



Ponowne zastosowanie środka zabezpieczającego – charakterystyka pacjentów

Resumption of preventive detention – patient characteristics

LESZEK CISZEWSKI, PRZEMYSŁAW CYNKIER

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Dla blisko 15% pacjentów umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego była to druga lub więcej detencja w ich życiu. Podgrupę pacjentów umieszczonych ponownie na detencji porównano z podgrupą internowanych po raz pierwszy. Wśród umieszczonych na ponownej detencji stwierdzono wyższy odsetek mężczyzn, osób samotnych, mieszkających w dużych aglomeracjach. Częściej rozpoznawano u nich upośledzenie umysłowe, byli oni w przeszłości więcej razy leczeni w szpitalach psychiatrycznych, częściej dokonywali czynów przeciwko obyczajności. Proporcjonalnie mniej było wśród nich osób z rozpoznaniem psychoz paranoicznych oraz sprawców zabójstw. Pacjenci internowani ponownie nie różnili się od internowanych po raz pierwszy pod względem częstości zachowań niebezpiecznych w oddziale, stosowano wobec nich taki sam stopień zabezpieczenia i korzystali ze zbliżonego zakresu swobód, niemniej ordynatorzy oddziałów postrzegali ich jako bardziej niebezpiecznych i uciążliwych.

SUMMARY. Almost 15% of patients currently detained in mental hospitals had been submitted to preventive detention twice or more often in their life. A subgroup of patients on their second detention was compared to that of the interned in a psychiatric hospital for the first time. Among re-detained patients there were more males, single persons, and inhabitants of big cities. In this group mental retardation was diagnosed more often, they had been more often treated in mental hospitals in the past, and more often committed offences against common decency. On the other hand, there were relatively less patients diagnosed with paranoid psychoses and less homicide perpetrators. Although re-detained patients did not differ from those detained for the first time as regards the frequency of threatening behaviors in the ward, were held in the same security level and had a similar range of freedom, they were perceived by heads of the hospital wards as more dangerous or troublesome.

Słowa kluczowe: detencja w szpitalu psychiatrycznym
Key words: mental hospital detention

W przeprowadzonym w 1994 r. ogólnopolskim badaniu obejmującym prawie wszystkich chorych wobec których wykonywany był środek zabezpieczający, ujawniono, że dla części z nich nie była to pierwsza hospitalizacja tego rodzaju, lecz że byli oni już wcześniej umieszczani tym trybem w szpitalach psychiatrycznych [3]. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, które po zwolnieniu z pierwszej detencji dokonują kolejnego czynu zabronionego i wymagają ponownego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym,

stanowią niewątpliwie poważny problem z punktu widzenia terapii, a także bezpieczeństwa. Do opracowania efektywnych programów terapeutycznych i sposobów zapewnienia bezpieczeństwa niezbędne jest poznanie tej podgrupy pacjentów.

CEL

Celem badania była próba scharakteryzowania tych pacjentów, zwłaszcza zaś wyjaśnienie, czy osoby wielokrotnie internowane

różnią się od przebywających na detencji po raz pierwszy pod względem cech osobowych, klinicznych, bądź kryminologicznych oraz na ile odmiennie przebiega ich detencja szpitalna.

OSOBY BADANE I METODA

Grupę objętą badaniem stanowiło 713 pacjentów umieszczonych w 1994 r. w szpitalach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego, wykonywanego na podstawie art. 99 kodeksu karnego z 1969 r., tj. osoby uznane za niebezpieczne i stanowiące poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego. Wyłączono z badania 105 pacjentów wobec których środek zabezpieczający stosowany był na podstawie innych przepisów niż art. 99 kk z 1969 r. oraz 38 osób, których liczba dotychczasowych detencji nie była znana. Pacjenci grupy badanej przebywali w 28 szpitalach – 608 osób, tj. 85,3% grupy w ramach pierwszej w ich życiu detencji, zaś 105 osób (14,7%) w ramach detencji drugiej lub kolejnej.

WYNIKI

Płeć, wiek, stan cywilny

Wśród powtórnie internowanych była tylko jedna kobieta (niespełna 1% tej podgrupy). Wśród umieszczonych na detencji po raz pierwszy kobiety stanowiły 7,9%.

Tylko w przedziale wiekowym obejmującym najmłodszych pacjentów, tj. do 29 roku życia, stwierdzono wyraźniejszą różnicę pomiędzy porównywanymi podgrupami. Osób na detencji ponownej było tu proporcjonalnie ponad dwukrotnie mniej od umieszczonych po raz pierwszy, odpowiednio: 4,8% i 11,4%. W starszych przedziałach wiekowych odsetki pacjentów w obu porównywanych podgrupach były zbliżone.

Wśród pacjentów umieszczonych ponownie na detencji odsetek osób mających stałego partnera (małżonka, konkubina) był ponad trzykrotnie niższy aniżeli wśród internowanych po raz pierwszy (odpowiednio 7,8% i 25,2%).

Wielkość miejscowości, w której pacjent zamieszkiwał

Pacjenci umieszczeni na ponownej detencji częściej zamieszkiwali w dużych miastach, rzadziej natomiast na wsi, w porównaniu do hospitalizowanych tym trybem po raz pierwszy. Z dużych, ponad stutysięcznych aglomeracji pochodziło 41,7% internowanych ponownie i 27,1% po raz pierwszy. Na wsi zamieszkiwało 28,2% internowanych ponownie i 42,9% po raz pierwszy. Odsetki pacjentów mieszkających w miastach, liczących do 100 tysięcy mieszkańców, były w obu porównywanych podgrupach bardzo zbliżone.

Odsetki ponownej detencji w poszczególnych szpitalach

Procentowe udziały osób przebywających na kolejnej detencji w stosunku do ogółu internowanych, wyraźnie różniły się w poszczególnych szpitalach i wynosiły od 0% do 30%, średnio 14,7%. Różnice te występowały także w szpitalach, w których ogólna liczba internowanych była stosunkowo wysoka i przekraczała 30 osób (dotyczyło to 10 placówek) – umieszczeni na ponownej detencji stanowili tam od 3,0% do 18,9% internowanych.

Struktura rozpoznań

Wśród internowanych ponownie stwierdzono wyższy odsetek pacjentów upośledzonych umysłowo, wynoszący 12,4%, wobec 7,9% wśród internowanych po raz pierwszy oraz nieco niższy odsetek osób z rozpoznaniem psychoz urojeniowych, głównie psychoz paranoicznych, odpowiednio 8,6% i 13,8%. Bardzo zbliżone w obu podgrupach były odsetki osób z rozpoznaniem (odpowiednio dla „pierwszorazowych” i „ponownych”): schizofrenii – 61,5% i 65,7%, chorób afektywnych – 2,6% i 1,9%, charakteropatii – 7,7% i 6,6% i otępienia – po 4,8%.

Dotychczasowe hospitalizacje psychiatryczne

Liczbę wcześniejszych hospitalizacji określano uwzględniając łącznie wszystkie pobytu w szpitalach psychiatrycznych (bez wzglę-

Tablica 1. Struktura rozpoznań pacjentów umieszczonych na detencji pierwszej oraz umieszczonych na detencji ponownej

Rozpoznanie	Osoby na detencji pierwszej		Osoby na detencji ponownej		Łącznie	
	n	%	n	%	n	%
Ogółem	608	100,0	105	100,0	713	100,0
Schizofrenia	374	61,5	69	65,7	443	62,0
Inne zespoły urojeniowe	84	13,8	9	8,6	93	13,0
Choroby afektywne	16	2,6	2	1,9	18	2,5
Charakteropatie i inne niepsychotyczne zaburzenia związane ze zmianami organicznymi	47	7,7	7	6,6	54	7,5
Otępienie	29	4,8	5	4,8	34	4,8
Upośledzenie umysłowe	48	7,9	13	12,4	61	8,5
Inne	10	1,7	0	—	10	1,7

Tablica 2. Rozkład pacjentów wg popełnianych czynów karalnych wśród umieszczonych na detencji po raz pierwszy oraz umieszczonych na detencji ponownej

Rodzaj czynu karnego	Osoby na detencji pierwszej		Osoby na detencji ponownej		Łącznie	
	n	%	n	%	n	%
Ogółem	608	100,0	105	100,0	713	100,0
Zabójstwo	228	37,5	27	25,7	255	35,8
Gwałt	26	4,3	5	4,8	31	4,3
Czyny przeciwko obyczajności	13	2,1	6	5,7	19	2,7
Inne czyny przeciwko osobie	170	28,0	29	27,6	199	27,9
Inne czyny	171	28,1	38	36,2	209	29,3

du na to, czy były to hospitalizacje „zwykłe”, obserwacje, czy detencje). Wśród umieszczonych na ponownej detencji częściej aniżeli w podgrupie pierwszorazowej stwierdzano osoby wielokrotnie hospitalizowane w przeszłości. I tak, osoby hospitalizowane dotychczas ponad 10 razy stanowiły 22,1% pacjentów z podgrupy umieszczonych na ponownej detencji i jedynie 12,1% z podgrupy internowanych po raz pierwszy. Hospitalizowani od 6 do 10 razy stanowili 26,0% ponownie internowanych i 15,1% przyjętych w tym trybie po raz pierwszy. W przedziale od 2 do 5 wcześniejszych hospitalizacji stwierdzono zbliżone odsetki pacjentów w obu podgrupach (35,6% i 39,1%).

Tylko wśród osób hospitalizowanych wcześniej najwyżej 1 raz, pacjentów z podgrupy ponownie umieszczonych na detencji było relatywnie mniej od internowanych po raz pierwszy, odpowiednio: 16,3% i 33,7%.

Czyny karalne

W podgrupie umieszczonych na ponownej detencji, stwierdzono niższy odsetek sprawców zabójstw niż wśród internowanych po raz pierwszy, tj. 25,7% w porównaniu do 37,5%. Sprawców tzw. czynów przeciwko obyczajności było natomiast ponad 2,5-krotnie więcej w podgrupie ponownie internowanych, odpowiednio: 5,7% i 2,1%. Sprawcy gwałtów i sprawcy innych czynów przeciwko

osobie występowały w obu podgrupach ze zbliżoną częstością – ok. 28%.

Zachowania niebezpieczne

Porównano w obu podgrupach częstość mających miejsce w oddziale epizodów agresji słownej i fizycznej wobec osób i przedmiotów oraz częstość ucieczek i prób ucieczek. Dodatkowo porównano częstość stosowania przymusu bezpośredniego: przytrzymania, unieruchomienia do łóżka, nałożenia kaftana bezpieczeństwa. Stwierdzono, że odsetki osób, które dokonały ucieczek były niemalże takie same w obu podgrupach. Bardzo zbliżone były także częstości zachowań agresywnych oraz przypadków stosowania przymusu. Pacjenci umieszczeni na detencji ponownie nieco częściej usiłovali uciekać z oddziału. (Nie przedstawiamy obecnie wyników szczegółowych ocen częstości zachowań niebezpiecznych w badanych podgrupach, gdyż zostały one zamieszczone we wcześniejszym opracowaniu [4] odnoszącym się do całej populacji wobec której stosowano środek zabezpieczający).

Zagrożenie ze strony pacjentów oraz uciążliwość pacjentów w ocenie ordynatorów

Ordynatorzy, których proszono o ogólną ocenę zagrożenia, jakie pacjent stanowi w oddziale, na podstawie obserwacji jego zachowania w ostatnim kwartale, jako bardziej niebezpiecznych, postrzegali pacjentów umieszczonych na ponownej detencji. Do kategorii „zdecydowanie niebezpiecznych” zaliczyli oni 10,5% internowanych ponownie i 6,7% po raz pierwszy. Do „raczej niebezpiecznych” zaliczyli 9,5% ponownie internowanych i 7,3% umieszczonych na detencji po raz pierwszy. Jako osoby „zdecydowanie uciążliwe” i „raczej uciążliwe” wskazano łącznie 16,0% internowanych ponownie, podczas gdy takie oceny dotyczyły 13,4% przebywających na detencji po raz pierwszy.

Rodzaj i zabezpieczenia oddziałów

Porównano odsetki pacjentów umieszczonych na detencji ponownie i pierwszorazo-

wej w ogólnych oddziałach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrii sądowej. Nie stwierdzono różnic w tym zakresie między badanymi podgrupami. W oddziałach psychiatrii sądowej przebywała 1/4 pacjentów obu porównywanych podgrup.

Zestawiono także odsetki pacjentów ponownie i po raz pierwszy internowanych, przebywających w oddziałach, różniących się pod względem zabezpieczenia (okratoowanie okien, dodatkowe zamki w drzwiach lub dodatkowa kontrola drzwi przez personel). Nie stwierdzono, aby pacjenci internowani ponownie umieszczani byli częściej w oddziałach bardziej lub słabiej zabezpieczonych.

Swobody i przywileje

W żadnym z uwzględnionych wymiarów, tj. prawa pacjenta do noszenia w oddziale własnego ubrania, korzystania z wolnych wyjść na teren szpitala, korzystania z przepustek trwających ponad 1 dobę, nie zaznaczyły się wyraźniejsze różnice między badanymi podgrupami.

OMÓWIENIE

We wcześniejszym opracowaniu, w którym wstępnie scharakteryzowano całą populację osób wobec których wykonywany był w szpitalach psychiatrycznych środek zabezpieczający, wskazano, że pacjenci tej grupy różnią się pod wieloma względami od ogółu hospitalizowanych w placówkach psychiatrycznych [3]. Różnice te – m.in. poziom zaburzeń, dezadaptacji społecznej i zagrożenia w oddziale – były na tyle poważne, że naszym zdaniem uzasadniały potrzebę tworzenia dla tej grupy pacjentów odrębnych programów terapeutycznych oraz sposobów zabezpieczeń. Obecnie próbowano ustalić, w jakiej mierze podgrupa pacjentów, wobec których środek zabezpieczający stosowany jest ponownie, różni się od podgrupy umieszczonych na detencji po raz pierwszy. Najistotniejszymi cechami wyróżniającymi podgrupę pacjentów po-

nownie umieszczonych na detencji są: recydywa czynu zabronionego, liczniejsze hospitalizacje psychiatryczne w przeszłości oraz brak partnera życiowego (ta ostatnia cecha dotyczy ponad 90% osób tej podgrupy). Cechy te, niewątpliwie wzajemnie powiązane, wskazują na ogólny niski poziom adaptacji społecznej tej podgrupy, co przemawia za wprowadzeniem odpowiednich programów terapeutycznych, których celem byłyby np. poprawa umiejętności radzenia sobie przez chorych z problemami związanymi z osamotnieniem, pomoc w budowaniu oparcia społecznego, edukacja w zakresie korzystania z psychiatrycznej opieki szpitalnej, poprawa znajomości obowiązującego porządku prawnego. Problemy te, wprawdzie z mniejszą intensywnością, dotyczą jednak także pozostałych internowanych. Nie ma zatem potrzeby wprowadzania ich wyłącznie dla podgrupy internowanych wielokrotnie.

Wyniki badania nie wskazują, aby pacjenci ponownie internowani byli bardziej niebezpieczni w oddziale od internowanych po raz pierwszy (z podobną częstością zachowują się oni agresywnie wobec otoczenia, dokonują ucieczek, wymagają stosowania środków przymusu bezpośredniego). W ocenie ryzyka zagrożenia z ich strony należy jednak uwzględnić dodatkowo fakt, że są to osoby, które wcześniej, co najmniej dwukrotnie, naruszyły porządek prawny dokonując zwykle bardzo groźnych czynów kryminalnych, podczas gdy osoby internowane po raz pierwszy zrobiły to tylko raz. Dominuje bowiem pogląd, że ryzyko popełnienia czynu zabronionego wyraźnie dodatnio koreluje z wcześniejszymi podobnymi czynami [1, 2, 6, 7, 8]. W świetle powyższego, z pewnością nie należy bagatelizować ocen ordynatorów postrzegających ponownie internowanych jako bardziej niebezpiecznych (choć zauważyć trzeba jednocześnie, że nie byli oni zbyt konsekwentni, gdyż nie stwierdzono, aby osoby ponownie internowane umieszczane były w oddziałach lepiej zabezpieczonych lub korzystały z mniejsze-

go zakresu swobód). Naszym zdaniem, fakt ponownego orzeczenia detencji nie powinien przesądzać o umieszczeniu pacjenta w oddziale o wyższym poziomie restrykcyjności, musi jednak być starannie rozważony przy wyborze właściwego poziomu zabezpieczeń.

Nie sądzimy, aby stwierdzony większy udział osób upośledzonych umysłowo i mniejszy osób z rozpoznaniem psychoz urojeniowych (głównie paranoicznych) wśród ponownie internowanych uzasadniał wprowadzanie dla tej podgrupy wyspecjalizowanych programów terapeutycznych, zwłaszcza że liczebności bezwzględne pacjentów z tymi rozpoznaniem są niewysokie. Nie stwierdzono, aby z rozpoznaniem schizofrenii (najczęściej spotykanym wśród internowanych) wiązało się odmienne prawdopodobieństwo pierwszej i ponownej detencji.

Wyższy udział sprawców czynów przeciwko obyczajności (głównie lubieżnych i nierządnych czynów wobec dzieci) w podgrupie ponownie umieszczonych na detencji wynika, jak można sądzić, zarówno z charakteru dewiacji leżącej u podłoża tych zachowań, jak i braku odpowiednich programów terapii. Wiadomo bowiem, że ryzyko kolejnych zachowań pedofilnych osób nie poddanych leczeniu jest bardzo duże oraz że nie słabnie ono wraz z wiekiem sprawcy. Z terapeutycznego punktu widzenia jest to bardzo złożony problem, dotyczy bowiem osób uznanych za niepoczytalne, a więc poza zaburzeniami sfery popędowej, cierpiącymi na poważne zaburzenia psychiczne – zwykle psychozę lub upośledzenie umysłowe. W Polsce, w szpitalach psychiatrycznych wykonujących środek zabezpieczający nie prowadzi się praktycznie żadnej terapii w tym zakresie. Niektóre doświadczenia zagraniczne wskazują jednak, że nawet u tego rodzaju pacjentów możliwa jest efektywna terapia [5]. Wyniki badania zwracają więc uwagę na bardzo poważny i nierozwiązany dotychczas problem opieki psychiatrycznej. Nie jest to jednak specyficzny problem osób ponownie internowanych.

W poszczególnych szpitalach psychiatrycznych, wśród pacjentów hospitalizowanych w ramach środka zabezpieczającego, stwierdzono wyraźnie odmienne, wynoszące od 3% do 19%, odsetki pacjentów umieszczonych na ponownej detencji. Trudno jest jednoznacznie wskazać przyczyny tak dużych różnic między szpitalami. Należy sądzić, że mogą one powstawać w wyniku odmiennej praktyki wykonywania środka zabezpieczającego, np. czasu trwania pierwszej detencji (pacjenci dłużej internowani w szpitalu mają mniejszą szansę na ponowne popełnienie czynu zabronionego, a zatem na ponowną detencję). Pewną rolę odgrywać mogą tu różnice w poziomie psychiatrycznej opieki poszpitalnej (zwłaszcza ciągłości opieki), jaką obejmowani są pacjenci po zwolnieniu z detencji. Mogą również mieć tu znaczenie odmienne postawy społeczności wobec chorych naruszających porządek prawny. Wśród pacjentów ponownie umieszczonych na detencji stwierdzono np. więcej osób żyjących w dużych miastach i mniej mieszkających na wsi. Być może społeczność wiejska, skuteczniej niż wielkomiejska, wspiera i nadzoruje osobę zwolnioną z detencji lub kolejne czyny zabronione pacjentów mieszkających na wsi są rzadziej zgłaszane organom ścigania. Na zmieniające się postawy wobec chorych psychicznie naruszających porządek prawny, wyrażające się rosnącą zgłaszalnością do organów ścigania popełnianych przez nich czynów zabronionych, zwracają uwagę autorzy zagraniczni, upatrując w tym przyczynę ujawniania w ostatnich latach rosnącej przestępczości, zwłaszcza osób cierpiących na schizofrenię [1, 2, 6]. Być może więc i w Polsce mamy do czynienia z procesem zmiany postaw wobec przestępczości osób zaburzonych psychicznie i jest on bardziej zaawansowany w rejonach wielkomiejskich.

Fakt, iż 27 chorych dokonało zabójstwa po zwolnieniu z pierwszej detencji, wskazuje na zawodność ocen i przewidywań w tym zakresie podczas hospitalizacji oraz na niedoskonałość systemu opieki poszpitalnej.

Z drugiej strony, stwierdzony mniejszy odsetek sprawców zabójstw wśród umieszczonych na ponownej detencji aniżeli wśród internowanych po raz pierwszy, może wskazywać, że przynajmniej u części chorych zauważono tego rodzaju niebezpieczne tendencje w czasie pierwszej detencji i zatrzymano ich w szpitalu.

WNIOSKI

1. Pacjenci umieszczeni na ponownej detencji w porównaniu z internowanymi po raz pierwszy, to częściej osoby samotne, mieszkające w dużych miastach, częściej rozpoznawano u nich upośledzenie umysłowe, częściej popełniali czyny lubieżne i nierządne wobec dzieci oraz częściej byli hospitalizowani w przeszłości; rzadziej natomiast rozpoznawano u nich psychozy paranoiczne oraz rzadziej byli sprawcami zabójstw.
2. Częstość zachowań niebezpiecznych w oddziale była taka sama w obu porównywanych podgrupach.
3. Ordynatorzy, jako bardziej niebezpiecznych dla otoczenia oceniali pacjentów ponownie internowanych, jednakże nie stwierdzono, aby pacjenci ci częściej przebywali w oddziałach lepiej zabezpieczonych lub aby korzystali oni z mniejszych swobód w czasie wykonywania detencji.
4. W szpitalach wykonujących środek zabezpieczający stwierdzono dużą rozpiętość proporcji pacjentów umieszczonych na ponownej detencji do ogółu internowanych (od 3% do 19%).

PIŚMIENNICTWO

1. Blomhoff S., Feim S., Friss S.: Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hosp. Community Psychiatry* 1990, 41, 771–775.
2. Cirincione C., Steadman H.J., Robbins P.C., Monahan J.: Schizophrenia as a contingent risk factor for criminal violence. *Int. J. Law Psychiatry* 1992, 15, 347–358.

3. 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.
4. Ciszewski L.: Niebezpieczne dla otoczenia zachowania pacjentów hospitalizowanych w ramach środka zabezpieczającego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5, 421–428.
5. Haaven J.R., Little R., Petre-Miller D.: *Treating intellectually disabled sex offenders.* The Safer Society Press, Orwell 1990.
6. Lindqvist P., Allebeck P.: Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br. J. Psychiatry* 1990, 157, 345–350.
7. Pasewark R.A., Pantle M.L., Steadman H.J.: Detention and rearrest rates of persons found not guilty by reason of insanity and convicted felons. *Am. J. Psychiatry* 1982, 139, 892–897.
8. Rice M.E. Harris G.T.: Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *Int. J. Law Psychiatry* 1995, 18, 333–342.

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