

Niektóre problemy związane z internowaniem w szpitalu psychiatrycznym sprawców czynów karalnych o poczytalności ograniczonej

Some problems related to the detention in psychiatric hospital of criminal offenders with diminished responsibility

DANUTA HAJDUKIEWICZ, HALINA DURIASZ-ROWIŃSKA

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie

STRESZCZENIE: *Autorki wskazują na trudności sprawiane w szpitalu psychiatrycznym przez internowanych o poczytalności ograniczonej, będących wobec prawa przestępcami i ilustrują przykładami ich niebezpieczne zachowania po otrzymaniu postanowienia sądu o zwolnieniu ze szpitala, a przed skierowaniem do zakładu karnego celem odbycia kary pozbawienia wolności.*

SUMMARY: *The authors indicate the difficulties caused in psychiatric hospitals by interned offenders with reduced responsibility who are criminals from the legal point of view. They provide examples illustrating dangerous behaviour of these detainees following the court hospital release order but prior to transfer to prison for their prison sentence.*

Słowa kluczowe: internowanie / poczytalność ograniczona / niebezpieczeństwo dla porządku prawnego
Key words: detention/ diminished responsibility/ danger to law and order

Od czasu wprowadzenia w życie kodeksu karnego z 1932 r., zawierającego instytucję poczytalności ograniczonej (lub znacznie zmniejszonej), szpitale psychiatryczne przeciwstawiły się przyjmowaniu kierowanych przez sądy przestępców z poczytalnością zmniejszoną. Motywowały to brakiem miejsc w szpitalach oraz brakiem możliwości zapewnienia należytego dozoru i bezpieczeństwa dla otoczenia.

W 1934 r. Ministerstwo Opieki Społecznej w liście do Ministerstwa Sprawiedliwości wyrażało pogląd, że opiekę nad tego rodzaju przestępcami winien zapewnić resort sprawiedliwości, posiadający nie tylko więzienia, ale i odpowiednio zabezpieczone więzienne szpitale psychiatryczne (w Grudziądzu, Grodzisku Mazowieckim, Drohobyczu i Warszawie). Winni tam przebywać przestępcy z ograniczoną poczytalnością do czasu rozpoczęcia zwykłej kary. Jednocześnie Minister-

stwo Opieki Społecznej zapewniało, że szpitale psychiatryczne nie będą robiły trudności w przyjmowaniu sprawców niepoczytalnych (5).

Wyżej wymienione szpitale psychiatryczne dysponowały w międzywojennym dwudziestoleciu około 500 miejscami. Przebywali tam internowani szczególnie niebezpieczni ("oligofrenicy, epileptycy, pourazowcy, antyspołeczni psychopaci, zdegradowani społecznie alkoholicy"). Przeprowadzano tam również obserwacje sądowo-psychiatryczne (4).

Trudności ze stosowaniem środków zabezpieczających wobec sprawców o poczytalności ograniczonej występują również obecnie, w nie mniejszym nasileniu. Oddziały Psychiatrii Sądowej Szpitali przy Aresztach Śledczych (w Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie i Wrocławiu) przeprowadzają jedynie obserwacje sądowo-psychiatryczne, nie wykonują środków zabezpiecza-

jących ani nawet nie leczą osób aresztowanych lub skazanych. Toteż sprawcy o poczytalności ograniczonej mogą być kierowani do szpitali psychiatrycznych, bądź też do zakładów karnych dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych zgodnie z treścią art. 44 § 3 kkw:

Skazani, którzy wymagają odrębnego traktowania ze względu na odchylenia od normy psychicznej odbywają karę w zakładach karnych wymienionych w art. 39 § 1 pkt 6.

Z literatury wynika, że po drugiej wojnie, do 1975 roku liczba internowanych (zarówno niepoczytalnych jak i o poczytalności ograniczonej) w szpitalach psychiatrycznych wzrosła. W 1955 roku liczba internowanych wynosiła 672 osoby, to jest 3.1% ogółu pacjentów, w 1960 roku 1162 osoby - 4%, w 1967 roku 1307 osób - 4.5% i zbliżony do tego ostatniego odsetek utrzymywał się do 1977 roku. Jakkolwiek przeważali internowani niepoczytalni, to jednak stale wzrastał odsetek osób o poczytalności ograniczonej - w 1960 roku - 21.7% ogółu internowanych, w 1967 - 31.8%, od tego roku do 1977 odsetek ten utrzymywał się na poziomie 31.7% (2, 3, 6). Późniejszych danych na ten temat brak, ale aktualne badania stanu internowanych w Polsce w latach 1993 i 1994 prowadzone przez Klinikę Psychiatrii Sądowej wskazują na znaczny spadek liczby internowanych ogółem (900 osób) oraz na spadek odsetka internowanych o poczytalności ograniczonej (8.5%). Złożyły się na to zapewne dwie przyczyny: jedna - to zwiększająca się powściągliwość biegłych w wypowiedaniu się o potrzebie internowania sprawców z poczytalnością ograniczoną (spowodowaną brakiem skutecznych metod leczniczych przejawianych przez nich zaburzeń i skutecznych zabezpieczeń przed ich ucieczką ze szpitala oraz trudnościami jakie część z nich sprawia w szpitalu, oraz rosnącymi zadaniami terapeutycznymi w szpitalu psychiatrycznym wobec chorych psychicznie); druga - to wprowadzona do obecnie obowiązującego kodeksu karnego zmiana w określeniu podstawy do

zastosowania środka zabezpieczającego jako *zagrożenie poważnym niebezpieczeństwem* przy pozostawianiu na wolności (dawny kodeks karny mówił jedynie o *zagrożeniu dla porządku prawnego*).

Do zaburzeń psychicznych, które w znacznym stopniu mogą ograniczyć u sprawcy zdolność do rozpoznania znaczenia czynu lub zdolność kierowania swoim postępowaniem należą:

-
- (1) przypadki zespołów organicznych różnego pochodzenia, nie czyniące jeszcze sprawcy całkowicie niepoczytalnym,
 - (2) niektóre przypadki remisji w przebiegu psychoz,
 - (3) stany silnych afektów występujących na podłożu patologicznym,
 - (4) niektóre przypadki lekkiego niedorozwoju umysłowego i zaburzeń osobowości.
-

Doniesienia autorów polskich wskazują, że wśród przestępców o poczytalności ograniczonej najliczniej występują zaburzenia osobowości (około 40% tej grupy), alkoholicy (około 33%), na dalszym miejscu są zespoły psychoorganiczne i upośledzenia. W przypadku osób niepoczytalnych, z których większość stanowią psychotycy, biegli wypowiadają się o potrzebie stosowania wobec nich środków zabezpieczających, kierując się zarówno potrzebą chronienia społeczeństwa przed ich czynami, jak również potrzebą ich leczenia. Natomiast wobec większości osób z poczytalnością ograniczoną medycyna wnosi niewiele - nie znamy skutecznych metod leczenia upośledzenia umysłowego, zaburzeń osobowości, zespołów organicznych. Zatem, możliwości leczenia tych osób są ograniczone. Stąd też bardzo trudna jest merytoryczna ocena właściwego momentu, pozwalającego stwierdzić, że uzyskano pozytywne wyniki oddziaływań na internowanego o poczytalności ograniczonej, pozwalające na zwolnienie go ze szpitala. Proponuje się, aby przed wystąpieniem z wnioskiem o zwolnienie przenieść pacjenta do oddziału o łagodniejszym reżimie,

aby ocenić trwałość jego adaptacji. Długotrwałe uporządkowane zachowanie może dać podstawę do opinii o zwolnieniu. Z własnych badań wiemy, że praktyka wygląda inaczej. Sprawiający duże trudności internowani z tendencjami do uciezek przenoszeni są do oddziałów o surowym reżimie, z których nie mogą uciec i to daje biegłemu podstawę do wypowiedzenia się o możliwości zwolnienia z internacji (1)

Ponieważ wobec prawa sprawcy o poczytalności ograniczonej są przestępcami, najczęściej ciąży na nich wyrok pozbawienia wolności i to wieloletni (15-25 lat), jeśli są sprawcami poważnych przestępstw. Sąd wyjątkowo rzadko stosuje nadzwyczajne złagodzenie kary. Wielu sprawców traktuje internowanie ich w szpitalu jako przedłużenie kary, a nawet jako podwójne ich ukaranie. Dają temu wyraz stwarzając w szpitalu różnorodne trudności: dezorganizują życie szpitalne, zakłócają jego porządek, niejednokrotnie stwarzają zagrożenie dla chorych i personelu, często są niezdyscyplinowani, mają konflikty z otoczeniem, są agresywni lub autoagresywni, dokonują uciezek połączonych z upijaniem się lub dokonywaniem nowych czynów karalnych. Wielokrotnie zdarzało się i zdarza nadal, że dyrekcje szpitali, w których tacy internowani przebywają, występują do sądów o przeniesienie ich do innych szpitali, motywując to niemożliwością zapewnienia bezpieczeństwa oddziału i zapobiegania ucieczkom.

Przy tej okazji należy zauważyć, iż szpitale bronią się przed przyjęciem internowanych, którzy stanowią potencjalnie poważne zagrożenie dla porządku prawnego. Odmawiają sądom przyjęcia tych osób, wskazują inne szpitale, które jakoby dysponują lepszymi zabezpieczeniami przed możliwością ucieczki i które z kolei odmawiają przyjęć, jako przyjęć spoza rejonu. Powoduje to interwencje Ministerstwa Sprawiedliwości w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, które interweniuje w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, co kończy się przypominaniem dyrekcjom zainteresowanych szpitali, że nadal obowiązuje

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 7 lutego 1973 r. w sprawie wykazu zakładów przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, ogłoszone w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 20 marca 1973 r., nr 4, poz. 19. Załącznik nr 1 do Zarządzenia wymienia 30 szpitali psychiatrycznych z uwzględnieniem ich właściwości miejscowej, zobowiązanych do wykonywania środków zabezpieczających i dotychczas żaden z tych szpitali z obowiązku tego nie został przez Ministra Zdrowia zwolniony.

Część internowanych dostosowuje się do warunków szpitalnych, nawet zakłada, że cały okres kary odbędzie w szpitalu. W takich przypadkach szczególnie trudnym i niebezpiecznym momentem jest przekazanie im postanowienia sądu o zakończeniu internacji i przeniesieniu ich do zakładu karnego. Przyjmują to jako działanie przeciwko nim i przekreślenie ich planów. Lekarze mają obowiązek przekazania postanowienia sądu pacjentowi, który przecież może się od niego odwołać, dlatego sąd nie podejmuje działań związanych z odebraniem zwolnionego z internowania dopóki nie otrzyma podpisanej przez zainteresowanego zwrotki. Korespondencja trwa co najmniej dwa tygodnie. W tym czasie niezadowolony pacjent zmienia swe poprawne dotąd zachowanie na destrukcyjne dla życia oddziału. Często w tym okresie dokonuje uciezek (niekiedy z nowymi niebezpiecznymi czynami: *żebym wiedział za co siedzę*).

Dla zobrazowania tych trudności przytoczamy dwa opisy kazuistyczne.

Przypadek J.P.

J.P., lat 42, stanął przed sądem pod zarzutem zabójstwa sąsiadki w lutym 1973 roku. Wcześniej był karany za czynną napaść na funkcjonariusza MO, za przekraczanie granicy polskiej z NRD i, z oskarżenia prywatnego, za używanie słów obelżywych. Po sześciomiesięcznej obserwacji sądowo-psychiatrycznej w Oddziale Psychiatrii Sądowej przy Areszcie Śledczym biegli stwierdzili, że nie był chory psychicznie ani niedorozwinięty uny-

słowo, lecz wykazywał objawy encefalopatii z zaburzeniami charakteropatycznymi i zaburzeniami w sferze seksualnej pod postacią zoofilii. *Tempore criminis* był w stanie upicia alkoholem na podłożu patologicznym (nieznaczne poszerzenie komór bocznych w PEG i patologia zapisu eeg, nasilająca się po prowokacji alkoholem) i z tego powodu miał w znacznym stopniu ograniczoną poczytalność, a jego pozostawianie na wolności stanowiło poważne zagrożenie dla porządku prawnego, dlatego winien być poddany leczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym.

Sąd przyjął opinię biegłych, skazując J.P. na 12 lat pozbawienia wolności i kierując dla odbycia środka zabezpieczającego do szpitala psychiatrycznego. Szpital przyjmując pacjenta zastrzegł w piśmie do sądu, że nie ma możliwości zapewnienia warunków "należycie zabezpieczających przed możliwością ucieczki", o których mówi art. 196 § 1 kk.

W szpitalu J.P. przebywał od 25 listopada 1975 r. do 9 września 1979 r. Przez dwa lata był w oddziałach lepiej strzeżonych, z których jednak kierowany był do różnych prac na terenie szpitala, zachowując się poprawnie i zdyscyplinowanie. Po przeniesieniu do oddziału o lżejszym reżimie nadal był zdyscyplinowany, krytycznie oceniał swą sytuację prawną, nie stwarzał zagrożeń wobec otoczenia. W sierpniu 1979 r. szpital wystąpił do sądu z wnioskiem o uchylenie środka zabezpieczającego. O terminie posiedzenia w tej sprawie sąd poinformował pacjenta, za zwrotnym poświadczeniem odbioru. Około tygodnia później pacjent oddalił się, a po dowiezieniu oddalił się ponownie przed terminem posiedzenia sądu. Sąd wydał postanowienie o uchyleniu środka zabezpieczającego i o umieszczeniu J.P. w zakładzie karnym, gdy dotarło ono do szpitala pacjent był poszukiwany w związku z dokonaniem nowych czynów karalnych.

Z informacji dyrektora Biura Kryminalnego Komendy Głównej MO w Warszawie, wiadomo, że J.P. ukrywał się przez prawie dwa miesiące na terenie kilku województw, dopuszczając się w tym czasie zabójstw dwóch czterosobowych rodzin (łącznie 8 osób). Działał brutalnie, za narzędzie zbrodni służyła mu siekiera. Miał wypowiadać się,

że zdenerwował go fakt, że musi pójść do zakładu karnego więc *muszę mieć za co*. Niepotwierdzona informacja mówiła, że J.P. popełnił samobójstwo.

Przypadek K.P.

K.P. został skazany na karę 25 lat pozbawienia wolności z art. 148 § 1 kk w zw. z art. 210 kk i art. 11 § 1 w zw. z art. 168 § 1 i art. 60 § 1 kk. Wcześniej badali go ambulatoryjnie biegli psychiatrzy, którzy nie stwierdzili u niego choroby psychicznej, ani niedorozwoju umysłowego, lecz o ciężałość umysłową, osobowość nieprawidłową z cechami niedojrzałości emocjonalnej i skłonnością do nadużywania alkoholu oraz cechy organicznego uszkodzenia mózgu. W okresie dokonywania czynu z art. 148 § 1 kk w zw. z art. 210 kk znajdował się w stanie zwykłego upicia alkoholem, który to stan ograniczał w stopniu znacznym jego poczytalność. Zdaniem biegłych nie stwarzał on poważnego zagrożenia dla porządku prawnego, pod warunkiem powstrzymania się od picia alkoholu.

W wyniku rewizji obrońcy, K.P. był badany przez nowy zespół biegłych, którzy stwierdzili, że z powodu charakteropatii na tle uogólnionego zaniku mózgu, będąc w stanie upicia alkoholowego na podłożu organicznego uszkodzenia mózgu miał w znacznym stopniu ograniczoną poczytalność (stwierdzili w tomografii komputerowej uogólniony zanik mózgu oraz patologię w psychologicznych testach organicznych). Zdaniem biegłych z powodu zaburzeń sfery uczuciowo-dążeniowej może on w przyszłości stwarzać poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego, ale nie ma możliwości działań leczniczych. "Optymalnym rozwiązaniem dla podjęcia, mimo wszystko, próby działań psychokorekcyjnych i psychiatrycznych byłoby umieszczenie oskarżonego w sprofilowanym zakładzie karnym dla osób z zaburzeniami psychicznymi".

Sąd Najwyższy przyjął powyższą opinię, obniżył mu karę na 15 lat pozbawienia wolności i orzekł umieszczenie go w rejonowym szpitalu psychiatrycznym, zastrzegając: przy niezwykle rygorystycznym przestrzeganiu zasad bezpieczeństwa przez personel tej placówki.

Szpital rejonowy odmówił przyjęcia K.P. z powodu niemożności zabezpieczenia go przed ucieczką i jego niebezpieczeństwa dla personelu, a wobec rygorystycznego żądania sądu zwrócił się z prośbą o przyjęcie do Kliniki Psychiatrii Sądowej. Wobec prawomocnego postanowienia sądu i uwag koleżeńskich (SPZOZ Pruszków) został do Kliniki przyjęty. Przebywał w Klinice od 07.10.1993 do 31.03.1994 r. dostosowując się do regulaminu szpitalnego, zachowując poprawnie i bezkonfliktowo. Nie zgłaszał dolegliwości, nie wymagał leczenia. Po około miesiącu pobytu zaczął skracać dystans wobec personelu, stawiał różne żądania, przejawiając niezadowolenie z odmowy. Napisał prośbę do sądu o wyrażenie zgody na przepustkę do domu.

Po 6 tygodniach podzielono w zasadzie ocenę stanu zdrowia K.P. poprzednich biegłych i wystąpiono do sądu z wnioskiem o uchylenie wobec niego środka zabezpieczającego. Sąd uznał wniosek biegłych za nieprzekonywujący, gdyż został wydany po sześciotygodniowym pobycie wymienionego w klinice. Jednocześnie odpowiedział pacjentowi (adresując pismo do pacjenta), że decyzję o udzieleniu przepustki może podjąć kierownik kliniki. Poinformowano sąd, że odpowiedzi tej nie przekazano pacjentowi, gdyż przerzucanie na barki kierownika kliniki odpowiedzialności za urlopowanie przestępcy z długoletnim wyrokiem jest co najmniej nieporozumieniem. W oddzielnym piśmie polemizowaliśmy z zarzutem sądu o zbyt krótkim internowaniu pacjenta, pytaliśmy sąd dlaczego termin 6 tygodni, zgodnie z art. 184 § 3 kpk wystarcza dla oceny stanu zdrowia tempore criminis i oceny poczytalności, a jest niewystarczający dla oceny potrzeby pobytu w szpitalu internowanego, który nie jest chory psychicznie.

Nowy wniosek o zwolnienie wystaliśmy po 4 miesiącach pobytu pacjenta, którego zachowanie nie uległo istotnym zmianom. Wypowiadał pragnienie "odbycia całej kary" w klinice. Tym razem sąd zarządził zwolnienie K.P. z kliniki i wykonanie kary 15 lat pozbawienia wolności w zakładzie karnym dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-zabezpieczających. Nie uzyskano zgody sądu na wręczenie pacjentowi postanowienia w obecności konwoju,

przy wypisie. Sąd stwierdził, że bez podpisanej przez pacjenta zwrotki nie może przysłać konwoju, a argument o możliwości ucieczki pacjenta po powiadomieniu go nie miał tu żadnego znaczenia.

Podczas przekazania K.P. postanowienia sądu silnie napiął się on emocjonalnie, wypowiadał niezadowolenie z konieczności pójścia do zakładu karnego, a w kilka godzin później - wykorzystując sytuację remontu w klinice - oddalił się. Wiadomo, że został zatrzymany po około 10 dniach w miejscu swego zamieszkania. Brak danych, aby dokonał w czasie ucieczki nowych czynów karalnych.

WNIOSKI

1. System środków leczniczo-zabezpieczających w stosunku do sprawców, którzy działali w stanie ograniczonej poczytalności powinien być zróżnicowany.
2. Wymagający postępowania leczniczego, a zarazem nie wymagający szczególnego dozoru winni przebywać w szpitalach psychiatrycznych. Natomiast osoby nie wymagające leczenia, a wykazujące tendencje do recydywy, sprawiające trudności, wymagające szczególnego dozoru, a tym samym przede wszystkim stosowania środków wychowawczych i resocjalizujących winny przebywać w odrębnych zakładach podlegających resortowi sprawiedliwości z zapewnioną opieką psychiatryczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Hajdukiewicz D.: Katamnezy chorych z rozpoznaniem schizofrenii, alkoholizmu przewlekłego i zaburzeń osobowości internowanych przez sądy jako niebezpiecznych dla porządku prawnego. *Psychiatr. Pol.* 1975, IX, 2, 153-160.
2. Jaroszewski Z.: Środki leczniczo-zabezpieczające w polskiej opiece sądowo-psychiatrycznej. *Zeszyty problemowo-analityczne Ministerstwa Sprawiedliwości*, 1972, 24, 56-68.
3. Jaroszewski Z.: Opinie sądowo-psychiatryczne i środki zabezpieczające w świetle ankiety i statystyki szpitali psychiatrycznych. *Problemy Wymiaru Sprawiedliwości W.P.* 1981, 39-42.
4. Kaczanowski F.: Organizacja orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego na terenie Polski. *Zeszyty pro-*

- blemowo-analityczne Ministerstwa Sprawiedliwości, 1972, 19-27.
5. Ustawodawstwo psychiatryczne. Materiały do dyskusji. Warszawa 1959, cz. I i II.
 6. Uszkiewicz L.: O stanie orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w Polsce (na podstawie ekspertyz szpitalnych). Zeszyty problemowo-analityczne Ministerstwa Sprawiedliwości, 1972, 24, 7-18.

*Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*