas ich poznał). W trakcie kilkumiesięcznego pobytu we wspólnocie pacjent nie przyjmował leków. Doszło wówczas do drugiego w jego życiu, a zarazem i ostatniego epizodu psychotycznego (paranoidalnego) [5]. Pacjent, pomimo zaostrzenia choroby, krytycznie ocenił „obietnice” grupy i powrócił dobrowolnie do szpitala. Przywrócono leczenie perazyzną ponownie uzyskując pełną remisję.

W 1997 r. biegli z oddziału, w którym przebywał pacjent stwierdzili w opinii „brak poważnego zagrożenia dla porządku prawnego” [2] i wnioskowali o uchylenie dalszego stosowania środka zabezpieczającego. Sąd nie przyjął tego wniosku. Po następnej podobnej opinii powyższych biegłych sąd orzekł o poddaniu pacjenta obserwacji w Klinice Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie. Po przeniesieniu pacjenta i obserwacji (1997/1998) biegli przychyliłi się do wcześniejszych opinii. Sąd jednak nadal podtrzymał konieczność utrzymania detencji. Pacjent został przeniesiony do Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie (z powodu reorganizacji oddział psychiatrii sądowej stał się częścią Kliniki). Z tej placówki wydano trzy kolejne, jednobrzmiące opinie (1998, 1999), tym razem – w związku ze zmianą kodeksu karnego – o braku wysokiego prawdopodobieństwa, że sprawca popełni zarzucane mu czyny ponownie. Częściowym rezultatem tych starań stała się możliwość udzielania od 1999 r. przepustek do rodziny. Pacjent pozostawał stale w stabilnej remisji i nie naruszał regulaminu oddziałowego, jak i warunków odbywanych przepustek.

Staraniom o zwolnienie z internacji towarzyszyła przeciwstawna fala presji społecznej i nagłaśniania problemu przez media. Pacjent przedstawiany był jako „wróg publiczny”, symbolizował „groźnego mordercę” oraz przenoszono na niego niekorzystną ocenę stanu bezpieczeństwa w kraju. Odżywały wszelkie stereotypy dotyczące psychiatrii i psychiatrów. Powszechnie nie rozumiano rozwiązań prawnych, medycznych i organizacyjnych wynikających z faktu niepo czytalności sprawcy.

Sytuacja odnalazła swoje rozwiązanie w dość błahych – jak na tę sprawę – okolicznościach: zmianie obrońcy i zmianie składu sędziowskiego. Obrona w sposób bardzo stanowczy wypowiedziała się o konieczności przeciwstawienia nieadekwatnej presji społecznej i niekompetentnym mediom, zaś sąd – po wnikliwym zweryfiko-

waniu całości sprawy, w tym rozpatrzeniu szeregu specjalistycznych kwestii z zakresu psychiatrii – uchylił środek zabezpieczający w lutym 2000 r. Siostra pacjenta zobowiązała się przed sądem do sprawowania nad bratem opieki, powiadamiania sądu o braku subordynacji w przyjmowaniu leków, jak i w ogóle informowaniu o jego stanie zdrowia. Pacjent został zobowiązany do leczenia w określonej poradni i na określonych zasadach, ze „zwrotnym” powiadamianiem sądu o wynikach tej terapii (m.in. wizyta raz na 4 tygodnie, leczenie zuklopentyksolem w formie depot). Opiniowany został też powiadomiony o możliwości „odwieszenia” internacji w ciągu 5 lat (art. 94 kk § 3).

Podsumowując – internację orzeczono w 1990 r., stabilną remisję osiągnięto w 1991 r. i po zaostrzeniu objawów w trakcie oddalenia się ze szpitala – w 1995 r. pierwszą opinię o „braku zagrożenia...” wydano w kwietniu 1997 r., zaś pacjent został zwolniony z internacji w 2000 r. Wydano łącznie 7 opinii na piśmie z wnioskiem o uchylenie stosowania środka zabezpieczającego. Opiniowały 3 zespoły biegłych – psychiatrów i psychologów, a jedną z opinii poprzedziła obserwacja sądowo-psychiatryczna.

KOMENTARZ

Tak długie postępowanie o uchylenie środka zabezpieczającego zastosowanego wobec pacjenta wiążemy z:

- powagą czynu, nagłaśnieniem sprawy (włączeniem się mediów ogólnopolskich, organizacji społecznych, stowarzyszeń na rzecz ofiar, osób publicznych),
- ówczesną (w 1990 r.) sytuacją społeczno-polityczną, która powodowała, że przypadek pacjenta był wykorzystywany do spraw pozamerytorycznych (m.in. w związku z problemem „fali”, zarzutami dehumanizacji stosunków interpersonalnych w wojsku),

– brakiem jednoznacznych kryteriów – tak dla sądu, jak i dla samych psychiatrów – które musi spełniać zwalniani z internacji; ta niejasność prawno-medyczna „przedłuża się” również na 5-letni okres próbny, już po opuszczeniu szpitala.

W sytuacjach tak poważnych spraw jak opisana, celowym wydawałoby się dużo wcześniejsze niż obecnie i nie później niż wraz z osiągnięciem remisji, opracowywanie – we współdziałaniu z sądem – planu zwolnienia z internacji. Potrzebne byłoby usprawnienie „pośrednich” metod opieki (pomiędzy ścisłą detencją, a zwolnieniem „do domu”), w tym przede wszystkim stosowanie przepustek (coraz dłuższych, o zaplanowanym programie, z określeniem opiekunów, z wiarygodną relacją o ich przebiegu). Niezbędna jest psychoedukacja pacjenta i jego rodziny oraz ich edukacja prawna (np. w zakresie możliwości współpracy z obrońcą z urzędu lub kuratorem sądowym). Ścisłejsza i ustrukturalizowana organizacyjnie powinna być współpraca w 5-letnim okresie próbnym pomiędzy sądami i zakładami psychiatrycznymi. Pacjent powinien być w tym zakresie jednoznacznie kierowany i uzyskiwać odpowiednie wsparcie.

Kończąc, należałoby przyznać, że opisany przebieg postępowania z wydawaniem w okresie kilkuletnim jednobrzmiących opi-

nii przez kolejne zespoły biegłych jest dowodem na to, że – jak gwarantują to przepisy kodeksowe – ostatecznie zawsze najwyższym biegłym pozostaje sąd.

PIŚMIENNICTWO

1. Bizoń E, Ludwikowska U. Niejasne uregulowania prawne dotyczące pacjentów internowanych a prawa pacjentów psychiatrycznych. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 91-7.
2. Cieślak M, Spett K, Szymusik A, Wolter W. *Psychiatria w procesie karnym*. Warszawa: Wyd Prawnicze; 1991: 123-6.
3. Hajdukiewicz D. Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w przepisach nowych ustaw karnych (z 1997 r.). *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 471-83.
4. Hajdukiewicz D. *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego*. Warszawa: IPIŃ; 2001: 39-40.
5. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków – Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, IPIŃ; 1997.
6. *Kodeks karny. Kodeks karny wykonawczy. Kodeks postępowania karnego*. Rok 1997, z uzasadnieniem. Wyd Prawnicze; 1998.
7. Paprzycki L. *Problematyka psychiatryczna w nowych kodeksach karnych*. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 15-27.

*Adres: Dr Ewa Król, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin*