

Apel w związku z wejściem w życie **Ustawy z dnia 23 października 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób** oraz wynikającymi z niej dla opieki psychiatrycznej implikacjami organizacyjnymi, diagnostycznymi, terapeutycznymi i opiniodawczymi.

Józef K. Gierowski

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy,

zwracam się do Was z gorącym apelem, aby w sytuacji, kiedy to uchwalona została Ustawa o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, raz jeszcze rozważyć reakcję naszego środowiska na sytuację, w której znajdzie się cała zinstytucjonalizowana psychiatria, a także nasi beneficjenci, a więc pacjenci, gdy przepisy ustawy nabiorą mocy prawnej. Trudno nie przypomnieć, iż ustawa ta powstawała przy jednoznacznym sprzeciwie i braku akceptacji nie tylko instytucji psychiatrycznych, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Specjalisty Krajowego ds. Psychiatrii, Samorządu Lekarskiego, lecz także Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Komitetu Helsińskiego oraz wielu innych instytucji i osób, w tym także wybitnych prawników. Mamy do czynienia z paradoksalną sytuacją, w której głos tych, którzy są specjalistami od diagnozy i terapii, jest lekceważony, dezawuowany i pomijany, decydują natomiast ci, których wiedza medyczna i terapeutyczna jest znikoma, fragmentaryczna, najczęściej mało aktualna.

Trzeba pamiętać, iż obowiązująca w Polsce Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jest aktem prawnym cieszącym się na świecie powszechnym uznaniem, głównie z uwagi na swój kompleksowy charakter, spójność i konsekwencję przyjętych rozwiązań, jasne określenie praw przysługujących leczonym, eksponowanie nie tylko szczegółowych problemów związanych ze stosowaniem przymusu w psychiatrii, lecz przede wszystkim upodmiotowieniem osób przeżywających różnorodne kryzysy psychiczne. Ustawa traktuje zdrowie psychiczne jako szczególnie cenną wartość społeczną i skutecznie jej strzeże. Od trzech lat obowiązuje w naszym kraju wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Konkretyzuje on cele Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nadaje im jasno określone formy, możliwe do praktycznej realizacji, obliguje liczne pozamedyczne instytucje do aktywnego udziału w realizacji wspomnianych celów. Jest aktem prawnym starannie, perfekcyjnie i kompleksowo sformułowanym. Problem jednak w tym, iż pozostaje on niezrealizowaną deklaracją, co usprawiedliwiać ma trudna sytuacja finansowa państwa.

Jak jednak mają poczuć się nasi pacjenci, gdy dowiadują się, iż władze mają zamiar wydać w najbliższym czasie kilkadziesiąt milionów złotych na przedsięwzięcie, którego terapeutyczny cel jest wątpliwy i budzi jednoznaczny sprzeciw środowiska fachowców. Myślę, iż zarówno my, pracownicy różnorodnych instytucji psychiatrycznych, jak i nasi pacjenci (a jest ich kilka milionów), którym konstytucja gwarantuje godne, bezpłatne, kompleksowe i nowoczesne leczenie, winni rozważać podczas dokonywania wyborów politycznych stosunek ewentualnych kandydatów na stanowiska do powyższej problematyki oraz to, jak dotychczas wywiązywali się z wyborczych obietnic odnoszących się do omawianych kwestii. Jak trudno jest w codziennej praktyce realizować idee Narodowego Programu Ochrony Zdrowia świadczy dobitnie krakowski przypadek firmy społecznej Laboratorium Cogito z „Zielonego Dołu”, który ilustruje brak zrozumienia przez politycznych decydentów fundamentalnych zasad programu.

Przechodząc do istoty aktualnego konfliktu toczącego się pomiędzy politykami, prawnikami a środowiskiem psychiatrycznym, warto przypomnieć, iż szeroko rozumiana psychiatria ma leczyć, wspierać i pomagać, kształtować pozytywne postawy wobec osób chorych i zaburzonych psychicznie, zapobiegać stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu, nie zaś zastępować wymiar sprawiedliwości w realizowaniu jego podstawowych celów i zadań, zabezpieczających porządek prawny, w tym także poprzez izolację społecznie niebezpiecznych jednostek.

Przeżywany w naszym kraju konflikt ma swoją historię i genezę w obowiązujących regulacjach prawa karnego, jego dalekich od doskonałości rozwiązaniach, nie zaś w niechętnym korzystaniu przez psychiatrów z naukowego i diagnostycznego dorobku psychiatrii i jej terapeutycznych możliwości w stosunku do tych zaburzonych osób, które naruszają porządek prawny. Być może warto nieco szerzej przypomnieć historię owych rozwiązań, ich systemowych słabości, nieuwzględnienia wieloletnich doświadczeń kilku krajów europejskich. Problem, który chcę niżej omówić, odnosi się do kwestii stosowania w naszym systemie prawa karnego środków leczniczo-zabezpieczających wobec sprawców działających w stanie znacznie ograniczonej poczytalności. Przypomnieć trzeba, że art. 95 KK stwarza możliwość, aby osoby, które popełniły przestępstwo w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 KK, mogły, na podstawie dość swobodnej decyzji sądu, odbywać karę w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki leczniczo-rehabilitacyjne. Oznacza to w praktyce odbywanie kary w systemie terapeutycznym. System ten stworzono jednak nie tylko z myślą o sprawcach działających w stanie ograniczonej poczytalności, lecz także biorąc pod uwagę potrzeby wszystkich tych osadzonych, którzy ujawniają różnorodne niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, takie jak upośledzenia umysłowe, zaburzenia preferencji seksualnych, uzależnienia od alkoholu lub innych środków odurzających lub psychotropowych czy też niepełnosprawność fizyczną (art. 96 KKW). Oddziały te stanowią istotny element systemu środków zabezpieczających, zastąpiły bowiem instytucję ujętą w art. 100 KK z 1969 r., tj. internację w szpitalu psychiatrycznym sprawcy działającego w stanie znacznie ograniczonej poczytalności, gdy stwarzał on poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego.

Trzeba przypomnieć, iż efektywność powyższego środka była znikoma, głównie z uwagi na fakt, że dotyczył on stosunkowo trudnej do leczenia grupy sprawców, ujawniających z zasady poważne zaburzenia osobowości, mało zmotywowanych do aktywnego uczest-

niczenia w terapii. Brak było też sprofilowanych oddziałów szpitalnych rozwijających modele terapeutyczne, uwzględniające psychopatologiczną specyfikę wybranych grup pacjentów (np. sprawców przestępstw seksualnych ujawniających zaburzenia preferencji seksualnej czy też skłonnych do zachowań przemocowych). W kodeksie karnym z 1997 r. zrezygnowano z tego środka na rzecz odbywania kary w warunkach terapeutycznych. To rozwiązanie (art. 95 KK) nie może nie budzić wątpliwości i kontrowersji. Na tle standardów europejskich jawi się jako zbyt proste, w niewystarczający sposób wychodzące naprzeciw potrzebom wielu zaburzonych psychicznie sprawców, ujawniających na przykład poważne nieprawidłowości osobowości czy też zaburzenia preferencji seksualnych. Część z tych sprawców można i należy poddać stosownej terapii, tak się jednak przez dłuższy czas nie działo, nie sprzyjały bowiem temu rozwiązania ujęte w art. 95 KK.

Problem dostrzeżono kilka lat temu, usiłując poszerzyć zakres art. 95 KK o możliwość objęcia leczeniem sprawców niektórych przestępstw seksualnych. Nieudolny i nieprofesjonalny sposób, w jaki przeprowadzono wspomnianą nowelizację, w tym zwłaszcza brak merytorycznej dyskusji ze specjalistami w zakresie leczenia zaburzeń seksualnych i osobowości był główną przyczyną braku bardziej widocznych sukcesów. Współczesna medycyna podejmuje swoje zadania, kierując się dowodami empirycznymi i naukowymi przesłankami, trudno więc pomijać ją w dyskusji nad nowymi rozwiązaniami dotyczącymi w swej istocie kwestii leczniczych. Zagadnienia te zdają się dziś rozumieć także przedstawiciele penitencjarystyki, odwołujący się coraz częściej w swojej praktyce do naukowych dowodów. Szkoda więc, iż w aktualnej dyskusji nad poszerzeniem polskiego modelu środków leczniczo-zabezpieczających nie słucha się tych, którzy leczą i mają w tym doświadczenie – lekarzy, psychologów klinicznych, seksuologów i psychoterapeutów. Jedno jest pewne, środki zabezpieczające, w modelu jaki przyjęto w naszym kraju, muszą też uwzględniać swój leczniczy aspekt, a nie mogą jedynie ograniczać się do izolowania niebezpiecznych grup sprawców w instytucjach leczniczych. Jest to bowiem sprzeczne z fundamentalnymi zasadami państwa prawa oraz regulami współczesnej terapii.

Patrząc na cały problem bardziej historycznie, warto raz jeszcze odnieść się do formuły art. 95 KK, gdzie brak jest jakichkolwiek dodatkowych kryteriów uzasadniających potrzebę stosowania środka (np. niebezpieczeństwa czy zagrożenia, jakie stanowi sprawca dla porządku prawnego). Paradoksalnie ogranicza to praktyczną możliwość realizowania roli zabezpieczającej, jaką środek miałby pełnić, nie ma bowiem możliwości stosowania go tak długo, jak długo sprawca stwarza zagrożenie dla innych czy porządku prawnego. Brak także podstaw do uzasadnienia szerszego nadzoru nad sprawcą i jego kontroli po odbyciu kary czy też potraktowania środka wyłącznie jako instytucji izolacyjnej (zabezpieczającej).

Warto przypomnieć, iż instytucja nieleczniczych środków zabezpieczających istniała w kodeksie karnym z 1932 roku. Dziś być może byłaby niekonstytucyjna. Jako niekonstytucyjne zdają się jednak jawić także te propozycje ustawodawcze, które usiłują wykorzystać psychiatrię (także aktualnie, tzn. po niedawno odbytej ostrej dyskusji) nie poprzez zmianę fundamentalnych przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego odnoszących się do zasad przymusowej hospitalizacji, lecz poprzez stworzenie nowej, niezależnej, lecz faktycznie komplementarnej w stosunku do ustawy psychiatrycznej regulacji. W istocie będzie ona służyć do celów izolacyjnych, poprzez tworzenie fikcyjnych, naukowo nieuzasadnionych oddziałów zajmujących się przymusowym leczeniem niedorozwojów

umysłowych, zaburzeń osobowości i preferencji seksualnych u niektórych niebezpiecznych osób opuszczających instytucje penitencjarne z uwagi na upływanie czasu odbywania kary pozbawienia wolności.

Środowisko psychiatryczne jasno i jednogłośnie formułuje swoje stanowisko w fundamentalnej sprawie – przymusowa hospitalizacja możliwa jest wyłącznie na zasadach określonych w ustawie psychiatrycznej, tj. w przypadku stwierdzenia choroby psychicznej, a także dodatkowych warunków, różnych w zależności od nagłego czy wnioskowego trybu postępowania. Procedury zawarte w nowej ustawie to w dalszym ciągu wyłącznie prawne rozwiązanie polegające na instrumentalnym traktowaniu psychiatrii, jej pacjentów i pracowników, a także nonszalancki i arogancki stosunek do problematyki ochrony zdrowia psychicznego i tych, którzy z niej korzystają. Jeżeli jest tak, że w imię realizacji zasady dotyczącej niemożności działania prawa wstecz (nikt nie podważa tej zasady), za jedyne zabezpieczające społeczeństwo działanie uznaje się próbę dekonstrukcji bardzo ważnego, wewnętrznie spójnego i kompleksowego aktu prawnego, jakim jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, to musi to budzić jednoznaczny sprzeciw. Takie rozwiązanie jest w moim przekonaniu niekonstytucyjne, narusza też fundamentalne prawa i wolności człowieka. Potwierdza to wiele prawniczych autorytetów.

Nie ukrywam, iż bardzo osobiście traktuję zaistniały spór i kontrowersje, jakie budzą proponowane rozwiązania. Chodzi nie tylko o to, że z wykształcenia jestem doktorem praw, doktorem habilitowanym nauk humanistycznych w zakresie psychologii oraz profesorem nauk medycznych, co w dosyć oczywisty sposób upoważnia mnie do zabrania głosu, lecz o to, iż większość mojej zawodowej aktywności, zarówno w jej naukowym, jak i praktycznym wymiarze, poświęciłem poszukiwaniom i działaniom zmierzającym do tego, aby na styku dwóch wielkich obszarów nauki i społecznej praktyki poszukiwać rozwiązań kompromisowych, komplementarnych, przewyżających nieuniknione konflikty pomiędzy prawem, psychiatrią i psychologią. To, co się dzieje, dalekie jest od sukcesu i martwi mnie przede wszystkim ze względu na swoje społeczno-polityczne konsekwencje, jakie zapowiada i generuje. Nie przekonują mnie nawet wypowiedzi wybitnego autorytetu prawa karnego, usiłującego usprawiedliwić proponowane rozwiązania odwoływaniem się do konstrukcji „stanu wyższej konieczności”. Wydaje mi się, iż „stan wyższej konieczności” to specyficzna sytuacja w toczącym się procesie karnym, kiedy to rozważa się działanie i motywy konkretnego sprawcy naruszającego porządek prawny. W przypadku uznania występowania wspomnianego stanu można odstąpić od przypisania sprawcy winy. Używanie omawianego konstruktu w stosunku do kolizji dotyczących różnych rozwiązań ustawowych czy też sprzeczności pomiędzy różnymi chronionymi prawnie wartościami społecznymi nie powinno mieć miejsca, narusza bowiem nie tylko konsekwencję i porządek prawny, lecz także prawa człowieka i obywatela, wskazując na niekonstytucjonalność całego przedsięwzięcia. A jeśli nawet odwoływać się do „stanu wyższej konieczności”, to dłaczego nie uznać, iż można wyjątkowo podejmować różne zabezpieczające przed sprawcą czynności operacyjne czy też stworzyć szerszy system nadzoru. W moim przekonaniu problem, o którym piszę, to problem prawa karnego i niedoskonałości jego rozwiązań, na dodatek dotyczący stosunkowo mało licznej grupy sprawców.

Najwyższy czas na szerszą reformę polskiego prawa karnego. Krytykowana przeze mnie ustawa mówi o osobach z zaburzeniami psychicznymi stwarzających różnego rodzaju

zagrożenia dla innych. Formułowanie sądów prognostycznych, a o to chodzi we wspomnianym zagrożeniu, jest jednym z najtrudniejszych problemów diagnostyczno-prognostycznych, wciąż niedopracowanym metodologicznie. Na pewno nie można go powierzać niespecjalistom. To nadzwyczaj złożona kwestia, wielowymiarowa i nie leżąca wyłącznie w zakresie kompetencji lekarzy psychiatrów. Z licznych naukowych opracowań jasno wynika, iż trudno o mniej trafne sądy niż oceny prognostyczne, zwłaszcza gdy wychodzą one poza problematykę medyczną. Zawarte w ustawie propozycje to czysta medykalizacja życia społecznego, nieuzasadniona naukowo, uproszczona, lecz niestety nośna medialnie, społecznie i politycznie. Pojawia się wiele ważnych pytań do prawników i polityków. A dlaczegoż to kilka lat temu, gdy zakład karny opuszczał, po odbyciu wieloletniej kary pozbawienia wolności, słynny „wampir z Baranowa”, a media, w tym przede wszystkim TVN, nagłośniły szeroko tę sprawę, nikt z decydentów nie potraktował tego wydarzenia jako ważnego, wymagającego rozwiązania problemu prawnego, świadczącego o niedoskonałości obowiązujących regulacji karnych. Na szczęście nic złego się nie wydarzyło. Jak najdalszy jestem jednak od bagatelizowani całej sprawy i zagrożenia, jakie stwarzać mogą podobne osoby. Jako biegły w sprawie „wampira z Bytowa” wiem, iż z uwagi na zaburzenia, jakie manifestuje, lekkie upośledzenie umysłowe, organiczne uszkodzenia OUN i głębokie zaburzenia preferencji seksualnych jest on i będzie człowiekiem niebezpiecznym. Wiem też jednak, iż z klinicznego, leczniczego punktu widzenia umieszczenie go w instytucji terapeutycznej to nieporozumienie, brak bowiem jakichkolwiek szans na poprawę jego stanu zdrowia psychicznego<sup>1</sup>.

Nie mogę też zaakceptować stanowiska jednego z profesorów prawa karnego, mówiącego, że w całej tej sprawie będziemy mieć do czynienia z taką „terapią w cudzysłowie”. Nie wolno tak instrumentalnie traktować instytucji psychiatrycznych, jej pacjentów i pracowników. Byłbym też ostrożny w poważnym traktowaniu tak chętnie używanych analogii do rozwiązań czy też instytucji obowiązujących w innych krajach europejskich, w tym zwłaszcza w Niemczech. Problem Niemców to przede wszystkim kwestia niemedyceńskich środków zabezpieczających, nieznanych w naszym systemie prawa karnego. Pragnę też dodać, iż jestem w stałych i bliskich kontaktach z psychiatrami niemieckimi, którzy skłonni są w każdej chwili nasze protesty poprzeć szerzej na forum europejskim. Żałuję, że rozważając i dyskutując nowe rozwiązania nie opieramy się na najlepszych na świecie wzorach i doświadczeniach holenderskich. Holendrzy mają największe tradycje, najbogatsze i najdłuższe doświadczenia i umiejętności w godzeniu racji prawnych i psychiatrycznych, od wielu dekad skutecznie rozwijając systemy i modele terapeutyczne uwzględniające specyfikę i problemy tych ludzi, którzy w związku ze swoimi zaburzeniami psychicznymi są bardziej niż inni gotowi do naruszania porządku prawnego.

Styk prawa i psychiatrii to szczególnie delikatna materia. Historia zna wiele przykładów na wykorzystywanie instytucji psychiatrycznych do realizowania celów politycznych. Doskonałym przykładem jest systemowe nadużywanie instytucji psychiatrycznych do realizacji celów politycznych w byłym Związku Radzieckim. Nie aż tak odległe histo-

<sup>1</sup> We wspomnianym przypadku sąd zezwolił na ujawnienie danych personalnych sprawcy a także podstawowych tez opinii sądowej niezbędnych do uzasadnienia wyroku. Sam skazany wielokrotnie udzielał informacji mediom na swój temat, czerpiąc z tego korzyści finansowe. Nie zachodzą więc przesłanki ujawnienia przez autora niniejszego opracowania tajemnicy zawodowej.

rycznie są czasy, gdy pomiędzy instytucjami penitencjarnym (więzzeniami) a miejscami pobytu osób chorych psychicznie (szpitalami) nie było faktycznie żadnej różnicy, były po prostu tożsame.

Chciałbym w tym miejscu gorąco zaapelować do głowy naszego państwa, Pana Prezydenta Bronisława Komorowskiego o to, aby przed podpisaniem ustawy zwrócił się do Trybunału Konstytucyjnego z pytaniem o konstytucyjność proponowanych w ustawie rozwiązań. Jest bowiem zbyt wiele niewyjaśnionych wątpliwości co do zgodności proponowanych w ustawie rozwiązań z systemem polskiego prawa.

Jestem też przekonany, iż w przypadku wejścia w życie ustawy nie uniknie się sytuacji, w której podlegający jej procedurom człowiek zwróci się o pomoc i interwencję do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu. Z oczywistych względów jest to jednak kwestia lat, a nie miesięcy.

Na zakończenie chciałbym zaapelować do moich Koleżanek i Kolegów, biegłych psychiatrów, psychologów i seksuologów, aby rozważyli, czy w sytuacji, gdy wymiar sprawiedliwości będzie usiłował powołać ich w charakterze biegłych, nie będzie miał miejsca konflikt sumienia pomiędzy obowiązującymi ich zasadami etycznymi i deontologicznymi a uczestnictwem w opisanych w ustawie procedurach powoływania biegłych i realizowaniem przez nich opiniodawczych zadań i czynności. Osobiście uporałem się już z tym konfliktem, uważam bowiem, iż zasady deontologiczne odnoszące się do wykonywania przeze mnie zawodu zaufania publicznego uniemożliwiają mi realizowanie takich opiniodawczych zadań, jakie formułuje krytykowana ustawa.

**Prof. n. med. dr. hab. Józef Krzysztof Gierowski**  
Kierownik Katedry Psychiatrii  
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum  
Kraków, 25 listopada 2013 roku