

Implementacja wytycznych Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA) w zakresie psychiatrii sądowej w Polsce. Stan obecny i konieczne działania

Implementation of the European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry in Poland. Current state and required measures

Janusz Heitzman, Paweł Gosek, Małgorzata Luks, Anna Pilszyk,
Justyna Kotowska, Marek Pacholski

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Klinika Psychiatrii Sądowej

Summary

The article discusses the key aspects of the guidance of the European Psychiatric Association (EPA) on forensic psychiatry and the required actions to implement guidance into clinical practice. The authors pay attention to the discrepancies between the recommendations resulting from the guidance and clinical practice and current systemic solutions. The basic difficulties were discussed in relation to the implementation of the guidelines in the clinical practice in Poland as regards providing services as an expert by psychiatrists and psychologists, risk assessment and management, psychiatric therapy in detention centers, implementation of protection measures in inpatient and outpatient treatment conditions, efficiency of pharmacological and non-pharmacological interventions. We hope that discussing the content of the guidance will help to deepen the knowledge of clinicians in the field of work as court expert witnesses and persons responsible for the implementation of the preventive measure. Based on the clinical experience measures were proposed that enable implementation of the guidance, and thus improvement of the quality of care exercised over the mentally ill criminal offenders.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-psychiatryczne, środki zabezpieczające, wytyczne

Key words: forensic psychiatric expertise, precautionary measures, guidance

Wstęp

Psychiatria sądowa to dziedzina wiedzy z pogranicza medycyny, psychologii i prawa, której jednym z celów jest leczenie chorych psychicznie sprawców czynów zabronionych i innych osób wymagających podobnej opieki, w tym m.in. prowadzenie leczenia

farmakologicznego, pomoc psychologiczna, ocena i zarządzanie ryzykiem przemocy, zapobieganie zachowaniom przemocowym w przyszłości, troska o jakość życia pacjentów oraz działania naprawcze zmierzające do ich bezpiecznego przywrócenia społeczeństwu. W systemach opieki sądowo-psychiatrycznej w krajach europejskich występują istotne różnice dotyczące uwarunkowań prawnych, tradycji opiniowania sądowo-psychiatrycznego, organizacji opieki, dostępnych zasobów oraz przyjętych sposobów postępowania i prowadzenia terapii niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych [1, 2]. Kryteria przyjęcia do ośrodków psychiatrii sądowej różnią się w zależności od kraju i systemu legislacji. W niektórych krajach, w tym w Polsce, występowanie związku choroby i czynu jest konieczne dla prowadzenia rozważań o zastosowaniu środka zabezpieczającego, podczas gdy w innych skierowanie pacjenta na detencję psychiatryczną możliwe jest w sytuacji współistnienia choroby psychicznej i czynu karalnego. Psychiatria sądowa w niektórych krajach jest osobną specjalizacją medyczną, w innych jest włączona do psychiatrii ogólnej lub funkcjonuje głównie w warunkach więziennych [3]. Może mieć charakter scentralizowany w jednym lub kilku dużych ośrodkach w kraju lub też terapia może być prowadzona w wielu mniejszych rozproszonych ośrodkach. W nielicznych krajach Europy, w tym w Polsce, możliwa jest realizacja środka zabezpieczającego w formie ambulatoryjnej. W niektórych państwach europejskich tworzone są ośrodki wysoko profilowane dla potrzeb określonych grup pacjentów, w tym np. ośrodki długoterminowego pobytu (*long-stay*). Również dostępność miejsc w placówkach sądowo-psychiatrycznych w krajach europejskich wykazuje znaczne różnice, przykładowo < 3/100 000 (Włochy, Szwajcaria, Hiszpania) vs. 13/100 000 (Niemcy) [4].

W ciągu ostatnich lat liczba pacjentów przyjętych do ośrodków psychiatrii sądowej w Europie wzrosła [5]. W badaniach obejmujących osiem krajów [6] obserwowano zwiększenie o 110% liczby miejsc w ośrodkach psychiatrii sądowej w latach 1990–2006. Dane z krajów, w których prowadzone są badania dotyczące długości pobytu, wskazują, że wydłużeniu uległ także czas przebywania w ośrodkach [7]. Choć niewiele jest takich badań, analizy czasu pobytu wskazują, że średnia długość detencji może przewyższać długość ewentualnego przebywania w zakładach karnych w przypadku czynów o podobnym charakterze [8].

Biorąc pod uwagę m.in. powyższe dane, w ramach Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA) dostrzeżono potrzebę opracowania spójnych wytycznych dotyczących postępowania wobec chorych psychicznie sprawców czynów zabronionych leczonych w krajach europejskich. Jako kluczowe obszary wytycznych zdefiniowano: ocenę poczytalności, przesłanki do stosowania środków zabezpieczających, stosowane w warunkach sądowo-psychiatrycznych metody terapii (terapię farmakologiczną, psychoterapię, inne formy oddziaływania), ocenę i zarządzanie ryzykiem przemocy, zapobieganie przemocy w przyszłości oraz drogi powrotu pacjentów sądowo-psychiatrycznych do społeczeństwa.

Opracowane przez EPA wytyczne mogą stać się cennym elementem codziennej praktyki klinicznej jedynie wówczas, gdy podjęte zostaną działania systemowe i edukacyjne, umożliwiające klinicyście efektywne ich zastosowanie. Takie działania proponują autorzy niniejszego opracowania, omawiając jednocześnie poszczególne, kluczowe punkty wytycznych EPA.

Material

Opracowanie wytycznych:

Prace nad wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w zakresie psychiatrii sądowej (*European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders* [9]) zostały rozpoczęte w 2016 r. pod kierownictwem prof. Birgit Völlm z uniwersyteckiego ośrodka w Nottingham. W działania zaangażowały się zespoły z pięciu ośrodków sądowych, w tym z Polski – z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wytyczne opublikowano w *European Psychiatry* w 2018 r.

Metody

Dla potrzeb opracowania wytycznych przeprowadzono przegląd piśmiennictwa obejmujący m.in. bazy MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, COCHRANE. Zidentyfikowano 4422 artykuły spełniające założone kryteria, analiza szczegółowa objęła 188 pozycji piśmiennictwa. W opracowaniu materiału uwzględniono dotychczas opublikowane wytyczne oraz standardy postępowania dotyczące bezpośrednio lub pośrednio psychiatrii sądowej, w tym m.in. dokumenty European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, European Cooperation in Science and Technology, European Psychiatric Association, National Institute for Health and Care Excellence, Royal College of Psychiatrists oraz World Psychiatric Association. Przeprowadzono konsultacje z narodowymi towarzystwami psychiatrycznymi zrzeszonymi w EPA oraz członkami sekcji psychiatrii sądowej EPA. Ostateczny tekst zaakceptowany został przez zarząd sekcji psychiatrii sądowej EPA. Wytyczne podzielono na cztery sekcje: rola psychiatry jako biegłego sądowego, ryzyko, leczenie sprawców chorujących psychicznie oraz skuteczność metod terapii.

Wyniki

Wytyczne w zakresie roli psychiatry/psychologa jako biegłego sądowego

Wytyczne definiują rolę psychiatry jako biegłego sądowego w zakresie oceny poczytalności, oceny ryzyka przemocy, oceny zeznań świadków oraz jako eksperta w zakresie możliwości leczenia sprawców, przy poszanowaniu najwyższych standardów merytorycznych oraz etycznych. Biegły powinien w sposób klarowny przedstawić swoją rolę i jasno określić, że nie jest to rola terapeuty. Co istotne, biegły nie powinien być lekarzem prowadzącym leczenie. Biegły powinien uzyskać zgodę na badanie (*informed consent*), w tym przedstawić potencjalne skutki współpracy i odmowy współpracy badanego przy wydawaniu opinii. Biegły jest zobligowany do bezstronności i niepodejmowania działań jako „advokat stron”, jednakże, co zaznaczono w wytycznych, wnioski ekspertyzy sądowej powinny być oparte o wszystkie istotne i wystarczające informacje, w tym także informacje od osób trzecich. Swoją pracę w charakterze eksperta biegły powinien wykonywać w poszanowaniu zasady

poufności, nie ujawniając przy tym informacji, które nie są konieczne do sporządzenia ekspertyzy. Zgodnie z wytycznymi do zadań biegłego należy ocena tego, czy zakres ekspertyzy nie wykracza poza zakres jego kompetencji. Biegły powinien przeprowadzić badanie osobiście, a ekspertyza powinna być napisana językiem zrozumiałym dla osób niebędących profesjonalistami w dziedzinie medycyny. Dotyczy to w szczególności stosowania terminologii medycznej. W ekspertyzie powinno znaleźć się omówienie danych, zawierające ich syntezę w kontekście przypuszczalnych czynników przyczynowo-skutkowych czynu oraz czynników istotnych dla oceny ryzyka. Biegły powinien wyjaśnić przyczyny zastosowania narzędzi psychometrycznych, ich ograniczenia oraz to, czy mają one zastosowanie w przypadku osoby badanej. W tekście ekspertyzy należy podkreślić wszelkie wątpliwości dotyczące oceny, w tym niespójności między subiektywną oceną a ustaleniami obiektywnymi, oraz w jaki sposób może to wpłynąć na końcowe wnioski.

Implementacja wytycznych EPA w naszym kraju wymaga istotnych zmian legislacyjnych. W ostatnich latach poza zwiększeniem odpowiedzialności związanej z opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym oraz wprowadzeniem dodatkowych sankcji karnych nie obserwujemy działań zmierzających do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa biegłych ani adekwatnego finansowania ich pracy. Niestety, mimo nowelizacji kodeksowej status biegłego jako funkcjonariusza publicznego nie został prawnie uregulowany. Natomiast wprowadzone w ostatnim okresie sankcje karne wobec biegłych sądowych są jedną z przyczyn niepodejmowania się lekarzy i psychologów pełnienia tej funkcji. Działają one odstrasżająco na ewentualnych kandydatów. Niepokój budzą takie sformułowania jak np. „opinia nieumyślnie fałszywa” oraz konsekwencje prawne z tym związane. Niestety, co się nierzadko zdarza w praktyce, w związku z rozbieżnymi wnioskami kilku zespołów opiniujących istnieją obawy, że część opinii może zostać uznana za „nieumyślnie fałszywe”. Biegły bywa adresatem ataków słownych (zdarza się, że i fizycznych) ze strony osoby opiniowanej. Niezrozumiałe są dla biegłych naciski sądu na przeprowadzanie badania sądowo-psychiatrycznego w miejscu zamieszkania osoby opiniowanej. Nie jest uwzględnione bezpieczeństwo biegłych, którzy na takie badanie są delegowani bez żadnych dodatkowych środków zapewniających bezpieczeństwo.

W praktyce od biegłego psychiatry oczekuje się coraz bardziej intensywnej pracy, zdarza się, że pod groźbą nałożenia kary finansowej, co jest szczególnie deprymujące i zniechęcające do współpracy z sądem. Istotne dysproporcje w zakresie wynagrodzenia biegłych w porównaniu do pracy klinicznej (stawka godzinowa wynosi obecnie 32 zł 38 gr dla biegłego bez stopnia naukowego oraz 45 zł 63 gr dla biegłego ze stopniem naukowym doktora) zniechęcają praktyków do podejmowania zadań biegłych sądowych. Dodatkowy sprzeciw budzą w biegłych decyzje sądu dotyczące korekty wystawianych godzinowych kart pracy biegłego, w których kwestionowana jest liczba godzin potrzebnych do wykonania kolejnych etapów opinii. Ma to, w naszej ocenie, bezpośrednie przełożenie na jakość wydawanych opinii.

Choć autorom niniejszego opracowania nie są znane statystyki demograficzne biegłych psychiatrów i psychologów w Polsce, doświadczenie praktyczne wskazuje, że w obu grupach średnia wieku w kolejnych latach wzrasta. W ostatnich latach istotnie

spada liczba biegłych psychiatrów z listy Prezesów Sądów Okręgowych, co przekłada się na nadmierne obciążenie pracą aktywnych biegłych. Wiąże się to z licznymi naciskami ze strony sądów odnośnie do wydawania opinii, niekiedy poprzez wyznaczanie biegłych do sporządzenia opinii bez uzyskania ich zgody. Taka praktyka nie powinna być akceptowana.

Wytyczne w sposób jasny wskazują, że biegły powinien dążyć do formułowania wniosków na podstawie wszystkich istotnych i wystarczających informacji. W naszej ocenie stanowi to wystarczającą podstawę do występowania przez biegłych o uzupełnienie materiału dowodowego o brakujące, kluczowe informacje, których nie można odnaleźć w aktach sprawy. Tym samym takie działanie nie powinno być rozumiane jako ingerowanie w proces postępowania. Zatem w wypadku, gdy biegły dostrzeże potrzebę uzasadnionych zmian dotyczących zakresu opinii (badanych problemów, materiałów źródłowych, np. dokumentacji), swoje propozycje powinien skierować do sądu i podjąć się realizacji ekspertyzy po jednoznacznej akceptacji w formie rozszerzonego postanowienia. Następnie biegły powinien przeprowadzić badanie osobiste po wcześniejszym wyjaśnieniu celu badania, przedstawieniu jego specyfiki i uzyskaniu świadomej zgody opiniowanej osoby. W przypadku badania osobistego to biegły decyduje o doborze narzędzi diagnostycznych i ponosi za to odpowiedzialność. Używane narzędzia badawcze powinny spełniać walory psychometryczne. Ponadto powinno się je dobierać w taki sposób, by mogły zweryfikować postawione hipotezy badawcze, by uwzględniały możliwości osób badanych, ich postawę wobec badania a także kompetencje badającego.

Opinia powinna być sporządzona w sposób jasny i przejrzysty pod względem formy i treści. Poszczególne części powinny być wyodrębnione adekwatnie do przedstawionych problemów i zatytułowane odpowiednio do ich zawartości. Wszystkie pojęcia specyficzne użyte przez biegłego powinny zostać wyjaśnione, a dane źródłowe, do których biegły się odwołał powinny być wyszczególnione. W przypadku opinii psychologicznej jednoznacznie należy wskazać, że zarówno wyniki surowe, jak i przeliczone z poszczególnych metod nie mogą być zamieszczone w jej treści, ponieważ łamie to standardy etyczne psychologa i może prowadzić do błędnych interpretacji dokonywanych przez osoby do tego nieprzygotowane merytorycznie, co w efekcie może się okazać szkodliwe dla badanego.

Praktyka opiniowania sądowo-psychiatrycznego w naszym kraju stoi w znacznej mierze w sprzeczności z kolejnymi rekomendacjami EPA. Ocena możliwości wykonania ekspertyzy powinna być dokonywana przez biegłego, który lepiej niż sąd zna swoje kompetencje zawodowe. Sposób powoływania specjalistów z list biegłych dla właściwych sądów uwzględnia jedynie formalne wykształcenie, nie zaś zakres kompetencji. Wprowadzenie certyfikacji biegłych psychiatrów i psychologów, postulowane od kilku lat przez Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej, poprzedzone działalnością edukacyjną, niewątpliwie podniosłoby jakość opiniowania. Zgodnie z wytycznymi EPA biegły nie powinien być lekarzem lub terapeutą prowadzącym leczenie. Obowiązujące w naszym kraju regulacje prawne niejako wymuszają jednak taką sytuację. Dotyczy to wydawania pisemnych opinii oraz stawiennictwa w sądach zespołów prowadzących leczenie pacjentów w trakcie realizacji środka zabezpieczającego. Nie sprzyja

to nawiązywaniu relacji terapeutycznej, a zespoły leczące stawia w podwójnej roli. Praktykowanym w niektórych krajach rozwiązaniem jest wprowadzenie audytu, np. co 2–3 lata, dokonywanego przez zewnętrznych ekspertów, a dotyczącego wskazań i formy realizowania środka zabezpieczającego.

W wytycznych podkreślano także konieczność odnotowywania w opiniach nieśpójności między ustaleniami z badania i danymi z akt. W praktyce opiniodawczej, w szczególności dotyczącej oświadczeń woli, częstokroć dane z akt, w tym zeznania świadków, mają charakter sprzeczny ze sobą. W takich sytuacjach zasadne wydaje się rozważenie wydawania opinii alternatywnych, w zależności od stanowiska sądów w kwestii wiarygodności zeznań świadków.

Wytyczne w zakresie oceny ryzyka

W wytycznych poświęcono dużo uwagi zagadnieniom oceny ryzyka w kontekście wydawania opinii specjalistycznych oraz zapobiegania zjawisku recydywizmu wśród chorych psychicznie sprawców czynów zabronionych. W ocenie ryzyka zastosowanie mają metody nieustrukturyzowanej oceny klinicznej (*unstructured clinical assessments*), narzędzia aktuarialnej oceny ryzyka (*actuarial risk assessment* – ARA) oraz ustrukturyzowana profesjonalna ocena (*structured professional judgements* – SPJ). Jako że ocena kliniczna ma niewielką wartość predykcyjną [10], rekomendowane jest zastosowanie narzędzi ARA lub SPJ. Aktuarialna ocena ryzyka jest metodą statystyczną opartą o algorytmy, a wyniki przedstawiane są w formie prawdopodobieństwa (liczbowo). Natomiast narzędzia ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny (SPJ) uwzględniają dodatkowo dynamiczne czynniki oraz aktualny stan badanego, tym samym dając możliwość wyznaczania celów terapeutycznych oraz zarządzania ryzykiem (ocena ryzyka na początku procesu leczenia), jak i śledzenia postępów procesu leczenia (ocena okresowa).

Autorzy przeglądu systematycznego poświęconego narzędziom oceny ryzyka [11] zidentyfikowali ponad 80 zmiennych oraz 20 formalnych narzędzi służących ocenie ryzyka recydywizmu w odniesieniu do czynów przemocowych i o charakterze seksualnym. Metaanaliza 68 badań poświęconych ocenie ryzyka przemocy [12] wykazała porównywalną wartość predykcyjną oceny aktuarialnej i ustrukturyzowanej oceny klinicznej. Zwracano m.in. uwagę na większą zdolność predykcyjną narzędzi opracowanych dla specyficznych grup, przykładowo sprawców przestępstw o charakterze seksualnym, w porównaniu do narzędzi dedykowanych populacji ogólnej. W warunkach klinicznych, ze względu na właściwości pozwalające na ich zastosowanie w planowaniu terapii, narzędzia typu SPJ są chętniej wybierane przez klinicystów. Narzędziem o obecnie największym rozpowszechnieniu jest skala HCR–20 (Historical Clinical Risk Management 20), wersje 2 i 3. W warunkach penitencjarnych narzędzia typu ARA znajdują szersze zastosowanie, w szczególności w odniesieniu do sprawców przestępstw o charakterze seksualnym, gdzie ich wartość predykcyjna przewyższa narzędzia typu SPJ [13]. W wytycznych EPA podkreślono, że stosowanie narzędzi psychometrycznej oceny wiąże się niestety z możliwością uzyskania wyników fałszywie dodatnich (stwierdzenie wysokiego ryzyka u osób o realnie niskim ryzyku), a co za

tym idzie wydłużenia okresu pozbawienia wolności. Wyniki metaanalizy wykazały, że najczęściej używane narzędzia są skuteczne w identyfikowaniu osób o niskim ryzyku, jednakże słabo lub umiarkowanie skuteczne w identyfikowaniu osób z wysokim ryzykiem (niska lub umiarkowana dodatnia wartość predykcyjna).

Autorzy zwracali uwagę, że narzędzia psychometryczne mogą mieć istotne znaczenie w procesie planowania terapii, jednakże przestrzegali przed traktowaniem wyników zastosowania narzędzi jako jedyne go czynnika determinującego podjęcie decyzji o rozpoczęciu lub zwolnieniu z leczenia w warunkach środka zabezpieczającego. Szczególną uwagę należy zachować w odniesieniu do niektórych grup, w tym kobiet i osób upośledzonych umysłowo.

Autorzy wytycznych zwracali także uwagę na znaczenie czynników ochronnych, za przykład podając SAPROF (Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk), narzędzie opracowane do łącznego stosowania ze skalą HCR. Wyniki badań przynoszą sprzeczne rezultaty dotyczące zwiększenia wartości predykcyjnej przy stosowaniu SAPROF w porównaniu do narzędzi oceny czynników ryzyka, niemniej jednak ocena i ewaluacja czynników ochronnych w praktyce klinicznej może zwiększać motywację do leczenia, procesu rehabilitacji i reintegracji społecznej. Wyniki badania opublikowanego po wydaniu wytycznych [14] wydają się wspierać twierdzenie o zwiększeniu wartości prognostycznej przy łącznym zastosowaniu HCR-20 i SAPROF. Autorzy opracowań poświęconych ocenie ryzyka zwracają uwagę, że ocena skuteczności predykcyjnej narzędzi utrudniona jest przez niewystarczające monitorowanie zjawiska recydywizmu. W wytycznych podkreślono, że ocena ryzyka powinna być nierozzerwalnie związana z wprowadzaniem określonych procedur terapeutycznych (zarządzanie ryzykiem).

W Polsce istotnym ograniczeniem stosowania narzędzi oceny ryzyka jest zarówno ich niewielka dostępność, jak również brak świadomości potrzeby ich stosowania w grupie profesjonalistów. Z wyjątkiem przetłumaczonych na język polski narzędzi HCR-20 i pokrewnych, w tym SAPROF, brak jest polskich wersji innych powszechnie stosowanych narzędzi, jak przykładowo baterii Dundrum, Sexual Violence Risk – 20 (SVR-20), Forensic Psychiatry and Violence Oxford (FoVox) Tool, czy podobnych. Jak podkreślają autorzy, narzędzie HCR-20 jest udostępniane nieodpłatnie. Jednakże ze względu na specyfikę oceny ryzyka, wysoce zasadne jest uczestniczenie w szkoleniach poświęconych stosowaniu tego narzędzia. Upowszechnienie metod oceny ryzyka ułatwiłoby niewątpliwie opracowywanie indywidualnych planów terapeutycznych, a przez to skuteczniejsze zarządzanie ryzykiem. Wymaga to istotnych nakładów finansowych ze strony podmiotów prowadzących oddziały psychiatrii sądowej, finansowanych przez narodowego płatnika. Koszty związane z oceną ryzyka powinny być uwzględniane w wycenie świadczeń w psychiatrii sądowej. Opracowanie przez środowisko psychiatrii sądowej wytycznych dotyczących omawianej kwestii w polskich realiach z pewnością wpłynęłoby pozytywnie na jakość opieki (poprzez zarządzanie ryzykiem), jak również byłoby argumentem w wyegzekwowaniu koniecznych nakładów na szkolenia i doskonalenie zawodowe sądowych psychiatrów i psychologów. Konieczne wydaje się także stopniowe wprowadzanie polskich wersji kolejnych narzędzi oceny ryzyka, w tym dedykowanych dla poszczególnych grup pacjentów, oraz ich implementowanie w praktyce klinicznej.

Wytyczne w zakresie leczenia w warunkach wolnościowych

Autorzy wytycznych podkreślają, że grupa pacjentów leczonych w warunkach wolnościowych (detencja ambulatoryjna) to grupa o zróżnicowanych i kompleksowych problemach, a także potrzebach zdrowotnych i socjalnych. Są to pacjenci przejawiający m.in. zaburzenia psychiczne, zaburzenia osobowości, IQ na pograniczu normy i upośledzenia lub upośledzenie umysłowe czy zaburzenia funkcji poznawczych. Zwrócono uwagę, że często pacjenci z tej grupy przejawiają zaburzenia o nasileniu podprogowym, jak przemijające zaburzenia psychotyczne, szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych i alkoholu, umiarkowanie nasilone zaburzenia uczenia się, co może wykluczać ich z leczenia w warunkach środowiskowych. Ta grupa pacjentów powinna mieć zagwarantowany taki sam dostęp do opieki jak pacjenci, którzy nie popełnili czynu zabronionego. Postępowanie powinno obejmować także szereg oddziaływań pozamedycznych, w tym przykładowo trening umiejętności społecznych. Ze względu na złożoność potrzeb w tej grupie pacjentów znalazły zastosowanie dostosowane do warunków psychiatrii sądowej asertywne modele opieki o szerokim zasięgu (*assertive community treatment* – ACT). Pomimo że wyniki badań wykazały skuteczność tych programów w sensie terapeutycznym, nie potwierdziły jednoznacznie wysokiej skuteczności w zmniejszaniu liczby popełnionych ponownie czynów zabronionych. Jak dotychczas wyniki badań [15–17] nie wykazały wprost, że przymusowe leczenie w warunkach ambulatoryjnych jest istotnie skuteczniejsze w zapobieganiu recydywizmowi niż standardowa opieka środowiskowa.

W naszym kraju realizowanie środka zabezpieczającego w warunkach ambulatoryjnych możliwe jest od 2015 roku. Niestety, zmiana prawa nie pociągnęła za sobą koniecznych zmian struktury organizacyjnej systemu opieki psychiatrycznej. Kwestią sporną pozostaje, czy realizacja środka zabezpieczającego powinna być wykonywana przez wyspecjalizowane podmioty, np. poradnie związane z oddziałami psychiatrii sądowej, czy też opieka i nadzór mają być prowadzone w ramach rejonowych poradni zdrowia psychicznego lub centrów zdrowia psychicznego. Konieczne będzie wpisanie tego świadczenia zdrowotnego do wykazu świadczeń gwarantowanych. Doświadczenie kliniczne przemawia raczej za tym pierwszym rozwiązaniem. Specyfika pracy z pacjentem sądowym wymaga nie tylko prowadzenia leczenia, ale także dokonywania oceny ryzyka, jakie zachowanie pacjenta może stwarzać dla społeczeństwa. Wymaga także zapewnienia odpowiednich warunków bezpieczeństwa pracy dla personelu. Mało realistyczne wydaje się oczekiwanie, że ocena ryzyka przeprowadzana przez psychiatrów niezwiązanych na co dzień z psychiatrią sądową będzie miała podobną rzetelność jak przeprowadzana przez praktyków w tym zakresie.

Kolejną kwestią wymagającą uregulowań prawnych jest możliwość skierowania pacjenta detencyjnego w czasie pogorszenia stanu psychicznego do leczenia szpitalnego – w formie kryzysowej, interwencyjnej hospitalizacji. Pogorszenie stanu psychicznego nie jest tożsame z koniecznością przywrócenia detencji w warunkach szpitalnych. W ocenie autorów niniejszego artykułu jasnych uregulowań wymaga także określenie zasad, na jakich finansowana jest detencja ambulatoryjna i realna wycena tego świadczenia. Jak już wspomniano powyżej, prowadzenie detencji ambulatoryjnej wymaga

szczególnego nadzoru nad stanem psychicznym pacjentów oraz wypełnianiem przez nich zaleceń terapeutycznych. Możliwe staje się to w warunkach regularnych wizyt, nawet w odstępach kilkudniowych, zapewnienia pełnej dostępności do leczenia farmakologicznego, w tym w formie preparatów depot, w warunkach umożliwiających zapewnienie bezpieczeństwa innym pacjentom oraz pracownikom sektora ochrony zdrowia. Od lekarzy prowadzących leczenie wymaga się także opracowywania okresowych opinii sądowo-psychiatrycznych dotyczących przebiegu leczenia, ewentualnie stawiennictwa we właściwych sądach. Z tych względów nie sposób zgodzić się z twierdzeniem, że opieka nad pacjentem skierowanym przez sąd generuje takie same koszty jak opieka nad pacjentem przychodzącym do poradni z własnej woli. Nie bez znaczenia dla dalszej optymalizacji systemu opieki jest także prowadzenie badań prospektywnych nad skutecznością detencji ambulatoryjnej w zakresie zapobiegania zjawisku recydywizmu. Reasumując, w obecnej sytuacji pierwszym krokiem zmierzającym do uporządkowania systemu powinno być opracowanie przepisów wykonawczych dotyczących realizacji środka zabezpieczającego w formie ambulatoryjnej, w tym regulacji dotyczących zapewnienia adekwatnych nakładów finansowych na tę formę opieki.

Wytyczne w zakresie leczenia w warunkach szpitalnych

Leczenie w warunkach specjalistycznych ośrodków sądowo-psychiatrycznych wymaga większych nakładów niż terapia prowadzona w warunkach zakładów karnych, jednakże skutkuje mniejszym odsetkiem ponownego popełnienia czynów zabronionych [18]. Wyniki metaanaliz [19] wskazują, że w zapobieganiu recydywizmowi u sprawców chorych psychicznie, podobnie jak w populacji osób niechorujących psychicznie, ogólne czynniki kryminogenne mają bardzo istotne znaczenie. Być może nawet istotniejsze niż samo występowanie choroby psychicznej. W większości krajów europejskich wprowadzanie środków zabezpieczających realizowane jest w formie kilku poziomów zabezpieczenia, w zależności od ryzyka i specyficznych potrzeb pacjentów. Z jednej strony takie rozwiązanie pozwala lepiej dostosować opiekę do potrzeb pacjentów, z drugiej jednak stwarza ryzyko wydłużania czasu pobytu w sytuacji braku miejsc w innych ośrodkach.

Charakterystyka kliniczna pacjentów psychiatrii sądowej w poszczególnych krajach europejskich także różni się w sposób istotny. Przykładowo, w Holandii wysoki odsetek pacjentów sądowych to osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości. W innych krajach dominują pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi. Ze względu na oczekiwania społeczne oraz heterogenny charakter grupy pacjentów, oprócz specyficznych oddziaływań opisanych w dalszej części wytycznych, w ośrodkach psychiatrii sądowej powinno się zwrócić szczególną uwagę na środowisko terapeutyczne (społeczność terapeutyczną) instytucji oraz zapewnienie bezpieczeństwa. Autorzy wytycznych przytaczają wyniki analizy opinii ekspertów [20], przeprowadzonej metodą delficką, dotyczącej kluczowych elementów prowadzenia opieki w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, do których zaliczono kwestie bezpieczeństwa, niektóre oddziaływania farmakologiczne (klozapina), psychologiczne (oddziaływania oparte o terapię poznawczo-behawioralną), społeczne (np. aktywności poza oddziałem) oraz ogólne

zasady sprawowania opieki (podejście wielospecjalistyczne, zaangażowanie pacjentów). Ci sami autorzy [21] przeprowadzili przegląd systematyczny badań dotyczących leczenia w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, identyfikując 22 badania, w tym 13 pochodzących z krajów europejskich. Wyniki badań potwierdziły skuteczność m.in. oddziaływań poznawczo-behawioralnych, psychoedukacji oraz leczenia przeciwpsychotycznego. Jednakże, co podkreślają autorzy, dowody skuteczności pochodziły głównie z pojedynczych, nierandomizowanych badań przeprowadzonych na niedużych grupach pacjentów.

W Polsce środek zabezpieczający w warunkach szpitalnych w odniesieniu do chorych psychicznie sprawców realizowany jest w ośrodkach dysponujących trzema poziomami zabezpieczenia. Liczba miejsc szpitalnych w ciągu ostatnich lat oscyluje w granicach 2,1–2,3 tys. Doświadczenie kliniczne oraz wyniki badania pilotażowego przeprowadzonego w IPiN wskazują, że większość pacjentów cierpi na zaburzenia ze spektrum schizofrenii (63% w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w latach 2013–2018). Brak jest szeroko publikowanych danych populacyjnych dotyczących realizacji środka zabezpieczającego w Polsce, charakterystyki grupy pacjentów oraz specyficznych oddziaływań terapeutycznych, jakie są stosowane w tej grupie. Realizacja w naszym kraju detencji w ośrodkach o zróżnicowanym poziomie zabezpieczenia jest niewątpliwie odpowiednią na niejednorodne potrzeby pacjentów, zwłaszcza w aspekcie bezpieczeństwa. Jednakże praktyka kliniczna wskazuje, że ze względu na czas procedowania sądów zdarzają się przypadki wielomiesięcznego oczekiwania na przeniesienie do kolejnego ośrodka. Szczególne zagrożenie stanowi sytuacja, gdy środek zabezpieczający powinien być realizowany w placówce o wyższym stopniu zabezpieczenia, co zazwyczaj związane jest z agresywnym lub autoagresywnym zachowaniem pacjenta, a przez to z niemożnością zapewnienia bezpieczeństwa jemu, innym pacjentom i otoczeniu w obecnym miejscu przebywania, podczas gdy wielotygodniowe postępowanie sądowe skutecznie uniemożliwia przeniesienie. Wprowadzenie szybkiej ścieżki prawnej zmiany miejsca realizowania środka zabezpieczającego w takich sytuacjach istotnie poprawiłoby bezpieczeństwo w oddziałach sądowych.

Kolejnym rozwiązaniem służącym optymalizacji systemu psychiatrii sądowej w Polsce byłoby wprowadzenie, na wzór innych krajów europejskich, możliwości powtórnej ewaluacji rozpoznania chorobowego w warunkach realizacji środka zabezpieczającego. Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, gdy rozpoznanie chorobowe ustalone w np. czasie intoksykacji substancjami psychoaktywnymi czy też wskutek symulacji w czasie badania sądowo-psychiatrycznego albo nawet obserwacji sądowo-psychiatrycznej nie znajduje potwierdzenia w czasie wielomiesięcznej realizacji środka zabezpieczającego. W takich wypadkach, jako że ośrodki psychiatrii sądowej nie dysponują możliwością prowadzenia skutecznej resocjalizacji – w ocenie autorów niniejszego artykułu sąd powinien mieć możliwość kierowania takiej osoby do zakładu karnego. W niektórych krajach (np. w Holandii) funkcjonują ośrodki przeznaczone do prowadzeniu obserwacji sądowo-psychiatrycznej pod kątem dalszej realizacji środka zabezpieczającego.

Istotnym problemem dla ośrodków psychiatrii sądowej jest konieczność pilnej interwencji medycznej poza placówką. Obecnie nie ma uregulowań prawnych odnośnie

do decyzji o konwojowaniu pacjenta do innej placówki medycznej w godzinach poza godzinami pracy sądów. Oczywiście wydaje się konieczność pilnej konsultacji czy leczenia pacjenta w innej placówce medycznej w sytuacji zagrożenia życia. Wątpliwości dotyczą prowadzenia nadzoru nad osobą czasowo opuszczającą ośrodek w celu odbycia innych konsultacji medycznych czy poddania się zabiegom. Pacjent w trakcie realizacji środka zabezpieczającego, ze względu na bezpieczeństwo własne, otoczenia a także ryzyko ucieczki, powinien być konwojowany w czasie transportu przez policję. Nadzór ten powinien być także kontynuowany podczas pobytu w innej placówce, co niestety nie zawsze jest realizowane. Istnieją oczekiwania, że pracownicy oddziału detencyjnego mają pełnić funkcję nadzorującą transport i pobyt pacjenta w innej placówce medycznej, co jest zazwyczaj niezgodne z zakresem ich obowiązków. Ponadto nie powinni opuszczać stanowisk pracy ze względu na zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów pozostających w oddziałach.

Znaczna heterogenność grupy pacjentów, obejmującej m.in. osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, upośledzenia umysłowego, zaburzeń związanych z nieodwracalnym uszkodzeniem OUN, współistniejącego uzależnienia i zaburzeń psychotycznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, wymusza na ośrodkach psychiatrii sądowej zapewnienie szeregu specjalistycznych oddziaływań. Biorąc pod uwagę znaczne rozproszenie ośrodków sądowych w Polsce, liczbę miejsc w poszczególnych ośrodkach, wymogi bezpieczeństwa oraz nakłady finansowe płatnika (w sposób istotny bezpośrednio – *per capita*, i pośrednio – w porównaniu do nakładów na psychiatrię ogólną, dysproporcjonalne w odniesieniu do innych krajów europejskich), stworzenie ośrodków formalnie przeznaczonych dla poszczególnych grup pacjentów wydaje się najbardziej racjonalnym rozwiązaniem. Grupy wymagające szczególnego, wysoko specjalistycznego wsparcia to pacjenci z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego, pacjenci z współistniejącym uzależnieniem od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz rozpoznaniem współistniejących głębokich zaburzeń osobowości. Kolejnym warunkiem skutecznej implementacji wytycznych EPA jest zapewnienie przez płatnika adekwatnej wyceny kosztów pracy w ośrodkach psychiatrii sądowej. Warunki pracy, zarówno dla personelu medycznego w tym lekarzy, psychologów, personelu pielęgniarskiego, jak i personelu pomocniczego, ze względu na specyfikę pracy w grupie pacjentów bardziej niebezpiecznych oraz w związku z odpowiedzialnością wynikającą z zarządzania ryzykiem, powinny stanowić zachętę do podjęcia zatrudnienia w warunkach psychiatrii sądowej.

Wytyczne w zakresie psychiatrii w zakładach karnych

Autorzy wytycznych przytaczają wyniki analizy 62 badań obejmujących 23 tys. więźniów, która to ujawniła w tej populacji ponad 3,7% osób z objawami psychozy, ponad 10% z objawami depresji, 65% z cechami zaburzeń osobowości (z czego 42% przejawiało cechy osobowości dys socjalnej). Odsetek uzależnionych od alkoholu waha się pomiędzy 18–30%, od leków i innych substancji psychoaktywnych w zakresie 10–48%. Odsetek samobójstw wynosi 58–147/100 000 w grupie więźniów w porównaniu z 16–31/100 000 w populacji ogólnej. Postępowanie wobec chorych

psychicznie więźniów różni się w zależności od poszczególnych krajów, np. w Irlandii obligatoryjny jest transfer do ośrodka psychiatrii sądowej, a w Belgii i na Litwie istnieje możliwość leczenia jedynie w oddziale więziennym lub też stosowane są oba rozwiązania. Autorzy wytycznych zwracają uwagę, że dostęp do opieki psychiatrycznej powinien być realizowany m.in. zgodnie z zaleceniami ONZ (*The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, Convention on the Rights of Persons with Disabilities*), rekomendacjami Rady Europy (*Recommendation No. R (98) 7*) oraz wytycznymi World Medical Association i World Psychiatric Association.

Choć problematyka funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych w ramach polskiego systemu penitencjarnego wymaga niewątpliwie osobnego opracowania, należy zwrócić uwagę na zgłaszane przez klinicystów problemy kadrowe, płacowe i lokalowe wspomnianych jednostek oraz zmniejszającą się liczbę miejsc w ramach oddziałów psychiatrycznych w więzieniach.

Wytyczne w zakresie interwencji psychologicznych

W ciągu ostatnich lat zaszła istotna zmiana w postrzeganiu znaczenia interwencji psychologicznych w psychiatrii sądowej. Dowody skuteczności oddziaływań psychologicznych w grupie chorujących psychicznie sprawców dotyczą zarówno redukcji zachowań agresywnych, jak również czynów na tle seksualnym. Te drugie, ze względu na niewielkie różnice w wynikach badań w porównaniu z grupami kontrolnymi, nadal wywołują żywą dyskusję. Punktem wyjścia w postępowaniu ze sprawcami może być model *risk-need-responsivity* (RNR) [22], obejmujący zasady ryzyka (*risk*), potrzeb (*need*) i reaktywności (*responsivity*), aczkolwiek w związku ze specyfiką warunków psychiatrii sądowej założenia tego modelu są często dostosowywane do grupy odbiorców. Do innych przytaczanych przez autorów wytycznych modeli postępowania można zaliczyć m.in. *strengths-based good lives model* [23], koncentrujący się na wzmacnianiu funkcjonowania sprawcy jako osoby poprzez zwiększenie jego zdolności do osiągnięcia celów i zaspokajaniu potrzeb w sposób społecznie akceptowalny. Przeglądy systematyczne oddziaływań mających na celu zmniejszenie agresji i przemocy [24–25] wykazały skuteczność m.in. wsparcia socjalnego, treningu umiejętności społecznych, metod poznawczo-behawioralnych (w tym programu *Reasoning & Rehabilitation*, autorstwa E. Rossa oraz E. Fabiano). Pomocne w zwiększaniu zaangażowania pacjentów i współpracy przy terapii mogą być np.: trening funkcji poznawczych, trening umiejętności komunikacji, muzykoterapia. Wśród kobiet skuteczność w zapobieganiu ponownym czynom zabronionym wykazano dodatkowo w odniesieniu do interwencji ukierunkowanych na wczesne traumatyczne przeżycia oraz na współistniejące uzależnienie od substancji psychoaktywnych. W grupie sprawców przestępstw seksualnych brak jest bezspornych dowodów dotyczących skuteczności wysoko specjalistycznych programów terapeutycznych. W stosunku do pacjentów z zaburzeniami osobowości wykazano pewną skuteczność terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT), treningu rozpoznawania emocji, terapii psychoanalitycznej (również w grupach pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia osobowości typu *borderline*), terapii CBT czy krótkotrwałej terapii psychodynamicznej w mieszanych zaburzeniach osobowości. Interpretację

wyników badań porównawczych utrudnia zarówno wysoki odsetek osób, które nie ukończyły terapii, stosunkowo krótki czas obserwacji, jak i niespójność programów terapeutycznych.

Obecnie w Polsce w oddziałach psychiatrii sądowej głównym problemem wydaje się być brak ujednoczonych programów terapeutycznych, z uwagi na bardzo zróżnicowany poziom funkcjonowania pacjentów w każdym z oddziałów (niezależnie od stopnia zabezpieczenia), oraz szerokie spektrum zaburzeń psychicznych pacjentów, w tym zaburzenia ze spektrum schizofrenii, zaburzenia afektywne, zaburzenia neurorozwojowe, współwystępujące uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia preferencji seksualnych czy wreszcie zaburzenia osobowości.

Aktualnie brak jest programów terapeutycznych przeznaczonych dla konkretnych grup pacjentów, ściśle uwzględniających specyfikę oddziałów psychiatrii sądowej. Pomimo iż znane są modele ukierunkowane na redukcję zachowań agresywnych, proces ich wdrażania w dużym stopniu zdeterminowany jest dynamiką przebiegu zaburzeń psychicznych u poszczególnych pacjentów. Wymaga to od psychologów/psychoterapeutów dużej elastyczności wobec doboru i modyfikowania metod oddziaływania ze względu na zmieniający się stan pacjenta (np. wycofanie z grupy w związku z pogorszonym funkcjonowaniem chorego i – co za tym idzie – zintensyfikowanie oddziaływań indywidualnych), a także z uwagi na ryzyko wystąpienia zachowań agresywnych ze strony chorego.

Kolejnym problemem wydaje się brak odpowiednich szkoleń, które byłyby skierowane do psychologów pracujących w oddziałach psychiatrii sądowej. Specyfika pracy w takich warunkach wymaga od psychologa m.in. szerokiego spektrum wiedzy z zakresu całościowej diagnostyki psychologicznej, biegłości w opiniowaniu sądowo-psychologicznym, pracy terapeutycznej z pacjentem, który dopuścił się czynu karalnego i często nadal przejawia zachowania agresywne. Obrazuje to potrzebę stworzenia całościowego szkolenia integrującego zagadnienia z jakże różnych obszarów psychologii (wiedza z zakresu psychopatologii, psychoterapii, opiniowania sądowo-psychologicznego oraz postępowania z pacjentem potencjalnie agresywnym). Dodatkowo, podobnie jak w przypadku lekarzy pracujących w tego typu oddziałach, psychologowie stawiani są w podwójnej roli, z jednej strony – terapeuty, z drugiej zaś – specjaliści wydającego opinię odnośnie do potrzeby dalszego stosowania środka zabezpieczającego. To w sposób oczywisty zaburza relację terapeutyczną, gdy opinia w rozumieniu pacjenta nie jest dla niego korzystna. Tym samym niezwykle istotne byłoby wprowadzenie zasady, odpowiednio uregulowanej prawnie, że psycholog prowadzący pacjenta, nie jest jednocześnie podmiotem wydającym opinię w jego sprawie.

Zróżnicowany, indywidualny przebieg zaburzeń, różny stopień nasilenia zachowań agresywnych i autoagresywnych, a co się z tym wiąże – konieczność tworzenia indywidualnych strategii terapeutycznych, obrazuje potrzebę zwiększenia liczby psychologów w oddziałach. Umożliwiłoby to stworzenie strategii zorientowanej na wymagania konkretnego pacjenta. Należy podkreślić, iż realizacja zadań terapeutycznych w oddziałach sądowych jest utrudniona z uwagi na fakt, iż nie są to oddziały profilowane. Przebywają w nich pacjenci z pełnym spektrum zaburzeń psychicznych. Dlatego też w tego typu oddziałach liczba psychologów /psychoterapeutów w sposób oczywisty powinna być

adekwatnie wyższa w stosunku do oddziałów profilowanych w kierunku konkretnych obszarów zaburzeń. W oddziałach psychiatrii sądowej zasadne jest stosowanie spektrum oddziaływań – od preterapeutycznych (przeznaczonych dla osób w czynnej psychozie) po psychoterapeutyczne (dla osób z podwójnym rozpoznaniem, z przebytymi w przeszłości epizodami psychotycznymi oraz z zaburzeniami osobowości). Dodatkowo jednym z kluczowych sposobów oddziaływań jest terapia uzależnień, indywidualna i grupowa, jak również treningi umiejętności społecznych oraz funkcji poznawczych dostosowanych do potrzeb pacjentów o różnym poziomie funkcjonowania. Ze względu na fakt, iż ofiarami czynów zabronionych często stają się najbliższe osoby, zasadne wydaje się stosowanie systemowych oddziaływań terapeutycznych.

Kolejnym aspektem pracy psychologa w obszarze psychologii sądowej jest opiniowanie sądowo-psychologiczne, co dodatkowo wymaga, poza znajomością modeli terapeutycznych, umiejętności diagnozowania psychologicznego dla potrzeb postępowania sądowego. Zasadne wydawałoby się wprowadzenie cyklicznych szkoleń stale podnoszących kwalifikacje psychologów pracujących w tym obszarze. Należy podkreślić, iż obecnie większość kursów dla psychologów wymaga znacznych nakładów finansowych z ich strony, co z uwagi na relatywnie niskie zarobki często utrudnia lub uniemożliwia podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

Wytyczne w zakresie interwencji farmakologicznych

Autorzy wytycznych odnoszą się zarówno do kwestii postępowania w przypadku zachowań agresywnych, jak i farmakologicznego zapobiegania agresji, zwracając szczególną uwagę na to, że postępowanie pozafarmakologiczne (m.in. techniki deeskalacji, zapewnienie bezpiecznego środowiska) powinno poprzedzać kurację lekami, stosowaną w razie nieskuteczności wymienionych wyżej środków. Autorzy przytaczają wyniki badań potwierdzających, że odpowiednio wcześniej zastosowane oddziaływania farmakologiczne zapobiegają zarówno stosowaniu przymusu bezpośredniego [26], jak i zmniejszają ryzyko dla personelu [27].

W postępowaniu w przypadku zachowań agresywnych zastosowanie znajdują leki przeciwpsychotyczne, pochodne benzodiazepin, ich kombinacje oraz inne leki sedujące. Przy wyborze leku powinno się uwzględnić stan ogólnomedyczny pacjenta, możliwe powikłania (m.in. zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, węglowodanowej, ryzyko ZZN), ryzyko interakcji lekowych, drogę podania leku, jak również – o ile jest to możliwe – preferencje pacjenta. Autorzy zwracają uwagę, że nie ma leku idealnego. Niektóre wytyczne (m.in. NICE w Wielkiej Brytanii) rekomendują używanie lorazepamu i.m., haloperidolu i.m., prometazyny i.m. Brak jest przekonujących danych dotyczących wyższej skuteczności leczenia skojarzonego w porównaniu do monoterapii. Lorazepam może być lekiem pierwszego wyboru w przypadku pacjentów z nieznaną historią leczenia oraz u osób obciążonych kardiologicznie. Podkreślano, że istnieje istotne ryzyko poważnych działań niepożądanych w przypadku terapii skojarzonej olanzapiną i pochodnymi BDZ i.m. (w tym m.in. hypotensja, bradykardia, depresja ośrodka oddechowego). W przypadku pobudzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych w zespole odstawiennym od alkoholu oraz gdy przyczyna

pobudzenia jest nieznana, lekami pierwszego wyboru mogą być pochodne benzodiazepiny. Szczególną uwagę należy zwrócić na ryzyko depresji ośrodka oddechowego, obniżenie ciśnienia tętniczego, zwłaszcza u osób z chorobami układu oddechowego oraz będących pod wpływem alkoholu. W czasie prowadzenia sedacji farmakologicznej należy monitorować m.in. stan świadomości pacjenta, czynność serca, liczbę oddechów, ciśnienie tętnicze, temperaturę oraz możliwe działania niepożądane leku.

W odniesieniu do farmakologicznego zapobiegania zachowaniom agresywnym wyniki badań dowodzą [28], że podawanie leków u osób chorujących na zaburzenia psychiatryczne redukuje zachowania agresywne. W postępowaniu farmakologicznym znajdują zastosowanie leki przeciwpsychotyczne, a ze względu na ryzyko działań niepożądanych i profil farmakologiczny preferowane są leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji. Oddziaływania farmakologiczne powinny być wsparte psychoedukacją oraz terapią ukierunkowaną na poprawę współpracy w zakresie przyjmowania leków (*adherence therapy*). Autorzy przytaczają wyniki badań [29] wskazujących, że stosowanie preparatów w postaci depot istotnie zmniejsza ryzyko kolejnych zachowań agresywnych w grupie pacjentów sądowych. Należy unikać leków o silnym potencjale antycholinergicznym ze względu na negatywny wpływ na funkcje poznawcze, co istotnie osłabia zdolność pacjentów do korzystania z oddziaływań terapeutycznych. W przypadkach zaburzeń kontroli emocji związanych z chorobami współistniejącymi terapia powinna być ukierunkowana na leczenie chorób podstawowych, np. przy chorobie Alzheimera. U pacjentów z wysoką impulsywnością znajdują zastosowanie m.in. leki przeciwpadaczkowe, lit, leki z grupy SSRI. Najwięcej danych dotyczy leków przeciwpadaczkowych, w tym pochodnych walproinianu, karbamazepiny, okskarbazepiny, fenytoiny. W przypadku pacjentów z nabytym uszkodzeniem OUN propranolol okazał się skuteczniejszy w redukowaniu zachowań agresywnych niż karbamazepina i walproinian [30].

W chorobie Alzheimera olanzapina i risperidon mogą zmniejszyć nasilenie zachowań agresywnych [31]. Brak jest wystarczających danych potwierdzających skuteczność postępowania farmakologicznego w zapobieganiu agresji u osób z zaburzeniami osobowości. Pojedyncze badania wykazały skuteczność nortryptyliny, bromokryptyny oraz leków przeciwpadaczkowych, w tym m.in. fenytoiny, w zmniejszeniu impulsywnej agresji u sprawców z zaburzeniami osobowości typu dyssocjalnego. Nieliczne badania wykazały skuteczność leków przeciwpsychotycznych II generacji (m.in. kwetiapiny, aripiprazolu) oraz leków przeciwpadaczkowych (m.in. walproinianów o przedłużonym uwalnianiu, topiramatu, lamotryginy) w zapobieganiu agresji u osób z zaburzeniami typu *borderline*. W pojedynczych badaniach wykazano także ich skuteczność w zapobieganiu agresji u osób z SSD, u osób z zaburzeniami osobowości o typie dyssocjalnym. W nielicznych badaniach wykazano większą skuteczność kłozapiny w porównaniu z innymi lekami przeciwpsychotycznymi w zakresie zmniejszenia odsetka ponownych czynów zabronionych, aczkolwiek autorzy przeglądu systematycznego [32] konkludują, że obecnie nie ma wystarczających dowodów na stwierdzenie wyższości kłozapiny nad innymi lekami przeciwpsychotycznymi. W odniesieniu do leczenia sprawców czynów na tle seksualnym autorzy wytycznych zalecają postępowanie zgodne z rekomendacjami World Federation of Societies of Biological Psychiatry,

obejmujące stosowanie inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny oraz leków o działaniu antyandrogenowym w zależności od poziomu ryzyka.

Z uwagi na ogólnoeuropejski charakter wytycznych EPA w opracowaniu uwzględniano leki dostępne w różnych krajach starego kontynentu, a niektóre z preparatów lub dróg podania leków są niedostępne w Polsce. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że sugerowane w wytycznych metody postępowania nie odbiegają od przyjętej w naszym kraju praktyki. Na uwagę na pewno zasługuje podkreślanie znaczenia stosowania technik deeskalacji w zapobieganiu zachowaniom agresywnym. Z pewnością działania edukacyjne w tym zakresie, jak szkolenia personelu medycznego i pomocniczego, przyniosłyby pozytywny skutek. Praktyka opiniowania sądowo-psychiatrycznego wskazuje, że w świadomości praktyków niezbyt głęboko utrwalona jest konieczność ścisłego monitorowania stanu psychicznego i podstawowych parametrów u pacjenta będącego pod wpływem leków sedujących, w szczególności przyjmowanych bez konieczności stosowania przymusu bezpośredniego. Wytyczne nam o tym przypominają. W zakresie zapobiegania zachowaniom agresywnym u osób przejawiających zaburzenia psychotyczne wytyczne zwracają szczególną uwagę na bezpieczeństwo stosowania leków. W odniesieniu do poszczególnych preparatów rekomendacje pozostają jednak na poziomie ogólnym, co w kontekście indywidualnych potrzeb pacjentów wydaje się zasadne. Ponadto wytyczne zwracają uwagę na oddziaływania farmakologiczne ukierunkowane na inne niż w przebiegu zaburzeń psychotycznych neurochemiczne i neurostrukturalne mechanizmy pobudzenia i agresji, w tym oddziaływania na układ serotoninergeiczny, stabilizacyjny potencjał leków przeciwpadaczkowych, właściwości beta-adrenolityków. Niemniej jednak, co podkreślają autorzy, dostępność wyników badań prowadzonych w tym zakresie jest wciąż niewystarczająca.

Podsumowanie i wnioski

Intencją autorów niniejszego opracowania było przybliżenie treści wytycznych dotyczących pracy osób zaangażowanych w opiekę sądowo-psychiatryczną oraz omówienie podstawowych problemów związanych z implementacją wytycznych w praktyce klinicznej. Mamy nadzieję, że omówienie treści wytycznych przyczyni się do pogłębienia wiedzy klinicystów o pracy w charakterze biegłych sądowych i osób odpowiedzialnych za realizację środka zabezpieczającego. Staraliśmy się zwrócić uwagę na, często istotne, różnice pomiędzy rekomendacjami zawartymi w wytycznych a obecną praktyką kliniczną i rozwiązaniami systemowymi. Liczymy, że wskazane przez nas niektóre problemy zwrócą uwagę decydentów na konieczność ponownego przyjrzenia się uregulowaniom prawnym, organizacji pracy oraz zapewnienia odpowiednich nakładów finansowych w zakresie udziału specjalistów psychiatrów i psychologów/psychoterapeutów w procesie postępowania sądowego oraz sprawowania opieki nad chorymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych. Wskazane i omówione przez nas zagadnienia z pewnością nie wyczerpują listy problemów związanych z realizacją środków zabezpieczających, jednakże mamy nadzieję, że stopniowe wprowadzanie wytycznych przyczyni się do poprawy jakości sprawowanej opieki, zarówno z punktu widzenia pacjentów, jak i społeczeństwa.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów w odniesieniu do prezentowanej pracy.

Piśmiennictwo

1. Salize H, Lepping P, Dressing H. *How harmonized are we? Forensic mental health legislation and service provision in the European Union*. *Crim. Behav. Ment. Health* 2005; 15(3): 143–147.
2. Sampson S, Edworthy R, Völlm BA, Bulten E. *Long-Term Forensic Mental Health Services: An Exploratory Comparison of 18 European Countries*. *International Journal of Forensic Mental Health* 15(4): 1–19.
3. Connell C, Seppänen A, Scarpa F, Gosek P, Heitzman J, Furtado V. *External factors influencing length of stay in forensic services: A European evaluation (accepted for publication)*. *Psychiatria Polska* 2019; 53(3): 673–689.
4. Salize HJ, Drefßing H, Kief C. *Placement and treatment of mentally ill offenders – legislation and practice in EU Member States. Final Report*. Mannheim: Central Institute of Mental Health; 2005.
5. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côte G. 2011. *International Trends in Demand for Forensic Mental Health Services*. *International Journal of Forensic Mental Health* 2011; 10(4): 326–336.
6. Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Martinez-Leal R i wsp. *Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006*. *Psychiatric Services* 2008; 59(5): 570–573.
7. Rutherford M, Duggan S. *Forensic mental health services: facts and figures on current provision*, London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2007.
8. Brett, A. *Psychiatry, stigma and courts*, *Psychiatry, Psychology And Law* 2003; 10(2): 283–288.
9. Völlm BA, Clarke M, Herrando VT, Seppänen AO, Gosek P, Heitzman J i wsp. *European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders*. *Eur. Psychiatry* 2018; 51: 58–73. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.007. Epub 2018 Mar 20.
10. Philipse MW. *Predicting criminal recidivism: empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Enschede: Febodruk; 2005.
11. Fitzpatrick R, Chambers J, Burns T, Doll H, Fazel S, Jenkinson C i wsp. *A systematic review of outcome measures used in forensic mental health research with consensus panel opinion*. *Health Technol. Assess.* 2010; 14(18): 1–94.
12. Singh JP, Grann M, Fazel S. *A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and meta-regression analysis of 68 studies involving 25,980 participants*. *Clin. Psychol. Rev.* 2011; 31(3): 499–513.
13. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. *The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies*. *Psychol. Assess.* 2009; 21(1): 1–21.
14. Kashiwagi H, Kikuchi A, Koyama M, Saito D, Hirabayashi N. *Strength-based assessment for future violence risk: a retrospective validation study of the Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF) Japanese version in forensic psychiatric inpatients*. *Ann. Gen. Psychiatry* 2018; 30; 17:5. Doi: 10.1186/s12991-018-0175-5. eCollection2018.
15. Burns T. *Community treatment orders: state of the evidence*. *East Asian Arch. Psychiatry* 2013; 23(2): 35–36.
16. Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. *Community treatment orders: a systematic review of clinical outcomes*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2014; 49(4): 651–663.
17. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. *Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011; 16(2): CD004408.

18. Fazel S, Fiminska Z, Cocks C, Coid J. *Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis*. Br. J. Psychiatry 2016; 208(1): 17–25.
19. Bonta J, Law M, Hanson K. *The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis*. Psychol. Bull. 1998; 123(2): 123–142.
20. Tapp J, Warren F, Fife-Schaw C, Perkins D, Moore E. *Essential elements of treatment and care in high secure forensic inpatient services: an expert consensus study*. J. Forensic Pract. 2016; 18(3): 189–203.
21. Tapp J, Perkins D, Warren F, Fife-Schaw C, Moore E. *A critical analysis of clinical evidence from high secure forensic inpatient services*. Int. J. Forensic Ment. Health 2013; 12(1): 68–82.
22. Andrews DA, Bonta J, Hoge RD. *Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology*. Crim. Justice Beh. 1990; 17(1): 19–52.
23. Ward T, Gannon TA. *Rehabilitation, etiology, and self-regulation: the comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders*. Aggression Violent Beh. 2006; 11(1): 77–94.
24. McGuire J. *A review of effective interventions for reducing aggression and violence*. Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci. 2008; 363(1503): 2577–2597.
25. Rampling J, Furtado V, Winsper C, Marvaha S, Lucca G, Livanou M i wsp. *Nonpharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: a systematic review and narrative synthesis*. Eur. Psychiatry 2016; 34: 17–28.
26. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. *Adverse effects associated with physical restraint*. Can. J. Psychiatry 2003; 48(5): 330–337.
27. Holloman Jr GH, Zeller SL. *Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation*. West. J. Emerg. Med. 2012; 13(1): 1–2.
28. Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. *Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect*. Crim. Behav. Ment. Health 2001; 11(1): 6–26.
29. Tsopelas C, Tzeferakos G, Kotsioubas I, Kalemi G, Douzenis A. *Use of long acting injectables in mentally disordered offenders*. Eur. Neuropsychopharmacology 2016; 26: 520–521.
30. Fleminger S, Greenwood RR, Oliver DL. *Pharmacological management for agitation and aggression in people with acquired brain injury*. Cochrane Database Syst. Rev. 2006; 4: CD003299.
31. Ballard CG, Waite J, Birks J. *Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst. Rev. 2006; 1: CD003476.
32. Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. *A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects*. Int. J. Neuropsychopharmacology 2012; 15(9): 1351–1371.

Adres: Paweł Gosek
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Klinika Psychiatrii Sądowej
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: pgosek@ipin.edu.pl

Otrzymano: 2.04.2019
Zrecenzowano: 1.05.2019
Przyjęto do druku: 1.05.2020