

Warszawa, 6.02.2019 r.

## **List otwarty do Czytelników „Psychiatrii Polskiej”**

### **An open letter to the Readers of “Polish Psychiatry”**

Prof. dr hab. med. Józef K. Gierowski<sup>1,2</sup>,  
Prof. nadzw. dr hab. med. Janusz Heitzman<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny Wydział Zamiejscowy w Katowicach

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum Katedra Psychiatrii

<sup>3</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Psychiatrii Sądowej

Szanowni Czytelnicy, Szanowna Redakcjo,  
po zabójstwie prezydenta Gdańska Pawła Adamowicza rozpoczęły się medialne dyskusje i dywagacje dotyczące stanu psychicznego sprawcy. Stawiane mniej lub bardziej profesjonalne „diagnozy” opierały się na wcześniej niepotwierdzonych i nieudokumentowanych doniesieniach, że sprawca „ma niewątpliwie schizofrenię, bo gdy siedział w więzieniu, to słyszał głosy”, „jest chory psychicznie, co wynika z jego zachowania po zabójstwie”, „jest chory, ponieważ gdy kilka lat wcześniej odbywał karę, to rozpoznano u niego schizofrenię”, „w czasie ostatniego pobytu w więzieniu ujawniła się u niego schizofrenia i upośledzenie umysłowe”. W sytuacji tak bulwersującej nie dziwią nas próby szukania odpowiedzi, dlaczego doszło do takiej tragedii i co kierowało sprawcą zbrodni. Jest to zrozumiałe, gdy takie pytania stawiają sobie i je nagłaśniają osoby, których wiedza o psychiatrii i psychologicznych motywach agresji jest potoczna i nieoparta na naukowych podstawach. Dużo bardziej krytycznie jednak należy odnieść się do polityków, dziennikarzy i autorytetów, niestety również psychiatrów i psychologów, którzy swoje diagnostyczne dywagacje czynią publicznie, starając się je uwiarygodnić doświadczeniem zawodowym i omnipotentnym przekonaniem, że

na podstawie medialnych doniesień i bez badania osoby sprawcy są w stanie postawić to jedyne i prawdziwe rozpoznanie. Można odnieść wrażenie, że tzw. eksperci medialni z im większą pewnością potrafią znaleźć odpowiedź na każde pytanie, tym bardziej odchodzą od obiektywności oceny i podstawowych etycznych zasad: nie diagnozują bez badania, nie ujawniają publicznie treści badania, nie na wszystkie pytania psychiatria jest w stanie odpowiedzieć, zwłaszcza w zdalnym procesie oceny.

Publiczne dokonanie zbrodni zabójstwa pokazało niestety także słabość państwa, które nie potrafi wystarczająco chronić swoich obywateli. Z tej świadomości, niezależnie od różnic politycznych, zrodziła się wśród najwyższych władz państwowych potrzeba, by wspólnie z przedstawicielami i ekspertami klubów parlamentarnych dokonać takich zmian w prawie, by można było wyeliminować lub choćby zminimalizować ryzyko podobnych tragicznych zdarzeń w przyszłości. Założenie „uszczelnienia systemu” w celu zwiększenia publicznego bezpieczeństwa zaadresowane zostało niestety zbyt jednokierunkowo w stronę psychiatrii. Mamy poczucie, że próby obarczenia psychiatrii odpowiedzialnością za bezpieczeństwo publiczne jest zbyt jednostronne i nieuzasadnione ani praktycznie, ani naukowo. Niewątpliwie zmiany w prawie są konieczne, jest wiele przykładów na to, że dzisiejsze prawo jest nieskuteczne, niekonsekwentne, z ewidentnymi lukami. Uważamy, że na problem zmiany prawa należy popatrzeć dwojako. Z jednej strony można się zastanowić nad zwiększeniem skuteczności aktualnych regulacji oraz poprawić te przepisy w prawie karnym, które bezsprzecznie źle działają. Z drugiej jednak strony wydaje się nam, że ważniejsze jest dokonanie zmian systemowych, które jednoznacznie i na nowo umocują w prawie karnym środek zabezpieczający, tak by można było wyeliminować ryzyko popełnienia czynów zagrażających zdrowiu i życiu innych przez osoby skazane mające opuścić zakład karny. Jak na razie podjęte próby zmian legislacyjnych, nakładające głównie na psychiatrię kliniczną zadania prewencyjne czy resocjalizacyjne, trzeba oceniać krytycznie. Pomysł, by sprawcy przestępstw uznani za poczytalnych, którzy w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności ujawniają zaburzenia psychiczne (nie chorobę psychiczną!) i istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że po zakończeniu kary mogą stwarzać zagrożenie, byli bez zgody umieszczani w „cywilnych” szpitalach psychiatrycznych, wydaje się mocno chybiony. Dzisiejsza psychiatria kliniczna nie jest przygotowana do wypełniania takich zadań. Nie ma ani odpowiednio przystosowanych oddziałów, ani przeszkolonych w tym zakresie kadr medycznych, pomocniczych i ochrony. Odgrywanie roli resocjalizacyjnej i socjopedagogicznej nie jest zadaniem medycznym. Można odnieść wrażenie, że tego typu rozważania legislacyjne, choć posiłkują się argumentacją psychiatryczną, to jednak czynią to nie z pozycji doświadczeń psychiatrii klinicznej, społecznej czy nawet penitencjarnej. Proponowane rozwiązania abstrahują od naukowych podstaw warunkujących zachowanie się człowieka, w tym w szczególności o charakterze agresywnym. Sprawiają wrażenie, że uzasadnienie koniecznych zmian w prawie potocznym rozumieniem mechanizmów agresywnych zachowań („chory psychicznie jest szczególnie niebezpieczny i agresywny”) jest daleko idącym uproszczeniem i na pewno nie będzie to wystarczającym gwarantem ich skuteczności. Mamy poczucie, że podmioty (i służby) odpowiadające za bezpieczeństwo publiczne stały się bezradne i stanowi dla nich dużą trudność opracowanie

nowych rozstrzygnięć w obszarach, jakimi dysponują, toteż sięgają po argumentację psychiatryczną w sposób nie do końca uprawniony i uzasadniony doświadczeniami psychiatrii.

Szukanie w sferze zdrowia psychicznego i w psychiatrii remedium na poprawę bezpieczeństwa publicznego jest nieuzasadnione naukowo, nie znajduje też żadnego oparcia w praktyce tworzenia gwarancji bezpieczeństwa. Nie można przyjmować założenia, że społeczeństwo to zbiór mniej lub bardziej zaburzonych psychicznie jednostek, a psychiatria ma być odpowiedzialna za ich prewencyjne dyscyplinowanie, identyfikowanie, różnicowanie, izolowanie i nadzorowanie. Jako środowisko psychiatrów i psychologów klinicznych nie możemy odejść od podstawowego celu psychiatrii – służebnej roli wobec chorych psychicznie i ich rodzin, dawania im opieki, nadziei, szansy wyzdrowienia, integrowania ze społecznością. Boimy się, że wizja psychiatrii gwarantującej bezpieczeństwo publiczne odziera ją z humanistycznej i medycznej misji służenia człowiekowi i stania na straży jego podmiotowości, gwarancji praw osób chorych i ich nienaruszalności. Psychiatria w żadnym cywilizowanym kraju nie powinna być kojarzona z narzędziem represji karnej, systemem odpowiedzialnym za bezpieczeństwo publiczne.

Jeśli takie instytucje państwa, jak prokuratury, sądy, policja, agencje bezpieczeństwa, więziennictwo itp., czują się bezradne, jeśli chodzi o zapewnienie bezpieczeństwa publicznego ze względu na brak narzędzi izolacyjno-naprawczych i prewencyjnych, to powinny w swoim zakresie kompetencyjnym stworzyć takie narzędzia i związany z nimi system organizacyjny. To oczywiste, że narzędziami tego rodzaju mogą być instytucje izolacyjne i resocjalizacyjne o gwarantowanym poziomie profesjonalnego dozoru, ale też korzystające z dorobku psychiatrii, a szczególnie psychologii i pedagogiki, zatrudniające fachowców z tych dyscyplin. Tak działa w Holandii system tzw. TBS-ów (podległych Ministerstwu Sprawiedliwości zamkniętych zakładów resocjalizacyjno-terapeutycznych dla zaburzonych psychicznie, acz niekoniecznie chorych psychicznie, sprawców przestępstw) i jest on skuteczny. Psychiatria jako dyscyplina medyczna nigdy nie stworzy i nie będzie mogła stworzyć „superwięzienia”, zakładu izolującego jednostki zagrażające, gdzie przymusowo osoby skrajnie niebezpieczne będą się zamieniać w jednostki społecznie dostosowane. Dotyczy to szczególnie osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, najczęściej z zaburzeniami osobowości. Warto podkreślić, że dotychczas wdrażany system leczenia zaburzeń psychicznych w warunkach penitencjarnych jest niewydolny, a to on powinien dawać gwarancję skutecznej terapii i bezpieczeństwa. Jeśli tak się nie dzieje, to konieczne jest przeanalizowanie przyczyn tego stanu rzeczy w obrębie już istniejącego systemu, a nie poza nim, w obszarze psychiatrii pozapenitencjarnej. Na dzień dzisiejszy za mało jest oddziałów psychiatrycznych przy aresztach śledczych, są one niedoinwestowane strukturalnie, kadrowo i kompetencyjnie. Dostrzegamy, że rola psychiatrii penitencjarnej w ramach więziennictwa jest niedoceniana i wymaga zmiany tak w zakresie diagnozowania psychiatrycznego, psychologicznego czy oceny zagrożenia, jak i określenia zasad współdziałania z „cywilną” opieką psychiatryczną. Wiele z istniejących problemów można rozwiązać poza psychiatrią. Dotyczy to w szczególności zwiększenia skuteczności i efektywności resocjalizacji prowadzonej

w zakładach karnych, poszerzenia zadań istniejących służb bezpieczeństwa państwa w zakresie skutecznej prewencji zagrożeń ze strony osób uprzednio skazanych, karnych, uznanych w trakcie postępowania sądowego za zdrowe psychicznie i potencjalnie niebezpieczne. Nowego określenia wymaga system kurateli sądowej nad skazanymi sprawcami czynów zabronionych opuszczających zakłady karne. Zmiany ustawowe są też potrzebne, jeśli chodzi o wprowadzenie monitorowania osób niebezpiecznych po opuszczeniu zakładu karnego przez służby realizujące zadania resocjalizacyjne (policja, służba więzienna).

Brakuje w Polsce jednego centralnego zakładu karnego przeznaczonego dla skazanych stwarzających szczególne zagrożenie i wymagających specjalistycznych oddziaływań psychologicznych, resocjalizacyjnych, pedagogicznych, a nawet psychiatrycznych, z zadaniami bezpośredniego monitorowania skazanych także w ramach współpracy z innymi służbami, już po zakończeniu prawomocnie orzeczonej kary pozbawienia wolności. Tu warto rozważyć, czy w tak skonstruowanym systemie prewencyjnym nie powinien się znaleźć Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (KOZZD w Gostyninie). Wydaje się, że byłby to dobry kierunek nowych propozycji legislacyjnych.

System wyłuskiwania w zakładach karnych spośród osadzonych potencjalnie niebezpiecznych w przyszłości sprawców ze względu na ich nieprawidłową osobowość lub inne niepsychotyczne zaburzenia psychiczne (nieskutkujące niepoczytalnością) i umieszczania ich w szpitalach psychiatrycznych budzi wątpliwości co do swojej skuteczności. Zasadniczo jednak zmieni charakter szpitala psychiatrycznego i wizerunek psychiatrii polskiej, która stanie się obszarem napiętnowania, stygmatyzacji i represji. To wielki krok wstecz. Dzisiejsza psychiatria kliniczna, ze swoim systemem lecznictwa zamkniętego i otwartego, siecią oddziałów dziennych, poradni, oddziaływań środowiskowych, wdraża, choć z trudnościami, ale też z sukcesem Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, a ponadto jest gotowa do współdziałania z dotychczasowym i koniecznym do zreformowania systemem psychiatrii penitencjarnej.

Niepokój budzi to, że istniejące dzisiaj możliwości prawne nie zawsze są wykorzystywane. Dotyczy to w szczególności stosowania przerwy w odbywaniu kary ze względu na wystąpienie choroby psychicznej i kontynuacji leczenia zamkniętego w pozapenitencjarnym oddziale psychiatrycznym. Więcej uwagi należy również poświęcić prawidłowości postępowania dowodowego w zakresie identyfikowania i diagnozowania zaburzeń psychicznych u sprawców, zanim trafią do zakładu karnego. Odnosi się to zwłaszcza do skazanych ze stwierdzanym dopiero w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności, a nie rozpoznawanym wcześniej upośledzeniem umysłowym. Ociążałość umysłowa i niski poziom intelektualny, nawet w granicach lekkiego upośledzenia umysłowego, są stwierdzane u znacznego odsetka osób skazanych. Powinno się ich jednak wcześniej poddać ocenie psychologicznej i umieścić w specjalnie dla nich dedykowanym, sprofilowanym zakładzie karnym. Upośledzenia umysłowego, nawet lekkiego, nie można wyleczyć; współczesna psychiatria nie jest tu skuteczna. Dlatego dla tej grupy sprawców ważniejsze od nieskutecznego leczenia psychiatrycznego są oddziaływania pedagogiczne, resocjalizacyjne i psychospołeczne. Gdy takie osoby nie są wyodrębnione z ogólnej populacji skazanych, stają się bardzo

łatwo ofiarami manipulacji i indoktrynacji. Często ulegają fałszywej motywacji i są nakłanianie do eskalacji zachowań zagrażających innym. Przy okazji dyskusji nad zmianami w prawie musimy starać się nagłośnić, że powiązanie zaburzeń psychicznych z przestępczością jest zazwyczaj pośrednie, a czynniki mające charakter zaburzeń psychicznych współwystępują zwykle z co najmniej kilkunastoma innymi, które nie mają już charakteru psychopatologicznego. Jak wynika z badań nad ryzykiem przestępczości, czynniki psychopatologiczne pozostają w złożonych i skomplikowanych powiązaniach przyczynowo-skutkowych z innymi czynnikami ryzyka. Ekspozowanie zaburzeń psychicznych jako szczególnie ważnych i zasadniczych przyczyn przestępczości nie jest zgodne z aktualnym stanem wiedzy naukowej.

Największy niepokój i sprzeciw budzą pojawiające się propozycje zmian w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Mogą one naruszyć fundamentalne zasady opieki psychiatrycznej w naszym kraju, nakładając na nią zadania sprzeczne z dotychczas obowiązującymi standardami, rolą i funkcjami społecznymi, jakie pełni opieka psychiatryczna. Są to zadania niemożliwe do wykonania, naukowo i merytorycznie nieuzasadnione. Nie powinniśmy się godzić na zmiany w Ustawie, które mogłyby rozszerzać katalog przesłanek przymusowej hospitalizacji i pozbawić Ustawę roli gwaranta ochrony przed bezzasadnym pozbawieniem wolności.

Liczymy na to, że powołane zespoły eksperckie, które mają opracować propozycje zmian w obowiązującym prawie, uwzględnią głos środowiska psychiatrycznego, nie naruszą podstawowej roli psychiatrii i nie podważą jej wizerunku wśród dyscyplin medycznych i w oczach pacjentów.