

Wieloletnie detencje psychiatryczne – przegląd wybranego piśmiennictwa i analiza danych z oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia

Long-term forensic psychiatric inpatient treatment – review of the selected literature and the analysis of data from the medium secure forensic psychiatry unit

Paweł Gosek¹, Justyna Kotowska^{1,2}, Elżbieta Rowińska-Garbień³,
Dariusz Bartczak¹, Aleksandra Plewka^{1,4}, Janusz Heitzman¹

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Psychiatrii Sądowej

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Psychologii Lekarskiej

³ Poradnia Seksuologii i Patologii Współżycia Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie

⁴ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katedra Różnic Indywidualnych,
Diagnozy i Psychometrii

Summary

Aim. The aim of this study was to perform an analysis of the risk factors of long-term psychiatric detention, defined as a stay in forensic institution exceeding respectively 60 and 84 months, based on data obtained from 150 patients from medium secure forensic psychiatry unit. The discussion was preceded by an analysis of the available literature in this field. The sociodemographic factors, the course of the mental disorder, the characteristic of committed criminal acts, aggressive or self-destructive behavior and the clinical characteristic of the illness in the last 6 months of psychiatric detention were analyzed.

Method. A pilot study was based on a retrospective analysis of data from medical records and psychiatric experts' opinions of a cross-sectional nature. Due to the variables' characteristic, the Student's *t*-tests, Spearman's correlation and the Kruskal–Wallis rank ANOVA were used.

Results. Risk of long-term hospitalization significantly correlated with factors related to the course of the last 6 months of inpatient treatment, including the mental state of patients, the occurrence of aggressive behaviors and the response to pharmacological treatment. There was no significant effect of demographic factors or coexisting addiction to alcohol and psychoactive substances. The risk of long-term psychiatric detention increased with the duration of the illness. There were no correlations with the age of the patients at the time

of admission nor number of detentions. The nature of the diagnosis was also not found to be a risk factor.

Conclusions. Our study is the first systematic attempt to assess the risk factors of long-term psychiatric detention in a group of patients of forensic psychiatry centers in Poland. We hope that the presented results will rise a discussion on the shape of psychiatric care in Poland and encourage further research in this area, as well as they will contribute to the optimization of the treatment process.

Słowa kluczowe: psychiatria sądowa, czas pobytu, detencja psychiatryczna

Key words: forensic psychiatry, length of stay, psychiatric detention

Wprowadzenie

Zadania oddziałów psychiatrii sądowej związane są zarówno z leczeniem i sprawowaniem opieki nad chorującymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych, jak i z izolowaniem sprawców, którzy ze względu na obecny stan zdrowia psychicznego nie mogą w sposób bezpieczny funkcjonować w społeczeństwie [1–4]. Realizacja środka zabezpieczającego w postaci przymusowego pobytu w szpitalu psychiatrycznym (tzw. detencja psychiatryczna, internacja psychiatryczna) jest jedną z form pozbawienia wolności. Okres pozbawienia wolności w wypadku niektórych sprawców może trwać wiele miesięcy i lat. Choć brak jest badań prowadzonych na dużych grupach pacjentów, niektóre wyniki sugerują, że czas trwania detencji psychiatrycznych u chorych psychicznie sprawców jest dłuższy niż czas przebywania w zakładach karnych zdrowych psychicznie sprawców podobnych przestępstw [5]. Co więcej, wiadomo, że chorujący psychicznie sprawcy dłużej niż osoby zdrowe przebywają w aresztach [6, 7]. Szacuje się, że spośród pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej około 15–20% to osoby z trudnym rokowaniem, tak zwani pacjenci *long-stay*, przebywający w oddziałach sądowych ponad 5 lat, a zazwyczaj zdecydowanie dłużej [8].

Wieloletnie hospitalizacje sądowo-psychiatryczne budzą uzasadniony niepokój zarówno pacjentów, ich opiekunów, jak i właściwych sądów penitencjarnych. Co więcej, w większości krajów europejskich, w tym w Polsce, ustawodawca dopuszcza, aby w wypadku podobnych czynów zabronionych czas trwania detencji psychiatrycznej chorych psychicznie sprawców był dłuższy niż okres pobytu w więzieniu zdrowych psychicznie sprawców podobnych czynów [9]. Konieczność zapewnienia bezpieczeństwa społecznego przez izolowanie sprawców nie może prowadzić do nadużyć lub jakichkolwiek działań, które powodowałyby dłuższy niż to konieczne czas pozbawienia wolności [10]. Klinicyści i badacze zadają sobie pytanie, jakie czynniki wpływają na wieloletni przebieg detencji psychiatrycznych, w szczególności biorąc pod uwagę wysokie koszty i rosnące oczekiwania systemów opieki sądowo-psychiatrycznej w Europie [11, 12], rosnącą liczbę miejsc w systemach psychiatrii sądowej w większości krajów europejskich [12, 13] oraz wydłużanie się czasu trwania leczenia [14, 15]. Liczymy na to, że identyfikacja tych czynników pozwoli na lepsze dostosowanie realiów funkcjonowania oddziałów oraz prowadzonej terapii do potrzeb pacjentów sądowych, co ma być jednym z założeń reformy opieki sądowo-psychiatrycznej

w Polsce [16]. Być może skróci to także długość hospitalizacji pacjentów w ośrodkach sądowo-psychiatrycznych.

W literaturze przedmiotu zdecydowanie więcej jest badań poświęconych wpływowi poszczególnych czynników na całościowy czas pobytu, natomiast stosunkowo mniej opracowań dotyczy bezpośrednio czynników ryzyka wieloletnich hospitalizacji. Stwierdzono m.in., że spośród czynników socjodemograficznych płeć męska [17, 18], rozpoczęcie detencji w podeszłym wieku [19], bycie imigrantem [17, 18, 20], słabe wykształcenie [5, 20] oraz brak zatrudnienia w czasie popełnienia czynu zabronionego [5, 17] w sposób istotny wydłużały czas trwania detencji psychiatrycznej. Spośród danych dotyczących dotychczasowego przebiegu zaburzeń psychicznych wcześniejsze leczenie w warunkach psychiatrii dzieci i młodzieży związane było z dłuższym czasem detencji [21], podobnie jak doświadczanie traum w okresie dzieciństwa [18]. Obserwowano także dodatnią korelację długości detencji i liczby wcześniejszych przyjęć do szpitali psychiatrycznych [22]. W zakresie rozpoznania chorobowego stwierdzenie psychozy [21, 23] również związane było z wydłużeniem czasu detencji, natomiast wyniki badań co do wpływu żywych objawów psychotycznych, mierzonych skalą PANSS, na czas trwania detencji przynoszą sprzeczne rezultaty [18, 19]. Co ciekawe, wśród pacjentów sądowych w Irlandii rozpoznanie niepsychotycznych zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń osobowości związane było z krótszym czasem internacji [14], podczas gdy w grupie pacjentów z Wielkiej Brytanii rozpoznanie zaburzeń osobowości związane było z wydłużeniem detencji [24]. Wpływ współwystępowania uzależnienia na długość internacji psychiatrycznej pozostaje nadal nie w pełni wyjaśniony. Wyniki niektórych badań sugerują, że rozpoznanie uzależnienia związane było z krótszym czasem trwania detencji [18], podczas gdy kolejne wyniki badań przyniosły przeciwne rezultaty [21, 22].

Spośród czynników kryminologicznych odbywanie w przeszłości kary pozbawienia wolności [17] związane było z dłuższym czasem detencji. Do czynników ryzyka przedłużania się detencji psychiatrycznych zalicza się także wchodzenie w konflikty z prawem w wieku młodzieńczym [17, 23]. W zakresie rodzaju i charakteru popełnionego czynu zabronionego dane z literatury przedmiotu wskazują, że gwałtowny charakter czynu, w tym usiłowanie zabójstwa lub zabójstwo [21, 24, 30], związany jest z dłuższym czasem detencji, podobnie jak poważne uszkodzenie ciała ofiar [30]. W badaniu na populacji brytyjskiej odsetek pacjentów, którzy popełniali przestępstwa na tle seksualnym oraz odpowiadali za podpalenia, był istotnie wyższy w grupie pacjentów *long-stay*; co więcej, znaczny odsetek tych pacjentów popełnił czyny zabronione podczas pobytu w szpitalu, a blisko jedna czwarta pacjentów z grupy *long-stay* w ostatnich 5 latach dopuściła się ataku na personel medyczny [24].

Jak dotychczas zdecydowana większość badań obejmujących pacjentów sądowych (z nielicznymi wyjątkami [25]) prowadzona jest lokalnie, a dane dotyczą populacji poszczególnych krajów. Systemy opieki sądowo-psychiatrycznej w każdym z krajów różnią się m.in. kryteriami kwalifikacji do przyjęcia do oddziałów sądowo-psychiatrycznych, zasadami ewaluacji leczenia czy ramami prawnymi realizowania detencji [26, 27]. Z tego powodu nie można w sposób bezpośredni ekstrapolować

wyników badań prowadzonych w innych krajach na populację polskich pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Wyniki kompleksowej analizy czynników wpływających na czas pobytu polskich pacjentów w oddziałach sądowo-psychiatrycznych, opracowanej przez nas na podstawie analizy danych z tej samej grupy badanej, wskazują na istotny wpływ rozpoznania schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych, poważnego charakteru popełnionego czynu zabronionego (o charakterze zabójstwa lub usiłowania zabójstwa), czasu trwania choroby, przejawów lekooporności w czasie leczenia oraz czynu popełnionego w przebiegu odstawienia leków oraz pod wpływem halucynacji imperatywnych na czas trwania detencji psychiatrycznej [28]. W uzupełnieniu pierwotnych założeń obecnie zdecydowaliśmy się poszerzyć opracowanie statystyczne o analizę czynników ryzyka przebiegu typu *long-stay*, czyli detencji psychiatrycznych trwających odpowiednio powyżej 5 i powyżej 7 lat.

Celem analizy było zbadanie wpływu poszczególnych czynników kryminologicznych, klinicznych i socjodemograficznych na wystąpienie długoterminowych (wieloletnich) detencji psychiatrycznych definiowanych jako realizacja środka zabezpieczającego w postaci przymusowego leczenia w szpitalu psychiatrycznym, trwająca dłużej niż odpowiednio 5 i 7 lat. Nie analizowano wpływu czynników systemowych, takich jak m.in. uwarunkowania prawne, ani zasobów ośrodka, w którym przebywali pacjenci, choć wiadomo, że one także wpływają na czas pobytu pacjentów w warunkach internacji psychiatrycznej [29].

Metody

Pozyskanie danych

Na podstawie analizy piśmiennictwa oraz doświadczenia klinicznego opracowano listę czynników o potencjalnym wpływie na długość detencji psychiatrycznej. Lista obejmowała m.in. czynniki socjodemograficzne, dotyczące przebiegu choroby, dotychczasowego leczenia, charakteru czynu zabronionego, obecnego stanu klinicznego, występowania zachowań agresywnych i autoagresywnych w ciągu ostatnich miesięcy oraz obecnego leczenia farmakologicznego. Na podstawie analizy dostępnej dokumentacji, w tym dokumentacji postępowania sądowego dotyczącego czynu, opinii sądowo-psychiatrycznych dotyczących stanu psychicznego sprawców w okresie popełniania czynów zabronionych, przebiegu dotychczasowej detencji, dokumentacji przebiegu obecnego leczenia, okresowych opinii sądowo-psychiatrycznych opracowano komputerową bazę danych. Analizy dokumentacji dokonał zespół złożony z trzech doświadczonych specjalistów psychiatrów posiadających ponad 10-letnie doświadczenie zawodowe oraz dwóch doświadczonych psychologów także z ponad 10-letnim doświadczeniem zawodowym, pracujących w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia.

Grupa badana

Grupa badana składała się ze 150 pacjentów oddziału zabezpieczenia – 123 mężczyzn i 27 kobiet. Wszyscy pacjenci byli leczeni na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w okresie pomiędzy 1.01.2014 a 31.12.2018 roku. Analizowano dane wszystkich pacjentów leczonych w tym okresie, nie stosowano kryteriów wyłączenia z analizy. Średni czas przebywania na detencji psychiatrycznej pacjentów wynosił 39,14 miesiąca (SD : 42,45), natomiast średni czas przebywania w Klinice Psychiatrii Sądowej IPIN – 21,11 miesiąca (SD : 15,12). Szczegółowy opis demograficzny zawarto w poprzednich publikacjach na temat wpływu poszczególnych czynników na czas pobytu pacjentów [28].

Z analizowanej grupy 150 pacjentów 27 osób przebywało na internacji dłużej niż 5 lat, a 15 osób dłużej niż 7 lat. Podobnie jak inni autorzy przyjęliśmy kryteria pobytu *long-stay* jako trwające ponad 5 lat i ponad 7 lat, uznając, że jest to okres wystarczający do przeprowadzenia przynajmniej trzech kilkumiesięcznych modyfikacji leczenia farmakologicznego, a w razie braku ich pełnej skuteczności – włączenia do leczenia kłozapiny, wdrożenia podstawowej oraz pogłębionej terapii uzależnień, treningu umiejętności społecznych, treningu funkcji poznawczych, psychoterapii grupowej pogłębionej, czyli zastosowania najbardziej powszechnych metod terapeutycznych, które mogą powodować poprawę stanu psychicznego pacjentów.

Analiza statystyczna

W celu określenia istniejących zależności między poszczególnymi czynnikami a czasem trwania pobytu – ze względu na dychotomiczny charakter zmiennych – zastosowano test *t*-Studenta. W takiej sytuacji wykonanie testu *t*-Studenta i korelacji Pearsona jest równoważne, gdyż otrzymujemy tę samą wartość istotności statystycznej *p*, co wynika z konstrukcji korelacji Pearsona oraz sposobu liczenia istotności – do jej liczenia wykorzystuje się test *t*-Studenta. W celu użycia opisu ilościowego do zmiennych kategoryalnych użyto tak zwanego kodowania fikcyjnego. W wypadku pozostałych zmiennych ilościowych obliczono korelację rang Spearmana. Ze względu na nieparametryczny charakter zmiennej „rozpoznanie chorobowe” do analizy wpływu rozpoznania chorobowego zastosowano test ANOVA rang Kruskala–Wallisa.

Opinia Komisji Bioetycznej

Właściwa Komisja Bioetyczna przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii została powiadomiona o charakterze i projekcie przebiegu badania. Między innymi ze względu na retrospektywny i nieinterwencyjny charakter badania formalne wyrażenie zgody przez Komisję nie było konieczne (zgodnie z pismem Komisji z dnia 6.06.2019 r.). Komisja nie wniosła zastrzeżeń do projektu badania.

Wyniki

Spośród analizowanych czynników te związane z przebiegiem pobytu pacjentów w szpitalu w ostatnich 6 miesiącach najsilniej korelowały z ryzykiem wieloletniego przebiegu detencji psychiatrycznych. Przewlekłe występowanie objawów psychiatrycznych ($p = 0,001$ zarówno dla detencji > 5 lat, jak i > 7 lat), politerapia lekami przeciwpsychotycznymi (w obu wypadkach $p = 0,001$) i leczenie klozapiną ($p = 0,033$ dla detencji > 5 lat) w sposób istotny statystycznie korelowały z przewlekłością leczenia, podobnie jak i czas trwania choroby (odpowiednio $p = 0,000$ oraz $p = 0,001$). Nie obserwowano istotnych statystycznie zależności w zakresie wpływu: czynników demograficznych, występowania uzależnienia, systematyczności leczenia w przeszłości, charakterystyki popełnionych czynów (wyrażonej ich planowaniem, przewlekłością i wpływem objawów psychiatrycznych na czyn) oraz popełnienia czynów pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Nie stwierdzono także, aby popełnienie czynu w trakcie odstawienia leków, wiek pacjentów w czasie rozpoczęcia detencji ani liczba wcześniejszych detencji wpływały w sposób istotny na ryzyko wieloletniej detencji psychiatrycznych. Nie odnotowano też istotnych statystycznie korelacji między rozpoznaniem chorobowym a ryzykiem wieloletniego przebiegu detencji w zakresie przebiegu > 60 miesięcy ($p = 0,3779$) i > 84 miesięcy ($p = 0,5149$). W tabeli przedstawiono analizę wpływu poszczególnych czynników.

Tabela 1. Wpływ poszczególnych czynników na prawdopodobieństwo długoterminowych hospitalizacji w grupie badanej (test t-Studenta dla zmiennych o charakterze dychotomicznym, korelacja porządku rang Spearmana dla zmiennych ilościowych)

		Test t-Studenta									
		Pobyty trwające ponad 60 miesięcy					Pobyty trwające ponad 84 miesiące				
		Średnia 1*	Średnia 2**	t	df	p***	Średnia 1*	Średnia 2**	t	df	p***
Zmienne demograficzne i kliniczne											
Płeć (1 mężczyzna; 2 kobieta)		0,187	0,148	0,473	148	0,637	0,106	0,074	0,493	148	0,623
Miejsce zamieszkania (1 miasto; 2 wieś)		0,186	0,143	0,581	146	0,562	0,115	0,057	0,988	146	0,325
Występowanie chorób psychicznych w rodzinie (1 nie; 2 tak)		0,203	0,097	1,371	147	0,173	0,119	0,032	1,423	147	0,157
Uzależnienie od alkoholu (1 nie; 2 tak)		0,218	0,139	1,257	148	0,211	0,103	0,097	0,108	148	0,914
Uzależnienie od narkotyków (1 nie; 2 tak)		0,184	0,174	0,153	147	0,878	0,087	0,130	-0,80	147	0,423

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rozpoznanie upośledzenia umysłowego (1 nie; 2 tak)	0,185	0,176	0,081	145	0,936	0,100	0,118	-0,22	145	0,823
Systematyczność leczenia w przeszłości (1 nie; 2 tak)	0,188	0,083	0,905	148	0,367	0,109	0,000	1,202	148	0,231
Charakterystyka czynów										
Charakter czynu (1 pojedynczy; 2 ciągły)	0,168	0,200	-0,482	148	0,630	0,084	0,127	-0,843	148	0,400
Planowanie czynu (1 nie; 2 tak)	0,173	0,192	-0,283	148	0,777	0,112	0,077	0,683	148	0,496
Czyn popełniony pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych (1 nie; 2 tak)	0,200	0,157	0,678	148	0,499	0,088	0,114	-0,542	148	0,588
Czyn popełniony w przebiegu urojeń (1 tak; 2 nie)	0,181	0,176	0,061	148	0,952	0,103	0,088	0,258	148	0,797
Czyn popełniony w przebiegu halucynacji (1 nie; 2 tak)	0,176	0,186	-0,164	148	0,870	0,088	0,119	-0,610	148	0,543
Czyn popełniony w trakcie odstawienia leków (1 tak; 2 nie)	0,226	0,105	1,875	148	0,063	0,129	0,053	1,515	148	0,132
Przebieg hospitalizacji w ostatnich 6 miesiącach pobytu										
Występowanie zachowań agresywnych (1 nie; 2 tak)	0,162	0,242	-1,05	148	0,294	0,077	0,182	-1,781	148	0,077

Dyskusja

Analiza czynników ryzyka wieloletnich detencji psychiatrycznych ma kluczowe znaczenie dla optymalizacji procesu leczenia chorujących psychicznie sprawców czynów zabronionych. Istotne jest ustalenie, czy i w jakim stopniu wieloletnie przebywanie tych osób w izolacji wynika z charakterystyki klinicznej ich zaburzeń, cech osobowościowych, współistniejącego uzależnienia, charakteru i wagi popełnionych przez nie czynów, czy też z uwarunkowań legislacyjnych, możliwości terapeutycznych i ograniczeń systemu opieki, nastawienia i obaw personelu ośrodków psychiatrii

sądowej. Jak dotychczas w populacji polskich pacjentów sądowo-psychiatrycznych nie prowadzono badań umożliwiających udzielenie odpowiedzi na tak postawione pytania. Jak się wydaje, decyzje dotyczące organizacji systemu opieki podejmowane są raczej na podstawie doświadczenia klinicznego, opinii decydentów oraz rozwiązań zaczerpniętych z innych krajów niż na podstawie danych pochodzących z badań naukowych. Podobna sytuacja dotyczy także innych krajów Europy Wschodniej oraz niektórych krajów Europy Środkowej. Przeprowadzone przez nas pilotażowe badania pacjentów ośrodka o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia są próbą udzielenia odpowiedzi na wspomniane powyżej pytania. Mamy jednak świadomość, że przedstawiane dane dotyczą niespełna 5% wszystkich pacjentów leczonych szpitalnie w ośrodkach psychiatrii sądowej, wobec których realizowana jest detencja psychiatryczna w Polsce, a przy interpretacji uzyskanych wyników należy pamiętać o ograniczeniach związanych z charakterystyką grupy badanej.

Analizę czynników ryzyka wieloletnich detencji psychiatrycznych poprzedzono analizą czynników wpływających na czas pobytu wszystkich pacjentów [28] oraz analizą czynników wpływających na czas pobytu pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Stwierdzono, że na ogólny czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej w sposób istotny statystycznie wpływają: rozpoznanie schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych, czas trwania choroby psychicznej, rodzaj popełnionego czynu (zabójstwo lub usiłowanie zabójstwa), popełnienie czynów zabronionych w przebiegu odstawienia leków, występowania żywych objawów psychotycznych, pod wpływem halucynacji oraz przy konieczności leczenia więcej niż jednym lekiem przeciwpsychotycznym [28]. Niektóre z tych czynników okazały się także czynnikami ryzyka wystąpienia wieloletnich detencji psychiatrycznych.

Kontynuowanie realizacji środka zabezpieczającego w postaci pobytu danej osoby w szpitalu psychiatrycznym (przedłużenie detencji psychiatrycznej) odbywa się na mocy decyzji właściwego sądu, który bierze pod uwagę wydawaną co 6 miesięcy opinię okresową zespołu prowadzącego leczenie. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że przeważnie jest to kluczowy czynnik determinujący decyzję sądu. Tym samym analiza czynników ryzyka wieloletnich detencji psychiatrycznych jest w znacznej mierze tożsama z pytaniem, które z czynników postrzegane są przez lekarzy i psychologów jako najważniejsze przy podejmowaniu decyzji o zwolnieniu lub pozostawieniu pacjenta w warunkach oddziałów psychiatrii sądowej.

W analizowanym przez nas materiale żaden spośród czynników demograficznych nie był czynnikiem ryzyka wieloletnich detencji. W literaturze przedmiotu opisywano wpływ płci na czas pobytu [23], ale nie znalazło to potwierdzenia w naszym badaniu; podobne ustalenia poczyniono odnośnie do miejsca zamieszkania oraz występowania obciążeń rodzinnych chorobami ze spektrum schizofrenii. Co ciekawe, analiza czynników oddziałujących na czas takiego pobytu w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii ujawniła istotny wpływ obciążeń rodzinnych w tym zakresie [31]. Spośród historycznych czynników klinicznych w piśmiennictwie dużo miejsca poświęca się wpływowi uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz systematyczności leczenia. Jeśli wnioski te potwierdzą się w kolejnych badaniach, może to w znacznej mierze determinować organizację

opieki. Trzeba sobie będzie zadać pytanie, czy – przykładowo – potrzebujemy osobnych ośrodków dedykowanych chorym psychicznie i jednocześnie uzależnionym sprawcom czynów zabronionych. Czy w polskich realiach skupienie się na pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi może skutkować skróceniem czasów detencji, a przez to zmniejszeniem kosztów i obciążenia systemu opieki? Czy brak współpracy i niesystematyczność leczenia przed popełnieniem czynu zabronionego wpływa na czas trwania detencji? Czy i w jakim stopniu może być to traktowane jako czynnik ryzyka?

W naszej grupie nie zaobserwowaliśmy istotnej korelacji rozpoznania uzależnienia z ryzykiem wieloletniego przebiegu detencji. Brakuje danych, aby można było stwierdzić, że łamanie abstynencji w warunkach szpitalnych lub też brak krytycyzmu odnośnie do uzależnienia jest przyczyną wieloletnich hospitalizacji, jednakże doświadczenie kliniczne podpowiada, że tacy pacjenci zdarzają się dość często. Aby w sposób bezsporny odpowiedzieć na to pytanie, konieczne są badania prowadzone na liczniejszej i bardziej reprezentatywnej grupie pacjentów, to jest obejmującej osoby z ośrodków o wszystkich (trzech) stopniach zabezpieczenia.

Nie odnotowaliśmy też istotnego związku niesystematyczności leczenia w przeszłości na długość pobytu, choć należy zaznaczyć, że u jedynie 12 pacjentów (8%) leczenie w przeszłości oceniono jako systematyczne. Zaobserwowaliśmy natomiast tendencję statystyczną ($p = 0,06$) dla związku popełnienia czynu zabronionego w przebiegu odstawienia leków oraz detencji trwających przynajmniej 5 lat. Choć wymaga to jeszcze potwierdzenia, można zakładać, że optymalizacja współpracy przy leczeniu psychiatrycznym (*compliance*) może skutkować zarówno mniejszym ryzykiem popełnienia czynu zabronionego (aczkolwiek teza ta wymaga weryfikacji w polskich warunkach), jak i – jeśli już dojdzie do popełnienia takiego czynu – skróceniem czasu internacji. Czy zatem środki mające istotny wpływ na realizację zaleceń farmakologicznych w warunkach psychiatrii ogólnej, takie jak np. leczenie w postaci okresowych iniekcji, mogą wpływać na czas i koszty leczenia sądowo-psychiatrycznego? Intuicja kliniczna podpowiada, że jest to możliwe.

Czas trwania choroby okazał się istotnym statystycznie czynnikiem ryzyka zarówno detencji trwających powyżej 60 miesięcy, jak i trwających powyżej 84 miesięcy. Korelacja ta częściowo wynika z pokrywania się czasu trwania choroby i czasu internacji, jednakże wysoki stopień korelacji (odpowiednio $p = 0,000$ oraz $p = 0,001$) przemawia za twierdzeniem, że przewlekłość procesu chorobowego (wraz ze spodziewanymi konsekwencjami w zakresie m.in. upośledzenia funkcji poznawczych czy deficytów w zakresie rozpoznawania emocji) oddziałuje negatywnie na czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej. Nie zaobserwowaliśmy podobnych korelacji w zakresie wieku pacjentów przy rozpoczęciu detencji ani liczby wcześniejszych detencji.

Przy analizie czynników charakteryzujących czyn zabroniony nie stwierdziliśmy, aby to, czy czyn był planowany, czy nie, pojedynczy lub ciągły (co się dość często zdarza w wypadku czynów o charakterze znęcania się), popełniony pod wpływem substancji psychoaktywnych lub w przebiegu urojeń lub halucynacji, wpływało istotnie na ryzyko wieloletniego przebiegu detencji, choć w analizowanej grupie popełnienie

takiego czynu pod wpływem halucynacji korelowało dodatnio z ogólnym czasem trwania detencji ($p = 0,02$) [28]. O ile popełnienie czynu zabronionego pod wpływem doznań psychotycznych nie musi być interpretowane przez zespoły leczące jako istotny czynnik ryzyka u pacjentów, u których nastąpiła remisja psychozy, o tyle wcześniejsze planowanie takiego czynu, jego przewlekłość (ciągłość) lub też popełnienie czynu w stanie odurzenia często mogą być przejawem współistniejących innych zaburzeń, takich jak np. zaburzenia osobowości i uzależnienia. Zazwyczaj jest to interpretowane przez zespoły leczące jako dodatkowy istotny czynnik ryzyka, co może opóźnić podjęcie decyzji o zwolnieniu danej osoby z detencji. Dane z literatury przedmiotu w sposób dość jednoznaczny wskazują, że rozpoznanie zaburzeń psychotycznych może być czynnikiem wpływającym zarówno na ogólny czas trwania detencji, jak i na ryzyko przebiegu typu *long-stay* [21, 22]. W naszej grupie rozpoznanie schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych było związane z ogólnym wydłużeniem czasu trwania detencji [28], jednakże nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji rozpoznania chorobowego z ryzykiem czasu trwania detencji powyżej 5 lub 7 lat. Wydaje się, że z przebiegiem typu *long-stay* dużo silniej koreluje stan kliniczny pacjentów niż rodzaj rozpoznania chorobowego.

Ocena ryzyka związanego z ewentualnym zwolnieniem chorego psychicznie sprawcy z detencji psychiatrycznej powinna być oparta na aktualnych danych. Aktualny stan psychiczny pacjenta, występowanie zachowań zagrażających, reakcja na leczenie są rutynowo brane pod uwagę przez klinicystów w czasie oceny ryzyka i sporządzania opinii okresowych. Nie jest więc zaskoczeniem, że w analizowanym materiale stwierdzono istotną korelację czynników związanych z przebiegiem ostatnich 6 miesięcy hospitalizacji i ryzykiem wieloletniego przebiegu detencji. Potwierdza to wcześniejsze obserwacje m.in. Völlm i wsp. [24] dotyczące wpływu zachowań agresywnych i na ogólny czas trwania detencji, i na ryzyko wieloletniego ich przebiegu. Jedną z najbardziej istotnych obserwacji poczynionych w trakcie naszej analizy jest znaczny wpływ zarówno przewlekłej psychozy, jak i konieczności stosowania polifarmakoterapii (leczenia > 1 lekiem przeciwpsychotycznym) na ryzyko detencji przekraczających 5 i 7 lat. Obserwacje te są spójne z danymi z innych krajów [18, 19, 23]. Jako że nasze badanie miało naturalistyczny charakter, a praktyka kliniczna nie obliuguje lekarzy psychiatrów do precyzowania rozpoznania chorobowego w zakresie reakcji na leczenie farmakologiczne, w poddanych analizie dostępnych materiałach źródłowych nie odznaczano faktu lekooporności. Tym samym możemy wnioskować o lekooporności jedynie na podstawie odnotowanych cech klinicznych (m.in. występowanie lub nie objawów psychotycznych) i wdrożonego leczenia farmakologicznego (m.in. konieczność stosowania polifarmakoterapii). Niemniej jednak prezentowane dane wskazują na istotne znaczenie cech lekooporności w procesie leczenia pacjentów sądowo-psychiatrycznych. Jeśli więc powstaną w Polsce ośrodki typu *long-stay* [16], czy prowadzone w nich terapie powinny się koncentrować na oddziaływaniach psychoterapeutycznych i socjalnych oraz na poprawie jakości życia pacjentów, czy też na optymalizacji leczenia przeciwpsychotycznego? Być może konieczne jest skojarzenie tego typu ośrodków z ośrodkami akademickimi w celu zapewnienia dostępności do optymalnego leczenia farmakologicznego.

Istotne wydaje się także pytanie, jaki jest w Polsce odsetek pacjentów przebywających na detencji dłużej niż 5 lub 7 lat oraz jaki jest odsetek pacjentów detencjonowanych, których można klasyfikować jako pacjentów lekoopornych (brak danych na ten temat). W grupie badanej stosunkowo niewielka liczba pacjentów leczona była z użyciem klozapiny ($n = 9$), co na tle dość wysokiego odsetka pacjentów przejawiających żywe objawy psychotyczne ($n = 52$; 34,7%) jest dla autorów zaskakujące. Protokół badania nie umożliwił weryfikacji wcześniejszego (przed przyjęciem do ostatniego ośrodka) leczenia przeciwpsychotycznego. W związku z tym nie można wykluczyć wcześniejszych prób leczenia klozapiną zakończonych z powodu nietolerancji lub braku skuteczności leku. Istotne znaczenie może mieć także niedostępność postaci domięśniowej leku, co w kontekście częstego w warunkach psychiatrii sądowej braku współpracy i występowania zachowań opozycyjnych może zniechęcać klinicystów do stosowania klozapiny.

Podsumowując, w analizowanym materiale czynniki związane z przebiegiem ostatnich 6 miesięcy internacji, w tym stan psychiczny pacjentów, występowanie zachowań agresywnych oraz reakcja na leczenie farmakologiczne, istotnie korelowały z ryzykiem wieloletnich hospitalizacji. Nie stwierdzono istotnego wpływu czynników demograficznych ani współistniejącego uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ryzyko wieloletnich detencji psychiatrycznych zwiększało się wraz z czasem trwania choroby, natomiast nie zaobserwowano korelacji w zakresie wieku pacjentów przy rozpoczęciu detencji ani ich detencjonowania w przeszłości. Podobnie nie stwierdzono, aby czynnikiem ryzyka był charakter rozpoznania chorobowego.

Ze względu na ograniczenia wynikające z retrospektywnego i przekrojowego charakteru badania uzyskane dane wymagają potwierdzenia w kolejnych badaniach, obejmujących większą oraz bardziej reprezentatywną grupę pacjentów (w tym leczonych w ośrodkach o podstawowym oraz maksymalnym stopniu zabezpieczenia). Mamy także świadomość, że czas leczenia w warunkach psychiatrii sądowej w wypadku zdecydowanej większości pacjentów będzie dłuższy niż stwierdzony w czasie badania, gdyż większość pacjentów będzie kontynuowała pobyt w ośrodkach o podstawowym stopniu zabezpieczenia.

Trzeba jednak podkreślić, że prezentowane przez nas wyniki są pierwszą systematyczną próbą analizy czasu trwania detencji i czynników wpływających na długość tego leczenia w warunkach polskiej psychiatrii sądowej. Ograniczeniem badania jest także nie losowa, a oparta na decyzji działającej przy Ministrze Zdrowia Komisji ds. Środków Zabezpieczających w Psychiatrii alokacja pacjentów do ośrodków psychiatrii sądowej, w tym do naszego ośrodka. Niemniej, by zachować możliwie najbardziej naturalistyczny charakter badania, analizą objęto wszystkich pacjentów hospitalizowanych w ośrodku we wskazanym okresie.

Poczynione w trakcie badania obserwacje w znacznym stopniu nie pokrywały się z przewidywaniami autorów. Między innymi brak korelacji ryzyka przebiegu typu *long-stay* i współwystępowania uzależnienia, występowania zachowań autoagresywnych, planowania czynów zabronionych lub ich popełniania pod wpływem substancji psychoaktywnych stanowił dla autorów, będących jednocześnie klinicystami, swego rodzaju zaskoczenie. W kontekście planowanej reformy psychiatrii sądowej oraz de-

czyż, jakie trzeba będzie podjąć, w tym dotyczących zasadności tworzenia ośrodków typu *long-stay* i ich i charakteru, ewentualnego profilowania pozostałych ośrodków sądowych oraz oddziaływań terapeutycznych realizowanych w tych placówkach, bezsprzecznie zalecana jest weryfikacja prezentowanych wniosków w badaniach obejmujących większą i bardziej reprezentatywną grupę pacjentów ośrodków sądowych w Polsce.

Piśmiennictwo

1. 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.
2. Stone AA. *The ethical boundaries of forensic psychiatry: A view from the ivory tower*. Bull. Am. Acad. Psychiatry Law 1984; 12: 209–219.
3. Weiner BA. *Ethical issues in forensic psychiatry: From an attorney's perspective*. Bull. Am. Acad. Psychiatry Law 1984; 12: 253–261.
4. Halleck SL. *The ethical dilemmas of forensic psychiatry: A utilitarian approach*. Bull. Am. Acad. Psychiatry Law 1984; 12: 279–288.
5. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Length of detention in matched groups of insanity acquittees and convicted offenders*. Int. J. Law Psychiatry 1991; 14(3): 223–236.
6. Draine J, Blank Wilson A, Metraux S, Hadley T, Evans AC. *The impact of mental illness status on the length of jail detention and the legal mechanism of jail release*. Psychiatr. Serv. 2010; 61(5): 458–462. doi:10.1176/ps.2010.61.5.458
7. Metraux S. *Examining relationships between receiving mental health services in the Pennsylvania prison system and time served*. Psychiatr. Serv. 2008; 59(7): 800–802.
8. Hare Duke L, Furtado V, Guo B, Völlm BA. *Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2018; 53(3): 313–321. doi: 10.1007/s00127-017-1473-y. Epub 2018 Jan 31.
9. Sampson S, Edworthy R, Völlm B. *Long-term forensic mental health services: An exploratory comparison of 18 European countries*. Int. J. Forensic Ment. Health 2016; 15(4): 1–19.
10. World Psychiatric Association. *WPA Madrid declaration on ethical standards for psychiatric practice*. Madrid: WPA General Assembly, 1996; 1996.
11. Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire J-F. *Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe: A multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services*. Int. J. Forensic Ment. Health 2006; 5(2): 173–184.
12. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. *International trends in demand for forensic mental health services*. Int. J. Forensic Ment. Health 2011; 10(4): 326–336.
13. Priebe S, Frottier P, Gardini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R i wsp. *Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006*. Psychiatr. Serv. 2008; 59(5): 570–573.
14. Rutherford M, Duggan S. *Forensic mental health services: Facts and figures on current provision*. The British Journal of Forensic Practice 2008; 10(4): 4–10. <https://doi.org/10.1108/14636646200800020>

15. Earnshaw CH, Shaw L, Thomas D, Haeney O. *A retrospective study comparing the length of admission of medium secure unit patients admitted in the three decades since 1985*. BJPsych. Bull. 2019; 43: 154–157. doi: 10.1192/bjb.2018.88.
16. Heitzman J, Gosek P, Luks M, Pilszyk A, Kotowska J, Pacholski M. *Implementation of the European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry in Poland. Current state and required measures*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(3): 553–570. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/109123>
17. Ross T, Querengässer J, Fontao MI, Hoffmann K. *Predicting discharge in forensic psychiatry: The legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric hospitals*. Int. J. Law Psychiatry 2012; 35(3): 213–221.
18. Eckert M, Schel SH, Kennedy HG, Bulten BH. *Patient characteristics related to length of stay in Dutch forensic psychiatric care*. Int. J. Forensic Ment. Health 2017; 28(6): 863–880.
19. O’Neill C, Heffernan P, Goggins R, Corcoran C, Linehan S, Duffy D i wsp. *Long-stay forensic psychiatric inpatients in the republic of Ireland: Aggregated needs assessment*. Ir. J. Psychol. Med. 2003; 20(4): 119–925.
20. Crocker AG, Nicholls TL, Charette Y, Seto MC. *Dynamic and static factors associated with discharge dispositions: The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder (NCRMD) in Canada*. Behav. Sci. Law 2014; 32(5): 577–595.
21. Andreasson H, Nyman M, Krona H, Meyer L, Anckarsäter H, Nilsson T i wsp. *Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence*. Int. J. Law Psychiatry 2014; 37(6): 635–642.
22. Shah A, Waldron G, Boast N, Coid JW, Ullrich S. *Factors associated with length of admission at a medium secure forensic psychiatric unit*. J. Forens. Psychiatry Psychol. 2011; 22(4): 496–512.
23. Davoren M, Byrne O, O’Connell P, O’Neill H, O’Reilly K, Kennedy HG. *Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: Need for therapeutic security and course of admission*. BMC Psychiatry 2015; 15(1): 1–15. doi:10.1186/s12888-015-0686-4
24. Völlm BA, Edworthy R, Huband N, Talbot E, Majid S, Holley J i wsp. *Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England: A secondary publication from a large mixed-methods study*. Front. Psychiatry 2018; 9: 140. doi: 10.3389/fpsy.2018.00140
25. Girolamo de G, Carrà G, Fangerau H, Ferrari C, Gosek P, Heitzman J i wsp. *European violence risk and mental disorders (EU-VIORMED): A multi-centre prospective cohort study protocol*. BMC Psychiatry 2019; 19(1): 410. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2379-x>
26. Dressing H, Salize HJ, Gordon H. *Legal frameworks and key concepts regulating diversion and treatment of mentally disordered offenders in European Union member states*. Eur. Psychiatry 2007; 22(7): 427–432.
27. Salize HJ, 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.
28. Gosek P, Kotowska J, Rowinska-Garbien E, Bartczak D, Heitzman J. *Factors influencing length of stay of forensic patients: Impact of clinical and psychosocial variables in medium secure setting*. Front. Psychiatry 2020; 11: 810. doi: 10.3389/fpsy.2020.00810
29. Connell C, Seppänen A, Scarpa F, Gosek P, Heitzman J, Furtado V. *External factors influencing length of stay in forensic services: A European evaluation*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(3): 673–689. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/99299>

30. Kirchebner J, Günther M, Sonnweber M, King A, Lau S. *Factors and predictors of length of stay in offenders diagnosed with schizophrenia – A machine-learning-based approach*. BMC Psychiatry 2020; 20: 201. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02612-1>.
31. Gosek P, Kotowska J, Rowińska-Garbień E, Bartczak D, Heitzman J. *Treatment resistance and prolonged length of stay among schizophrenia inpatients in forensic institutions*. Psychiatry Res. 2021 Apr;298:113771. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113771. Epub 2021 Jan 29. PMID:33647704.

Adres: Justyna Kotowska
Klinika Psychiatrii Sądowej
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: justynamalinowska@gazeta.pl

Otrzymano: 14.08.2020
Zrecenzowano: 16.11.2020
Otrzymano po poprawie: 20.03.2021
Przyjęto do druku: 8.05.2021