

Agnieszka Welento-Nowacka<sup>1</sup>

### **Zezwolenie na czasowy pobyt poza zakładem psychiatrycznym: wnioski po pięciu latach od wprowadzenia zmian w Kodeksie karnym**

Permission for a Temporary Release From a Psychiatric Facility:  
Findings 5 Years After the Amendments to the Criminal Code

Po wykładzie na Seminarium Oddziałów Sądowych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie przedstawiałam moje doświadczenia z przerwą w odbywaniu środka zabezpieczającego, zostałam poproszona o napisanie artykułu na ten temat.

Jestem specjalistą psychiatrą i ordynatorem oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia od 2013 roku, kiedy to oddział rozpoczął swoją działalność. Mamy w związku z tym doświadczenie w pracy z pacjentami sądowymi i możemy porównać funkcjonowanie oddziału przed i po wprowadzeniu przerwy w odbywaniu środka zabezpieczającego. Będę nazywała przerwę nazwą potoczną, czyli przepustkami, bo tym faktycznie dla nas są.

Zanim opiszę nasze doświadczenia z przepustkami, chciałabym krótko nakreślić, jak wygląda detencja pacjenta i funkcjonowanie oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia.

Pacjent, wobec którego orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, może swoje leczenie rozpocząć na różnych stopniach zabezpieczenia – od maksymalnego do podstawowego. Oznacza to, że niektórzy z naszych pacjentów, zanim dojdą

---

<sup>1</sup> Agnieszka Welento-Nowacka – psychiatra, kierownik oddziału w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim / psychiatrist, head of the ward of Mental Health Hospital in Starogard Gdański.

do etapu oddziału podstawowego, przebywają w szpitalu przez wiele lat. W przypadku poważnych czynów internowany zaczyna swoją detencję od oddziału maksymalnego lub wzmocnionego. Na tych oddziałach głównym celem jest stabilizacja stanu psychicznego pacjenta i podjęcie wstępnych oddziaływań terapeutycznych. Po uzyskaniu względnej stabilizacji, na podstawie opinii biegłych pacjent jest przenoszony na oddział o podstawowym zabezpieczeniu. Wtedy bardziej istotne dla oceny prawdopodobieństwa popełnienia czynu o charakterze przemocy zaczynają być czynniki socjalno-społeczne. Oznacza to dla nas, że bardziej niż leczeniem farmakologicznym, zajmujemy się poszukiwaniem miejsca zamieszkania, budowaniem sieci społecznej, czyli osób, które udzielą po wyjściu wsparcia czy pomocy w poszukiwaniu zatrudnienia.

Mam nadzieję, że w tych krótkich słowach udało mi się nakreślić i przybliżyć nasze działania w przebiegu detencji. Poniżej postaram się przekazać, jaki wpływ na powyższe działania mają przepustki i jakie są moje doświadczenia z ich udzielaniem, podając dla wyjaśnienia kilka przykładów.

W Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim przepustki są wydawane po złożeniu przez pacjenta wniosku ustnego lub pisemnego. Po takim wniosku lekarz prowadzący bądź kierownik oddziału wydaje opinię o stanie zdrowia pacjenta i ewentualnych wskazaniach i przeciwwskazaniach do udzielenia przepustki. Na tej podstawie kierownik zakładu w osobie dyrektora do spraw leczenia udziela bądź odmawia udzielenia przepustki. Dużym ułatwieniem dla nas jest specjalnie przygotowany druk, w którym określamy cele terapeutyczne lub względy rodzinne i opisujemy stan psychiczny pacjenta. Na tej podstawie dyrektor wydaje zgodę na przerwę w odbywaniu środka zabezpieczającego, jednocześnie informując o tym fakcie sąd. Pacjent otrzymuje informację pisemną, jak ma przyjmować leki, które są mu wydawane ze szpitala. Dodatkowo każdorazowo przed wyjściem ze szpitala podpisuje zgodę na badanie alkomatem i pobranie moczu na obecność narkotyków. Po powrocie z przepustki zawsze rozmawiamy z pacjentem i osobami, które podjęły się opieki nad nim na przepustce.

Pojawia się pewnie w tym miejscu pytanie, czy przepustki są w ogóle potrzebne, czy bez nich też można byłoby prowadzić resocjalizację i terapię z jak najlepszym skutkiem dla pacjenta. Postaram się to wykazać poniżej.

Dużym problemem u naszych pacjentów jest brak oparcia ze strony bliskich oraz brak w Polsce wysoko rozwiniętej pomocy środowiskowej, jaka istnieje w innych krajach. Rodziny często się obawiają chorych, a i my musimy myśleć, że skoro internowany dokonał czynu o charakterze gróźb karalnych np. pod adresem żony, to on raczej do tej żony, jako potencjalnej ofiary, wrócić nie może. Ten brak oparcia ze strony środowiska powoduje, że detencja pacjentów przedłuża się i często dochodzi u nich do tak zwanej instytucjonalizacji. Pacjenci ci stają się silnie związani ze szpitalem, nie znają poza nim życia i w związku z tym czują się w nim bezpiecznie do tego stopnia, że są w stanie często dokonać aktów agresji, byle przedłużyć swój pobyt, a każde wspomnienie o ewentualnym zakończeniu detencji i przeniesieniu np. do DPS wywołuje w nich lęk i napięcie. Otaczający świat się zmienia, a pacjenci, choć mają dostęp do nowych technologii i uczą się je stosować, boją się tego, co może spotkać ich poza szpitalem. Według nas im wcześniej zezwala się pacjentom na bezpośrednie kontakty ze światem zewnętrznym, tym szybszy jest proces resocjalizacji i leczenia. Dlatego tak ważne dla zdrowienia jest umożliwienie pacjentowi np. samodzielnego załatwiania spraw urzędowych, zadbania o swoje zdrowie poza tym, co oferuje szpital, np. w zakresie specjalistycznego leczenia dentystycznego. Musi on zweryfikować swoje wyobrażenie o otaczającym świecie poprzez kontakt z rodziną, znajomymi w normalnych życiowych sytuacjach, jak spotkanie przy grillu, wyjście do kina czy na basen, pójście na zakupy. Z powodów opisanych powyżej, by zapobiec instytucjonalizacji, która prowadzi wyłącznie do umieszczenia pacjenta w domu pomocy społecznej, udzielanie przepustek powinno rozpocząć się jak najwcześniej.

Jedną z tych kwestii, wspomnianą powyżej, która jest istotna dla postępów w leczeniu i jest jednym z czynników społecznych u pacjentów, jest kontakt z bliskimi. Jak wspomniałam, nasza praca na oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia polega między innymi na tym, by znaleźć, odbudować czy podtrzymać więzi, które w przyszłości pomogą funkcjonować osobie chorej psychicznie na wolności. Kontakt ten, zanim pojawiły się przepustki, był ograniczony wyłącznie do wspólnego przebywania w oddziale lub spacerów na terenie szpitala. Kondycja finansowa psychiatrii jest zła, co powoduje, że na niektórych oddziałach nie ma nawet pokoju odwiedzin, a spotkania z bliskimi odbywają się na korytarzu. Nie są to warunki, by podtrzymywać lub naprawiać relacje

rodzinne. Kontakt ten jest istotny, gdyż wsparcie społeczne, sieć społeczna, sytuacja życiowa czy związek intymny i relacje jako takie są istotnymi czynnikami dla oceny ryzyka popełnienia czynu z użyciem przemocy przez pacjenta w przyszłości. Dodatkowo kontakt poza murami szpitala pozwala ocenić rzeczywiste relacje. Internowani często myślą życzeniowo, czyli mają błędne, zazwyczaj nadmiernie pozytywne wyobrażenie o swoich relacjach z rodzinami, mają nadzieję, że są one dobre, nie wierzą, że rodzina nie chce przyjąć ich do domu, pomóc im czy udzielić wsparcia.

Zdarza się, że rodziny obiecują pacjentom powrót do domu, zapewniając o chęci pomocy. Rzeczywiście jednak w kontakcie z personelem szpitala odmawiają przyjęcia chorych do domu, czasem nawet płacząc lub grożąc. Zdarzyła nam się np. taka sytuacja, że żona jednego z pacjentów mówiła mu, że to jest wina lekarza prowadzącego, że to on nie chce go wypuścić ani na przepustkę, ani do domu. Pacjent miał do nas słuszne pretensje. Natomiast sama, w rozmowach z nami, odmawiała kategorycznie przyjęcia go z powrotem do domu. Znacznie zaburzało to proces leczenia pacjenta, nie pomagały konfrontacje i wspólne rozmowy z nimi. Relacja terapeutyczna w takiej sytuacji była niemożliwa. Dopiero, kategoryczny wręcz, nasz nakaz wzięcia pacjenta na przepustkę spowodował, że żona przestała się obawiać męża i postanowiła udzielić mu pomocy i wsparcia po wyjściu ze szpitala. Dopiero po jego krótkim pobycie w domu zobaczyła, że ten starszy człowiek jest bardzo chory, wymaga opieki i nie stanowi dla niej już zagrożenia. Bez tego prawdopodobnie nadal byłby w szpitalu.

Druga sytuacja, która zapadła nam w pamięć, to historia młodego człowieka, którego z kolei mama bardzo chętnie brała na przepustki. Deklarowała pomoc i wsparcie, była żywo zainteresowana leczeniem syna. Do czasu, kiedy po trzeciej bodajże z kolei przepustce pacjent podjął próbę samobójczą zagrażającą życiu poprzez podcięcie żył łokciowych, czego dokonał z pobudek psychotycznych. Przy próbach ratowania był agresywny, odepchnął na ścianę pielęgniarkę. Wtedy dopiero okazało się, że matka pacjenta przyjeżdżała po niego z odległej części Polski i przywoziła z powrotem do szpitala, ale w trakcie przepustki zostawiała go samego w jego mieszkaniu i nie pomagała mu w niczym przez ten okres.

Powyższe sytuacje pokazują, jakie moglibyśmy popełnić błędy w ocenie prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy. Bez udzielania przepustek pierwszy z pacjentów byłby zapewne ciągle na

oddziale, a drugi być może wyszedłby ze szpitala i najprawdopodobniej szybko wrócił, może nawet po popełnieniu czynu karalnego. Po obserwacjach i uzyskaniu nowych danych ich losy potoczyły się zupełnie inaczej: pierwszy z opisanych powyżej pacjentów jest dalej leczony w warunkach domowych, a drugi niestety musiał zostać przeniesiony na oddział wzmocniony. I jak na razie obydwie te decyzje wydają się słuszne.

Kolejną ważną dla nas kwestią, dotyczącą pośrednio również relacji, jest urealnienie pacjentom sposobu funkcjonowania i skonfrontowanie ich z tym, jak mogłoby wyglądać ich życie poza szpitalem, ze stratami, jakich doznają, będąc w szpitalu. Około 50% naszych pacjentów to pacjenci młodzi lub bardzo młodzi, poniżej 30. roku życia. Jak wskazują dokonywane przez nas analizy, internacja jest często pierwszą hospitalizacją tych młodych ludzi, zwłaszcza w przypadku czynów poważnych. U takich młodych ludzi często spektakularne czyny są pierwszym zauważalnym objawem psychozy, co w psychiatrii nazywamy paragnomenem. Nie zawsze objawem takim jest czyn karalny, ale i tak się zdarza. Powoduje to, że taki człowiek trafia na detencję w wieku, kiedy zazwyczaj występują pierwsze objawy schizofrenii, czyli między 18. a 25. rokiem życia. Jak można się domyślić, są to ludzie, którzy jeszcze nie poznali dorosłego życia, nie mieli stałych partnerów, pracy, często mają nieukończoną edukację, a czasem przed detencją nie mieszkali jeszcze samodzielnie.

Osoby chore psychicznie inaczej postrzegają otaczający świat. Oni, będąc w szpitalu, nie mają poczucia upływającego czasu. W placówce są w warunkach bezpiecznych, mają „wikt i opierunek”, są dalej jak na utrzymaniu rodziców, a pieniądze z zasiłków czy renty mają wyłącznie na własne wydatki. Nie doświadczają problemów życia codziennego. Inaczej niż ich rówieśnicy, którym ten czas mijał na zupełnie innych zajęciach. Ich koledzy i koleżanki zakładają rodziny, rozwijają się zawodowo, mają dzieci. Pacjenci natomiast są w tej sytuacji odrealnieni, nie łączą pobytu w szpitalu z upływającym czasem. Przepustki pozwalają na konfrontację z rzeczywistością, choć czasem jest ona dla pacjenta smutna, ale niezbędna, by internowany, który nie uczestniczy aktywnie w procesie terapeutycznym, poczuł stratę, jaka wynika z jego przedłużającego się pobytu w szpitalu.

Podam kolejne przykłady. Jeden z nich pokazuje, jak bardzo pacjenci mają problem z umiejscowieniem się w rzeczywistości, a drugi – jak konfrontacja z otaczającym światem wpłynęła na pacjenta.

Jeden z naszych pacjentów jest w szpitalu ponad 20 lat. Kiedyś mieszkał przez krótki okres we Francji i miał tam konkubinę. Do tej pory, przynajmniej raz w tygodniu, przychodzi i pyta, czy może wyjść ze szpitala, bo zamierza wrócić do konkubiny do Francji. Zupełnie nie reaguje na rozmowy o tym, że być może po 20 latach to ona go już nie przyjmie i że raczej na niego nie czeka. Zwłaszcza, że nie kontaktowała się z nim ani razu i on nawet nie wie, czy ona żyje lub gdzie mieszka.

Drugi to smutny przypadek młodego człowieka, który trafił na detencję w wieku 19 lat. Nie miał nawet ukończonej szkoły średniej. Na ostatniej przepustce spotkał się z kolegami ze szkoły. W czasie 10 lat jego pobytu w szpitalu oni założyli rodziny, pracują, są samodzielni. On niestety zobaczył, że w tym czasie nie osiągnął nic, zwłaszcza, że jest bardzo oporny na stosowane oddziaływania terapeutyczne, nie czuje potrzeby leczenia. Spowodowało to pogorszenie jego stanu psychicznego, nasilenie objawów psychotycznych i ucieczkę ze szpitala, po której co prawda sam wrócił. Po tym czasie chętniej podchodził do terapii, trochę więcej opowiadał o czynnie i objawach. Obecnie oczekuje na decyzję sądu dotyczącą zwolnienia ze szpitala.

Kolejnym istotnym elementem i jednocześnie czynnikiem ryzyka popełnienia czynu jest u pacjentów ocena wglądu, zwanego też krytycyzmem wobec choroby, czynu czy ewentualnego uzależnienia. Nie da się ocenić w szpitalu, gdzie pacjent jest nadzorowany, czy na wolności będzie przyjmował leki, czy nie złamie abstynencji. Oczywiście takie sytuacje zdarzają się również w szpitalu, choć rzadko, jednak na wolności jest więcej pokus i możliwości. Nie możemy polegać wyłącznie na zapewnieniach pacjenta. Oczywiście nie znaczy to, że nie mamy zaufania do pacjentów, ale na pewno nasze zaufanie jest ograniczone.

W naszym szpitalu jest procedura dotycząca sprawdzania utrzymywania abstynencji przez pacjentów w trakcie przepustek. Mają oni obowiązek poddania się badaniu alkomatem i badaniu na obecność narkotyków w moczu. Zdajemy sobie sprawę, że nowe substancje, jak dopalacze, nie są wykrywane standardowymi testami, ale powoli zaczynają się takie testy pojawiać i są u nas również stosowane. Można czasem pośrednio wnioskować po obecności innych substancji w moczu, że pacjent przyjął dopalacze. U jednego z naszych pacjentów po powrocie z przepustki w okresie świąt Bożego Narodzenia otrzymaliśmy dodatni wynik na obecność morfiny w moczu. Pacjent próbował wmówić nam,

że zjadł bardzo dużo makowca, jednak rodzice powiedzieli, że na święta był w domu tylko sernik.

Oczywiście te 3 dni, a w wyjątkowych przypadkach 7 dni, jest to zbyt krótki czas, by móc ocenić samokontrolę u pacjenta. Ten czas według nas powinien być dłuższy, ponieważ większość pacjentów potrafi powstrzymać się przez 3 dni od spożywania alkoholu lub substancji odurzających. Przy dłuższym pozostawianiu na wolności byłoby to dla nich trudniejsze, ale dla nas bardziej diagnostyczne.

Reasumując, są elementy terapii i zdrowienia pacjenta, których nie możemy w pełni realizować w warunkach izolacji. Dla nas, jako osób leczących, powyższe kwestie są istotne. Choć jest tak, że jednocześnie wydajemy opinie o stanie zdrowia i wnioskujemy o pozostaniu w szpitalu lub jego opuszczeniu, to jednak jesteśmy lekarzami i terapeutami, którzy starają się pomóc pacjentom w procesie zdrowienia, a nie ich izolować.

Poza opisanymi powyżej korzyściami z przepustek są rzeczy, których się obawiamy, a które mogą teoretycznie wydarzyć się na przepustce. Jest to oczywiście ryzyko, że pacjent zaprzestanie przyjmowania leków, złamie abstynencję, nie wróci lub dokona czynu karalnego.

Według naszych obserwacji po udzielonych mniej więcej 200 przepustkach, mamy bardzo pozytywne doświadczenia. Pacjenci wracają o czasie, przypadki złamania abstynencji są pojedyncze. Nikt nie dokonał czynu karalnego w trakcie przepustki. Wiele z relacji rodzinnych udało się naprawić, część urealnić. Jeden z naszych pacjentów wziął ślub w trakcie przepustki, kolejny uczestniczył w narodzinach dziecka. Skrócił się czas detencji.

To, co jest dla nas, jako lekarzy i terapeutów problemem, to zbyt krótki czas przepustek z powodów, które opisałam powyżej, i kodeksowe sformułowanie dotyczące opieki członka rodziny lub osoby godnej zaufania. To sformułowanie powoduje, że wielu pacjentom nie może zostać udzielona przepustka, gdyż takiej osoby nie mają. Często też nie posiadają miejsca zamieszkania, do którego mogliby udać się na przepustkę.

Niektórzy ordynatorzy intepretują akt prawny jako możliwość udzielenia przepustki z personelem oddziału, np. na wyjście do kina czy na wycieczkę z grupą pacjentów. Ja osobiście nie jestem przekonana do takiej interpretacji, zwłaszcza przy brakach personalnych na oddziałach, gdyż powoduje to, że w przypadku takiego wyjścia jest mniej personelu

opiekującego się pozostałymi pacjentami, a na oddziałach podstawowych są to maksymalnie 4 pielęgniarki, jedna salowa i jedna terapeutka zajęciowa na 50 pacjentów, w naszym przypadku obecnie już na 68 pacjentów.

Reasumując, w związku z tym co opisałam powyżej, moja konkluzja jest taka, że w czasie, kiedy nie było możliwości udzielenia przepustki pacjentom, niektóre z celów terapeutycznych nie były realizowane, nie posiadaliśmy pełnego obrazu funkcjonowania pacjenta, nie mogliśmy sprawdzić postępów leczenia w warunkach ambulatoryjnych czy też ocenić wglądu i wsparcia rodzinnego. Powodowało to często niepotrzebne przedłużanie się detencji, a nasze doświadczenie wskazuje na to, że im dłużej pacjent przebywa w szpitalu psychiatrycznym, tym trudniej podjąć decyzję o wnioskowaniu do sądu o zwolnienie pacjenta ze szpitala, ze względu chociażby na wspomnianą już instytucjonalizację. Mimo tego, że każda przepustka może rodzić obawy co do wystąpienia niepożądanych sytuacji, to jednak korzyść z ich udzielania znacząco to ryzyko przewyższa.

Mam nadzieję, że udało mi się w praktyczny sposób pokazać moje doświadczenia jako klinicysty z oddziału sądowego i że pozwoli to na lepsze zrozumienie naszego stanowiska, gdyż jako lekarzom zależy nam przede wszystkim na zdrowiu pacjentów, a naszą główną rolą jest leczenie i dbanie o ludzi chorych psychicznie, a nie pełnienie roli strażników, którzy za zadanie mają izolację i nadzór nad osobami, wobec których zastosowano środek zabezpieczający.

## Summary

In this article, the author tries to present practical aspects of granting a temporary release from a mental health hospital. The conclusions are made from the point of view of a person who works in forensic psychiatry and deals with decisions regarding the patients' stay in the institution. The author discusses practical problems associated with the application of the Criminal Code, as well as the benefits that temporary release has for patients.

## Keywords

forensic psychiatry, mental health, isolation, risk of violence