

Psychiatria sądowa w Wielkiej Brytanii w świetle regulacji prawnych: próba porównania z sytuacją prawną w Polsce

*Forensic psychiatry in Great Britain from the perspective of legal regulations:
Attempted comparison with the legal situation in Poland*

WŁODZIMIERZ SZYSZKOWSKI

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Praca przedstawia historyczne i prawne tło psychiatrii sądowej w Wielkiej Brytanii w porównaniu z sytuacją w Polsce. Omówiono najważniejsze dla psychiatrii sądowej regulacje prawne zawarte w brytyjskiej Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (*Mental Health Act 1983*). Przedstawiono strukturę i organizację służb psychiatrii sądowej, w szczególności na przykładzie regionu Trent.

SUMMARY. The historical and legal background of forensic psychiatry in Great Britain is presented and compared with the situation in Poland. The major legal regulations of forensic psychiatry, collected in the 1983 Mental Health Act, are discussed. The structure and organization of forensic-psychiatric services are presented on the specific example of the Trent region.

Słowa kluczowe: psychiatria sądowa w Wielkiej Brytanii / *Mental Health Act 1983*
Key words: forensic psychiatry in Great Britain / 1983 Mental Health Act

TŁO HISTORYCZNE I SYTUACJA W ROKU 1939

Początki prawnych regulacji psychiatrii sądowej w Wielkiej Brytanii sięgają XIX wieku i bez przesady można by rzec, że historię tę wyznaczają zamachy na królów i premierów Zjednoczonego Królestwa. I tak, nieudany zamach na Jerzego III w roku 1800, dokonany przez chorego psychicznie Halfielda, doprowadził do utworzenia specjalnego skrzydła dla *criminal lunatics* w Bethlem Hospital. Sędziowie po raz pierwszy w historii orzekli o niepoczytalności we współczesnym tego słowa znaczeniu. W roku 1843 zamach na premiera, w wyniku którego zginął jego sekretarz, doprowadził do opracowania tzw. zasad McNaghtena (nazwisko sprawcy), na długie lata wyznaczając sposób myślenia orzeczniczego w sprawach karnych o zabójst-

wo w krajach anglojęzycznych. Zasady te krytykowane coraz powszechniej jako zbyt wąsko ujmujące istotę choroby psychicznej. Zastąpione zostały w roku 1957 bardziej nowoczesnym podejściem wraz z uchwaleniem tzw. *Homocide Act* i wprowadzeniem pojęcia poczytalności ograniczonej (*diminished responsibility*).

W roku 1863 nastąpiło otwarcie w Broadmoor pierwszego specjalnego szpitala (*special hospital*) dla psychicznie chorych sprawców przestępstw, czyli szpitala o tzw. *maximum security*. Obecnie w Zjednoczonym Królestwie (UK) istnieją cztery takie szpitale.

Następnym kamieniem milowym był bez wątpienia *Mental Treatment Act* z roku 1930, ustawa wprowadzająca m.in. rozróżnienie między leczeniem dobrowolnym a przymusowym. Akt ten przyczynił się do powstania mniej restrykcyjnego wzorca opieki

nad chorymi psychicznie i rozszerzenia metod terapii.

Rok 1959 – to uchwalenie *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Mental Health Act 1959)*, wprowadzającej psychiatrię brytyjską we współczesność. Zaczęto realizować hasła psychiatrii otwartych drzwi, psychiatrii o bardziej humanitarnym obliczu, za czym poszła redukcja łóżek szpitalnych. Niestety, skutki były nie tylko pozytywne. Doświadczyla tego nie tylko Wielka Brytania czy USA. Wypisywanie „chroników”, często donikąd, musiało prędzej czy później zaniepokoić.

Kolejne raporty Ministerstwa Zdrowia UK postulowały tworzenie regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej, ale powstawały one opieszale, głównie z powodu braku funduszy.

I znowu, jak w wieku XIX, tragedia przyspieszyła reformy. Chodzi tu o znany przypadek Grahama Younga, młodzieńca, który spędził 8 lat w szpitalu Broadmoor, podejrzany o otrucie kilku osób ze swej rodziny. Wypisany, nie został objęty opieką psychiatryczną i – o ironio! – dostawszy zatrudnienie w przemyśle farmaceutycznym, do woli eksperymentował z truciznami. Efekt – szereg osób otruł, z czego dwie śmiertelnie. W wyniku niesamowitej wrzawy w mediach i presji opinii publicznej powołano specjalną komisję, która przygotowała tzw. raport Butlera. Stwierdzono niezbyt dobrą sytuację w szpitalach, braki w personelu, niedofinansowanie, niedostatki w szkoleniu. Znalazły się znaczne pieniądze na poprawę sytuacji i zdecydowano o utworzeniu regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej o tzw. *medium security*, w odróżnieniu od *maximum security*, która obowiązuje w szpitalach specjalnych. Wynikiem pracy komisji Butlera było także znaczne zwiększenie liczby psychiatrów o specjalności sądowej, nowoczesne szkolenie w tym zakresie, a także stworzenie psychiatrii sądowej w środowisku.

Pierwszy regionalny ośrodek psychiatrii sądowej powstał w roku 1980, a w 10 lat później było ich już 12, o łącznej liczbie łóżek 700. Ośrodki te zlokalizowane są w spe-

cialnie zaprojektowanych budynkach zapewniających niezbędne bezpieczeństwo, cechując się bardzo wysokim nasyceniem personelem, jeden pielęgniarz/pielęgniarka na jednego pacjenta. Personel tworzy wysoko kwalifikowany zespół interdyscyplinarny. Poza regionalnymi ośrodkami istnieją oczywiście wspomniane powyżej specjalne szpitale o łącznej liczbie łóżek 1700, co czyni 35 łóżek na 1 mln. mieszkańców. Niektóre ogólne szpitale psychiatryczne posiadają także „łóżka psychiatryczno-sądowe”.

TRENT REGIONAL FORENSIC SERVICE – PRZYKŁAD ORGANIZACJI SŁUŻB PSYCHIATRII SĄDOWEJ

Przykładem organizacji służby psychiatryczno-sądowej na poziomie regionu jest Trent w północno-wschodniej Anglii. *Trent Regional Forensic Service* posiada w Leicester regionalny ośrodek psychiatrii sądowej „Arnold Lodge” o 45 łózkach, z wypustkami w dwóch szpitalach ogólnych, które posiadają łącznie 6 łóżek, oraz miejsca w dwóch oddziałach dziennych, a także hostel z trzema łózkami.

Ośrodek „Arnold Lodge” powstał w roku 1989 i obsługuje 4,5 mln populacji. Składa się z czterech oddziałów koedukacyjnych. Są to:

-
1. oddział obserwacyjno-przyjęciowy (12 łóżek),
 2. oddział przyjęciowy dla osób z zaburzeniami zachowania (11 łóżek),
 3. oddział rehabilitacyjny (12 łóżek),
 4. oddział dla osób z zaburzeniami osobowości (10 łóżek).
-

Ten ostatni jest prowadzony wg zasad społeczności leczniczej. Sale są jednoosobowe. Zespół terapeutyczny stanowi 6 lekarzy, 4 psychologów, 5 terapeutów zajęciowych i ok. 40 pielęgniarzy i pielęgniarek. Stale współpracują pracownicy socjalni, seksuolodzy, pielęgniarze i pielęgniarki środowiskowe.

Każdy oddział ma wewnętrzną świetlicę. Istnieją poza tym: jedna duża świetlica w centrum ośrodka z bilardem, pianinem, gramiami. Budynek jest zaprojektowany w ten sposób, że dyżurki pielęgniarskie każdego oddziału wychodzą jedną przeszkloną (pleksja) ścianą na świetlicę wewnętrzną, a drugą na świetlicę centralną. Ośrodek posiada mały ogródek i rozleglejszy teren spacerowy. Wejścia i wyjścia wewnętrzne posiadają drzwi, do których klucze personel odbiera na wejściu głównym (i zdaje przy opuszczaniu ośrodka), a wejście zewnętrzne z podwójnym filtrem otwiera tylko strażnik.

Pacjenci mogą mieć szereg przywilejów, które ustala się raz w tygodniu. Ci, nie wymagający ścisłego reżimu mogą mieć drzwi swego pokoju otwarte w ciągu dnia (w nocy wszystkie sale są zamykane), mogą poruszać się w miarę swobodnie po terenie, posiadać zapalniczkę i papierosy, a w swoim pokoju mieć telewizor, radio i nawet drobne sprzęty z domu. Pozbawieni przywilejów nie wychodzą ze swoich sal, które są zamknięte, a papierosy są im wydzielane. Ośrodek posiada kilka izolatek (*seclusion*), jako że w Wielkiej Brytanii nie stosuje się kaftanów ani unieruchomień, pacjenta można jedynie przytrzymać do podania leku. Personel pielęgniarski raz w roku odbywa szkolenie w technikach obronnych i umiejętności obezwładniania, szkolenia takie trwają tydzień.

Metody terapeutyczne i rehabilitacyjne obejmują wszystkich pacjentów, w szczególności trening radzenia sobie z gniewem (*anger management training*), techniki relaksacyjne. Istnieją specjalne programy dla osób, które są ofiarami nadużyć seksualnych oraz przestępców seksualnych. *Nota bene*, spora część przestępców seksualnych była w przeszłości ofiarami takich przestępstw.

MENTAL HEALTH ACT 1983

Próba porównania z regulacją prawną w Polsce

Mental Health Act 1983 zawiera wszystkie regulacje dotyczące psychiatrii sądowej.

Inaczej niż w Wielkiej Brytanii, polska *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* w zasadzie nie zajmuje się tymi zagadnieniami, które regulowane są przez odpowiednie artykuły Kodeksu karnego oraz Kodeksu postępowania karnego, a także rozproszone są w rozporządzeniach władz różnych szczebli. Ustawa Brytyjska jest dokumentem znacznie obszerniejszym. Zapoznajmy się z kilkoma artykułami dotyczącymi przymusu leczenia, a następnie postępowania wobec chorych psychicznie sprawców przestępstw.

Przymus leczenia

Stany nagłe regulują artykuły 4, 5, 135, 136.

Art. 4 ustawy pozwala na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym osoby (autor pomija przesłanki medyczne i prawne tego zagadnienia, które mogą być tematem oddzielnego opracowania) na okres 72 godzin. Z wnioskiem występuje najbliższy krewny bądź pracownik socjalny, a opinię wydaje lekarz rodzinny (GP), zwykle jest to sytuacja dużej nagłości i brak jest czasu na osiągnięcie psychiatry.

Art. 5.2 upoważnia lekarza do zatrzymania na 72 godziny w szpitalu psychiatrycznym pacjenta, który przyjęty za zgodą, zgodę te wycofał i usiłuje szpital opuścić.

Art. 5.4 pozwala zatrzymać w trybie nagłym przez personel pielęgniarski pacjenta usiłującego opuścić szpital (tylko na sześć godzin), wtedy gdy lekarz jest niedostępny. Oczywiście w ciągu tych 6 godzin lekarz musi zbadać pacjenta i podjąć odpowiednie decyzje – np. zwolnić go, lub zatrzymać na podstawie artykułu 5.2 lub 2.

Art. 135 upoważnia policjanta (w zasadzie magistrat, którego przedstawicielem jest policjant) do wejścia do pomieszczenia, aby osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji lub chorą psychicznie umieścić w bezpiecznym miejscu na 72 godziny. Bezpieczne miejsce (*place of safety*) – to szpital psychiatryczny bądź komisariat policji.

Art. 136 upoważnia policjanta do zatrzymania osoby w miejscu publicznym i umieszczenia jej w bezpiecznym miejscu, jeśli jej

zachowanie zagraża bezpieczeństwu i przemawia za chorobą psychiczną.

Od powyższych artykułów (w stanach nagłości) nie można odwoływać się do sądu, podczas gdy od pozostałych – w zasadzie można.

Innych stanów dotyczą artykuły 2 i 3.

Art. 2 pozwala na skierowanie osoby do szpitala bez zgody, na obserwację i ewentualne leczenie na okres 28 dni. Wnosił najbliższy krewny lub pracownik socjalny. Opiniuje dwóch lekarzy – lekarz rodzinny (GP) i psychiatra. Pacjent ma prawo odwołać się w ciągu 14 dni do Odwoławczej Komisji Zdrowia Psychicznego (*Mental Health Review Tribunal*, MHT).

Art. 3, to tzw. nakaz leczenia na okres 6 miesięcy (może być przedłużony). Wnioskowanie i opiniowanie jak art. 2. Można odwoływać się do MHT.

Regulacje dotyczące psychiatrii sądowej

Mental Health Act 1983 zawiera 5 części i 136 artykułów. Część trzecia dotyczy psychiatrii sądowej.

Art. 35 – umieszczenie w szpitalu na obserwację sądowo-psychiatryczną na okres 28 dni przedłużanych w miarę potrzeby co 4 tygodnie, nie dłużej niż 3 miesiące. Wnosił jeden psychiatra, specjalista psychiatrii sądowej. Pacjenta nie można leczyć bez zgody.

Art. 36 – umieszczenie w szpitalu na leczenie osoby chorej psychicznie lub dotkniętej znacznym niedorozwojem lub znacznym otępieniem. Wnosił dwóch specjalistów. Okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

Art. 37 – tzw. nakaz leczenia w szpitalu (*hospital order*). Dotyczy zaburzeń psychicznych i choroby psychicznej. Zaburzenia psychiczne muszą rokować poprawę w wyniku leczenia lub przynajmniej leczenie ma zapobiec pogorszeniu stanu psychicznego. Wnio-

skuje dwóch specjalistów. Okres 6 miesięcy, sąd może przedłużać do roku.

Art. 38 – tzw. tymczasowy nakaz leczenia w szpitalu (*interim hospital order*). Okres do 12 tygodni przedłużanych w miarę potrzeby co miesiąc, nie dłużej niż 6 miesięcy. Jeśli pacjent wymaga dalszego leczenia stosuje się art. 37, jeśli nie, sąd może orzec o przeniesieniu osoby do więzienia.

Art. 41 – tzw. *restriction order*. Jest to szereg ograniczeń nałożonych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (*Home Office*) na osobę kierowaną do szpitala z art. 37. Dotyczy osób szczególnie niebezpiecznych dla otoczenia. Wszelkie przywileje oraz ulgi w ograniczeniach muszą być akceptowane przez to Ministerstwo.

Art. 47 – umieszczenie w szpitalu osoby już odbywającej karę pozbawienia wolności. Decyduje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na podstawie wniosku dwóch specjalistów psychiatrii sądowej.

Art. 48 – jak w art. 47, ale dotyczy spraw nagłych. Pacjent musi być przeniesiony w ciągu 14 dni.

W niniejszej pracy z konieczności skoncentrowano się na skrótowym, a w związku z tym w pewnym stopniu uproszczonym, przedstawieniu zagadnień psychiatrii sądowej w Wielkiej Brytanii. Część aktów prawnych jest dość skomplikowanych, ponadto wynikają one z odmiennej, brytyjskiej tradycji sędziowskiej.

W Polsce niedługo już zaczną funkcjonować regionalne ośrodki psychiatrii sądowej i wypracowane zostaną polskie doświadczenia i metody pracy. Wydaje się, że doświadczenia kolegów angielskich mogą być pożyteczne. Stały się takimi dla autora, który w okresie od sierpnia 1992 do lutego 1993 r. pracował w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej „Arnold Lodge” w Leicester.