

Edyta Beta, Katarzyna Szumska-Rogowska, Maciej Węgielnik  
Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim

# Realizacja środka zabezpieczającego w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim

## *Implementation of security measure in Regional Centre of Forensic Psychiatry in Starogard Gdanski*

### Abstract

Authors, who work in Regional Centre of Forensic Psychiatry (ROPS) in Starogard Gdanski, in their article make readers to become familiar with concept of detention and its legal basis in terms of forensic psychiatrist. They describe the organizational scheme of the Centre and profile of patients treated there in the last 12 years. They explain all the developed rules of conduct and procedures used in therapeutic work with patients. Authors of this article emphasize that above all an individualized treatment program for each patient is the most important method for treating and it achieves the greatest number of positive changes. Also, a personalized therapy may help to reduce the risk of repeating the dangerous behavior and to return to the normal life.

*Psychiatria 2012; 9, 2: 53–59*

**Key words:** forensic psychiatry, detention

### Wstęp

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim funkcjonuje od 2000 roku i jest jednym z trzech istniejących w Polsce zakładów psychiatrycznych dysponujących warunkami maksymalnego zabezpieczenia. Do ośrodków dysponujących takim stopniem zabezpieczenia trafiają zaburzeni psychicznie sprawcy czynów zabronionych, którzy nie mogą być leczeni w ośrodkach o niższym poziomie zabezpieczenia ze względu na wysokie ryzyko zachowań niebezpiecznych lub ucieczkowych. Wypracowane przez lata zasady postępowania oraz stosowane procedury terapeutyczne pozwalają na skuteczną pracę z tak trudnymi i wymagającymi niejednokrotnie wieloletniego leczenia pacjentami. Leczenie w tutejszym ośro-

ku opiera się o tworzony z każdym pacjentem, dostosowany do jego potrzeb i możliwości indywidualny plan terapeutyczny.

### Podstawy prawne stosowania internacji

Internacja sądowo-psychiatryczna jest przewidzianym w kodeksie karnym środkiem zabezpieczającym i polega na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym sprawcy czynu zabronionego, który został uniewinniony ze względu na dokonanie tego czynu w stanie zniesionej poczytalności określonej w art.31 par.1 kk. Warunkiem zastosowania tego środka zabezpieczającego jest, oprócz stwierdzenia niepoczytalności sprawcy, ustalenie, że popełniony przez niego czyn miał znaczną szkodliwość społeczną oraz że istnieje wysokie prawdopodobieństwo popełnienia podobnego czynu ponownie. Przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje biegłych lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a następnie wydaje postanowienie o konieczności jego stosowania wobec niepo-

### Adres do korespondencji:

Lek. Katarzyna Szumska-Rogowska  
ROPS  
ul. Skarszewska 7, 83–200 Starogard Gdański  
tel.: (58) 563–07–36  
e-mail: szukasia1@wp.pl

czytalnego sprawcy czynu zabronionego. Sąd również określa miejsce stosowania środka zabezpieczającego — w wydanym postanowieniu wskazuje konkretny zakład psychiatryczny. W celu określenia, jaki zakład psychiatryczny jest właściwy do odbywania detencji dla konkretnego sprawcy, sąd zasięga opinii Komisji do Spraw Środków Zabezpieczających. Na pytanie sądu Komisja wydaje opinię, w której wskazuje rodzaj zakładu psychiatrycznego oraz konkretne miejsce wykonywania środka zabezpieczającego. Wydając opinię, Komisja uwzględnia: rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się sprawca w przeszłości; rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub uciezkowych w przeszłości; aktualny stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz choroby współistniejące; uzależnienie od alkoholu lub innego środka odurzającego; związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi; ogólną sprawność fizyczną; szczególne wskazania do postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego; przebieg i wyniki dotychczasowego leczenia, rehabilitacji i resocjalizacji. Po uprawomocnieniu się postanowienia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, sąd wydaje polecenie przyjęcia do tego zakładu. Czas trwania internacji nie jest określony z góry. Sąd nie rzadziej niż co 6 miesięcy bada zasadność dalszego stosowania środka zabezpieczającego. Podstawowym dowodem w tym postępowaniu jest opinia biegłych psychiatrów i psychologa. W związku z tym kierownik zakładu psychiatrycznego, w którym odbywa się internacja ma obowiązek nie rzadziej niż co pół roku przesłać do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy. Opinię taką ma obowiązek przesłać także na każde żądanie sądu oraz bezzwłocznie w sytuacji, kiedy nastąpiła taka zmiana stanu zdrowia sprawcy, że dalsza internacja nie jest konieczna. W opinii, oprócz informacji na temat opiniowanego, popełnionego przez niego czynu zabronionego, wydanych wcześniej opinii sądowno-psychiatrycznych, muszą znaleźć się informacje na temat aktualnego stanu zdrowia internowanego pacjenta, jego funkcjonowania i leczenia jak również prawdopodobieństwa ponawiania czynów podobnych do wcześniej zarzucanych, konieczności dalszego stosowania środka zabezpieczającego oraz poziomu stopnia zabezpieczenia, w jakim zdaniem biegłych internacja ma być kontynuowana, jeżeli oceniają, że jest niezbędna. Leczenie prowadzone jest tak długo aż stan zdrowia sprawcy czynu i jego funkcjonowanie

poprawią się na tyle, że możliwy jest powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach ambulatoryjnych. Decyzję o zakończeniu internacji podejmuje sąd, biorąc pod uwagę opinię biegłych psychiatrów i psychologa.

Orzeczona przez sąd internacja odbywa się w zakładach psychiatrycznych o różnym stopniu zabezpieczenia — podstawowym, wzmocnionym lub maksymalnym. W zakładach psychiatrycznych o maksymalnym stopniu zabezpieczenia umieszcza się sprawców, których niebezpiecznych lub uciezkowych zachowań nie da się opanować w zakładzie o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia. Aktualnie w Polsce funkcjonują trzy ośrodki o zabezpieczeniu maksymalnym dla dorosłych w Gostyninie, Starogardzie Gdańskim oraz w Branicach. Łącznie zakłady te dysponują 193 miejscami dla mężczyzn, nie ma tego typu zakładów dla kobiet. W zakładach psychiatrycznych o zabezpieczeniu wzmocnionym umieszcza się sprawcę czynu zabronionego, jeżeli jego zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów o dużej wartości lub zachowania uciezkowe nie mogą być opanowane w zakładzie dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia. Istnieje 15 zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia. Łącznie dysponują one 777 miejscami, w tym 47 miejsc dla kobiet. Sprawcy czynów zabronionych, którzy nie kwalifikują się do umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym o zabezpieczeniu maksymalnym lub wzmocnionym są umieszczani w zakładach o zabezpieczeniu podstawowym — 31 zakładów, 1162 miejsca [1–4].

### **Charakterystyka funkcjonowania Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim**

W Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej pacjenci przebywają na czterech oddziałach psychiatrycznych, oznaczonych literowo A, B, C, D. Oddział A jest oddziałem przyjęciowo- interwencyjnym, w którym jednorazowo przebywa maksymalnie 11 pacjentów. Oddział ten dysponuje specjalnie zaprojektowanymi trzema salami izolacyjnymi. Każda sala izolacyjna jest wyposażona jedynie w ciężkie, trudne do uniesienia łóżko oraz radio. Sale mają zabezpieczone źródła światła, zakratowane okna i posiadają własne łazienki. Wyposażone są również w domofon umożliwiający kontakt z personelem w dyżurce pielęgniarczej.

**Tabela 1.** Ruch chorych ROPS w latach 2000–2011  
**Table 1.** Movement patients ROPS in years 2000–2011

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Razem
Pacjenci przyjęci	13	28	21	19	19	27	24	18	23	18	20	24	254
Pacjenci wypisani	–	2	10	19	10	28	19	25	22	28	13	22	198

skiej oraz w system monitoringu telewizyjnego. Pozostałe pomieszczenia są takie same na wszystkich oddziałach. Są to: wspólna łazienka, jadalnia, sala telewizyjna, pokój konsultacyjny, przeszklona dyżurka pielęgniarska, pokój zabiegowy i pomieszczenia gospodarcze. Sale pacjentów są dwu lub trzyosobowe, wyposażone w łóżka szpitalne, stoliki przyłóżkowe, szafę, stół, krzesła oraz w umywalkę. Wszystkie pomieszczenia na oddziale A i większość pomieszczeń na pozostałych oddziałach jest wyposażona w monitoring. Na oddziale A przebywają pacjenci nowoprzyjęci oraz ci, których niebezpieczne zachowania są trudne do opanowania na pozostałych oddziałach. Ośrodek posiada własną izbę przyjęć, gabinet dentystryczny, salę odwiedzin oraz salę konferencyjną. Dysponuje stosunkowo obszerną, liczącą trzy sale pracownią terapii zajęciowej, salą gimnastyczną oraz dziedzińcem rekreacyjno-sportowym. Gabinety lekarzy, psychologów i terapeutów mieszczą się poza oddziałami. Ośrodek wyposażony jest w system zabezpieczeń, w skład którego wchodzi, między innymi, podwójne ogrodzenie dziedzińca (w tym 5,5 m, gładki mur), okratowane okna, elektroniczne zabezpieczenia drzwi zewnętrznych i wewnętrznych na oddział, system telewizji umożliwiający obserwację drzwi, okien, sal pacjentów, pomieszczeń wspólnych na oddziałach, korytarzy oraz otoczenia ośrodka, w tym terenu rekreacyjnego dla pacjentów, system osobistych urządzeń alarmowych. Bezpieczeństwo zwiększa również fakt, że ilość personelu przekracza 2,5 razy pojemność zakładu, a sekcja ochrony liczy nie mniej niż 1/3 pojemności zakładu. Pracownicy sekcji ochrony pełnią dyżury na korytarzach i w razie potrzeby interweniują na oddziałach, przeprowadzają pacjentów pomiędzy poszczególnymi częściami ośrodka oraz sprawują ciągły nadzór telewizyjny nad pomieszczeniami i otoczeniem ośrodka.

### Pacjenci

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sadowej w Starogardzie Gdańskim dysponuje 72 łóżkami, pacjentami są tylko mężczyźni. Aktualnie znajduje się tam 56 pacjentów, w wieku 20–70 lat, którzy w większości są sprawcami czynów, które charakteryzowała agresja fizyczna wobec innych osób. Mniej więcej połowa z nich była sprawcami zabójstwa lub usiłowania zabójstwa, około 1/4 to sprawcy znęcania się nad osobami z najbliższego otoczenia (domownicy), kilku dokonało przestępstw na tle seksualnym. Pozostali to sprawcy mniej poważnych czynów, którzy byli internowani w ośrodkach o podstawowym lub wzmocnionym poziomie zabezpieczenia, jednak z powodu trudnych do opanowania zachowań agresywnych lub ucieczkowych zostali przeniesieni do ROPS.

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sadowej w Starogardzie Gdańskim rozpoczął swoją działalność w grudniu 2000 roku. Od początku funkcjonowania ROPS przyjęto 254 pacjentów, wypisano 198. Spośród wypisanych pacjentów blisko 3/4 miała rozpoznaną przewlekłą psychozę (z tego 78 osób schizofrenię, pozostali zespoły urojeniowe, halucynozy). Inne rozpoznania to upośledzenie umysłowe, zespoły psychoorganiczne, choroba afektywna dwubiegunowa. U większości postawiono również rozpoznanie uzależnienia lub szkodliwego używania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych.

W ciągu 12 lat działania ośrodka 6 pacjentów wymagało ponownej hospitalizacji w ROPS. Powodem ponownego umieszczenia w ROPS były zachowania agresywne na oddziałach o niższym stopniu zabezpieczenia, samowolne oddalenie się, w jednym przypadku powrócił tu pacjent, który już po zakończeniu detencji przerwał leczenie psychiatryczne i zaczął przyjmować środki psychoaktywne.

Świadczenia lecznicze, rehabilitacyjne i resocjalizacyjne wykonują lekarze psychiatry, psychologowie, terapeuci z zakresu resocjalizacji, terapeuci uza-

leźnień, terapeuci zajęciowi, terapeuci sportowi, pedagogzy oraz personel pielęgniarki i salowi.

### Plany terapeutyczne

Praca terapeutyczna z pacjentami Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim oparta jest o system planów terapeutycznych. Każdy pacjent ma opracowywany indywidualny plan terapii, dostosowany do jego stanu psychicznego, możliwości intelektualnych, stanu somatycznego, sytuacji prawnej i życiowej oraz innych specyficznych uwarunkowań. Tworzenie planu terapii zaczyna się od ustalenia celu głównego terapii. Dla prawie wszystkich pacjentów jest nim uzyskanie zgody Sądu na zwolnienie ze szpitala i powrót do dotychczasowego miejsca zamieszkania oraz wcześniejszych aktywności życiowych. Mając na uwadze cel główny, zespół terapeutyczny ustala zadania, których wykonanie ma do niego doprowadzić. Opracowaniem planu zajmuje się zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz, psycholog, terapeuta prowadzący/indywidualny, terapeuta zajęciowy i sportowy oraz pielęgniarz. Pierwszy plan sporządzany jest po około miesiącu od przyjęcia pacjenta, kolejne co 6 miesięcy. Zebranie zespołu terapeutycznego prowadzi terapeuta pacjenta, pełni on też rolę osoby odpowiedzialnej za spisanie planu terapeutycznego. Na spotkaniach poszczególni członkowie zespołu terapeutycznego przedstawiają propozycje zadań dla pacjenta oraz proponują metody, jakimi zamierzają pomóc mu w ich realizacji. Staramy się, aby pacjent brał czynny udział w planowaniu celu głównego i poszczególnych zadań — zadania te są wspólnie z pacjentem omawiane i konkretyzowane. Czynny udział pacjenta jest jednym z elementów zwiększających skuteczność terapii i przybliżającym do osiągnięcia celu głównego. Sporządzenie planu terapeutycznego dla pacjenta przebywającego na detencji pozwala na zachowanie stałości i ciągłości oddziaływań terapeutycznych, co ma szczególne znaczenie ze względu na często wieloletni okres leczenia pacjenta w naszym ośrodku.

Sporządzenie planu terapeutycznego ułatwia opracowane przez pracowników ośrodka narzędzie będące spisem typowych problemów spotykanych u pacjentów. Zespół terapeutyczny w oparciu o określone sfery problemów ustala wspólnie z pacjentem zadania terapeutyczne.

### I. Cel główny (długoterminowy)

Dotyczy zwykle zakończenia detencji i tego jak pacjent chciałby żyć po zwolnieniu ze szpitala, miejsca, gdzie chciałby mieszkać, osób, z którymi chciałby wspólnie żyć, źródeł utrzymania. Cel główny sformułowany jest zwykle w formie pierwszoosobowej wyrażanej bezpośrednio przez pacjenta, na przykład „chciałbym powrócić do domu”, „chciałbym wrócić do pracy”, „chciałbym zamieszkać w domu opieki”, „chciałbym ukończyć szkołę”.

### II. Sfery (obszary) zadań terapeutycznych:

#### 1. Psychopatologia i leczenie biologiczne.

Czy wie, jakie zaburzenia psychiczne stwierdzili u niego lekarze?

Czy dostrzega u siebie zaburzone zachowania, doznania, przekonania?

Czy zna objawy zwiastunowe nawrotu choroby?

Czy wie, co zwiększa ryzyko nawrotu choroby?

Czy wie, jak sobie radzić w przypadku nasilania się zaburzeń?

Czy potrafi wskazać niekorzystne (niebezpieczne) zdarzenia związane z tymi zaburzeniami?

Czy zna nazwy leków, które mu zlecono, ich działanie, ich dawkowanie?

Jaki jest jego stosunek do przyjmowania leków?

Czy widzi związek między przyjmowaniem leków a występującymi u niego zaburzeniami?

#### 2. Wgląd pacjenta w problem uzależnienia/nadużywania środków odurzających i alkoholu.

Czy dostrzega taki problem u siebie i jak trafnie to robi?

Czy potrafi wskazać, jakie negatywne skutki powoduje ten problem w jego życiu?

#### 3. Zachowania agresywne i autoagresywne na oddziale.

Czy dostrzega u siebie zachowania agresywne?

W jakiej mierze potrafi kontrolować takie zachowania?

Czy potrafi wskazać, w jakich sytuacjach zachowuje się agresywnie, co nasila, a co łagodzi takie zachowania?

#### 4. Zachowania zaburzone i inne dezadaptacyjne zachowania na oddziale.

Czy dostrzega u siebie zachowania dziwaczne, uciążliwe lub inne nieakceptowane przez otoczenie?

W jakim stopniu potrafi kontrolować takie zachowania?

Czy potrafi wskazać, w jakich sytuacjach tak się zachowuje?

#### 5. Czyn zabroniony.

Czy wie, w związku z jakimi czynami został umieszczony w ośrodku?

Czy poczuwa się do ich sprawstwa?

Czy widzi związek pomiędzy własnymi zaburzeniami psychicznymi a popełnionym czynem? Jaka jest jego ocena moralno-etyczna popełnionego czynu?

Czy potrafi wskazać inne alternatywne, zgodne z prawem rozwiązania krytycznej sytuacji?

6. Podejmowanie codziennych aktywności życiowych (higiena, porządku, posiłki, wypełnianie czasu wolnego).

7. Realistyczność zamierzeń i planów życiowych

8. Ogólny, somatyczny stan zdrowia

9. Inne zadania

### **Formy dostępnych oddziaływań terapeutycznych w ROPS**

A. W ośrodku funkcjonują dwie sekcje terapeutyczne zajmujące się tworzeniem i realizowaniem indywidualnych planów terapeutycznych pacjentów. Pracuje w nich łącznie trzech psychologów i 9 terapeutów, z których większość ukończyła studia o kierunku resocjalizacja i praca socjalna lub pedagogiczne. Sekcje te organizują zajęcia grupowe na oddziałach oraz prowadzą indywidualną terapię z pacjentem.

#### **Spotkania indywidualne**

Każdy pacjent od początku pobytu w ośrodku ma swojego indywidualnego terapeutę, z którym spotyka się regularnie przez cały okres przebywania w ROPS. Spotkania z terapeutą odbywają się na oddziałach z częstotliwością dostosowaną do aktualnych potrzeb pacjenta, średnio 1–2 razy w tygodniu. W trakcie tych spotkań terapeuta omawia z pacjentem problemy dnia codziennego oraz realizuje zadania indywidualnego planu terapeutycznego. Przede wszystkim analizuje zachowania agresywne, autoagresywne czy dezadaptacyjne, które miały miejsce w przeszłości, jak i w trakcie pobytu w ROPS. W pracy terapeuci skupiają się na tym, aby pacjent widział związek pomiędzy jego niebezpiecznymi zachowaniami w przeszłości (w tym czynem zabronionym) a występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi oraz aby dostrzegł, że w dużej mierze od niego zależy czy takie zachowania będą się powtarzały.

Organizowane są następujące zajęcia grupowe:

- zajęcia psychoedukacyjne na temat choroby, leczenia oraz podstaw prawnych umieszczenia na internacji;
- treningi: rozwiązywania problemów międzyludzkich, komunikowania się, budżetowy, zdrowy styl życia;

— zajęcia edukacyjne na temat funkcjonowania społeczeństwa i organizacji państwa, między innymi: omawianie bieżących wydarzeń politycznych i gospodarczych kraju.

#### **B. Terapia zajęciowa**

W ośrodku istnieje sekcja terapii zajęciowej. Zajęcia prowadzi 9 wykwalifikowanych terapeutów zajęciowych i odbywają się one w trzech połączonych ze sobą salach. Zgodnie z definicją terapii zajęciowej pacjenci pod kierunkiem terapeutów wykonują pożyteczne, zorganizowane czynności mające podtrzymywać ich aktywność, odwracać uwagę od niepokojących myśli, przywracać utraconą sprawność i przez zalecenie trudniejszych prac przygotowywać pacjenta do samodzielnego życia. Każdy pacjent rozpoczynający leczenie w ośrodku, będąc jeszcze na oddziale przyjęciowo-interwencyjnym, ma pierwszy kontakt z terapeutą zajęciowym. Przy określaniu zainteresowań, deficytów i potrzeb pacjenta terapeuci korzystają z opracowanego w ROPS „kwestionariusza zainteresowań, ulubionych zajęć i przydatnych umiejętności” oraz przeprowadzają test podstawowych umiejętności przydatnych w codziennym funkcjonowaniu, który pozwala określić w zakresie, jakich czynności pacjent ma najlepsze umiejętności, a które wymagają treningu.

W ramach terapii zajęciowej dostępne są następujące treningi: elektryczny, hydrauliczny, remontowo-malarski, krawiecki, kulinarny. Poza tym pacjenci mają możliwość nauki obsługi komputera i korzystania z Internetu. Dwa razy w tygodniu odbywają się zajęcia nauki języka angielskiego. Część pacjentów, która jest szczególnie zainteresowana pracami plastycznymi maluje obrazy, wykonuje prace z gliny. Co roku odbywa się wystawa i wybierana jest najlepsza praca plastyczna. W ramach terapii zajęciowej organizowane są cyklicznie konkursy i turnieje, między innymi: turniej warcaboowy, gry w tysiąca, darta. Pacjenci razem z terapeutami organizują spotkanie wigilijne i zabawę andrzejkową, karnawałową, spotkania poetyckie oraz redagują i wydają gazetkę „Nasz Głos”.

#### **C. Terapia sportowa**

Terapię sportową prowadzi czterech terapeutów, którzy są absolwentami AWF. Na terenie ośrodka znajduje się sala gimnastyczna, gdzie znajdują się różne przyrządy i sprzęty sportowe — rower stacjonarny, ruchoma bieżnia, cykloergonometr, drabinki, atlas, hantle, sztangi, stół do tenisa stołowego. Na dziedzińcu mamy zorganizowane boisko do piłki nożnej i siatkowej. Terapeuci sporto-

wi prowadzą również 15-minutową gimnastykę poranną, która odbywa się niezależnie od pory roku w czasie porannych wyjść pacjentów na dziedzińce. Staramy się, aby przynajmniej część zajęć sportowych była skoncentrowana na deficytach pacjentów (np. dysfunkcjach motorycznych związanych z chorobami neurologicznymi, ortopedycznymi). W związku z tym, że wielu pacjentów ma problem z otyłością proponowane są im ćwiczenia nastawione na redukcję masy ciała.

D. Praca z pacjentem na oddziale

W zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta personel oddziału przeprowadza treningi: higieniczny, prania, sprzątania, rozkładania leków, korzystania z czasu wolnego. Personel pielęgniarski na każdym oddziale cyklicznie organizuje również trening farmakologiczny — są to zajęcia grupowe, podczas których pacjenci uzyskują podstawową wiedzę na temat stosowanych u nich leków (nazwy leków, mechanizmy działania, skutki uboczne, dawkowanie).

E. Terapia uzależnień

Raz w tygodniu, na każdym z oddziałów, odbywają się zajęcia grupowe prowadzone przez terapeutów z wieloletnim doświadczeniem w pracy z osobami uzależnionymi. Cykl spotkań rozpoczyna się od motywowania do aktywnego uczestnictwa w terapii. Kolejne zajęcia mają charakter edukacyjny na temat przyczyn, objawów i mechanizmów uzależnienia. Na końcu terapeuta omawia z pacjentami etapy i cele leczenia odwykowego, uczy rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych nawrotów picia lub zażywania narkotyków oraz informuje, gdzie pacjenci mogą szukać w przyszłości pomocy.

Z wybranymi pacjentami terapeuci prowadzą zajęcia indywidualne, podczas których skupiają się na problemach uzależnień, omawiają negatywne skutki stosowania środków psychoaktywnych na ich organizm, psychikę, zachowanie, funkcjonowanie społeczne oraz tworzą „plan wyjść awaryjnych” dla danego pacjenta.

F. System przywilejów (behawioralna metoda eliminacji zachowań nieprawidłowych)

Za system przywilejów uznaje się ponadstandardowe udogodnienia, którymi pacjent może dysponować na oddziale. Z doświadczeń autorów pracy wynika, że przywilej powinien być atrakcyjny, tak aby pacjent chciał go uzyskać. Głównym celem terapeutycznym przywilejów jest wzmocnienie zachowań pożądanego pacjenta. Przywilejami nagradzany jest pacjent, który przestrzega regulaminu, ma prawidłowe relacje z innymi osobami,

bierze aktywny udział w terapii. Zadaniem przywilejów jest też wygaszanie zachowań nieprawidłowych. Pacjent, który zachowuje się nieprawidłowo nie otrzymuje przywileju lub traci go, jeśli wcześniej nim dysponował. Przywileje mają również zadanie motywujące do udziału w zajęciach terapeutycznych. Pacjenci często (zwłaszcza w początkowym okresie pobytu w ośrodku) mają negatywny stosunek do leczenia i udziału w zajęciach terapeutycznych.

Przywileje dostępne dla pacjentów w naszym ośrodku:

- samodzielne zakupy — pacjent posiadający ten przywilej może raz w tygodniu dokonywać zakupów w samoobsługowym sklepie organizowanym na terenie ROPS przez zewnętrzną firmę handlową. Transakcje dokonywane są bezgotówkowo przy kasie sklepu, następnego dnia pracownik socjalny obciąża należnymi kwotami konta pacjentów. Pacjent może posiadać ten przywilej na I lub II poziomie. Pacjenci dysponujący I poziomem przywileju są zobowiązani do wcześniejszego ustalenia z pielęgniarką, jakie artykuły mogą zakupić i za jaką maksymalną kwotę. Większość pacjentów posiada II poziom tego przywileju, to znaczy pacjent dokonuje zakupów bez wcześniejszego uzgadniania rodzaju produktów i kwoty przeznaczanej na zakupy.
- przyrządzanie posiłków z własnych produktów — pacjent w obecności salowego przygotowuje posiłek. Posiadający I poziom przywileju mogą korzystać z niego raz na dwa tygodnie, a posiadający II poziom mają możliwość przygotowywania posiłków, co najmniej raz w tygodniu.
- korzystanie z własnego sprzętu elektronicznego — przywilej ten przyznajemy na trzech poziomach. Poziom I to możliwość posiadania sprzętu odtwarzającego dźwięk (mp3, wieża RTV, radiodbiornik itp.). Poziom II to możliwość posiadania innych urządzeń, takich jak: telewizor, dvd, laptop, konsola do gier. Poziom III to możliwość posiadania telefonu komórkowego.
- odwiedzanie pacjentów na innych oddziałach ROPS — pacjenci dysponujący I poziomem przywileju mogą odwiedzać osoby na innym oddziale w soboty, niedziele oraz święta. Posiadanie przywileju na poziomie II umożliwia odwiedzanie codzienne w czasie wolnym.
- możliwość zamawiania pizzy — pacjenci posiadający ten przywilej mają możliwość raz w miesiącu telefonicznie zamówić pizzę lub inne danie

Chęć uzyskania przywileju pacjent zgłasza na zebraniu społeczności. Zespół terapeutyczny (lekarz, psycholog, pielęgniarz, terapeuci) wspólnie omawia czy pacjent może otrzymać przywilej. Podejmując decyzję o jego przyznaniu, zwraca szczególną uwagę na to, jakie było zachowanie pacjenta, jego relacje z osobami z otoczenia, czy przestrzegał regulaminu ośrodka, czy regularnie uczestniczył w zajęciach terapeutycznych, czy dbał o porządek, higienę osobistą, wygląd zewnętrzny. Pacjent traci przywilej w przypadku pojawienia nieprawidłowych zachowań lub zaniedbywania codziennych aktywności. Jeśli doszło do agresji fizycznej, pacjent traci wszystkie przywileje natychmiastowo.

### Podsumowanie

Istnienie zakładów psychiatrycznych przeznaczonych dla chorych psychicznie sprawców czynów zabronionych pozwala na prowadzenie bezpiecznego leczenia tych pacjentów, którzy ze względu na swój stan zdrowia psychicznego stwarzają zagrożenie ponownego popełnienia czynu zabro-

nionego. Internacja sądowo-psychiatryczna odbywa się w zakładach psychiatrycznych o różnym stopniu zabezpieczenia — podstawowym, wzmocnionym lub maksymalnym w zależności od utrzymywania się zachowań niebezpiecznych, ucieczkowych i przewidywanej możliwości opanowania takich zachowań w poszczególnych ośrodkach. Struktura funkcjonowania ośrodka dysponującego maksymalnym stopniem zabezpieczenia, jakim jest Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim pozwala na znaczne zmniejszenie ryzyka występowania zachowań niebezpiecznych. System planów terapeutycznych, przywilejów oraz szeroki wachlarz dostępnych metod leczniczych, oddziaływań terapeutycznych, rehabilitacyjnych i resocjalizacyjnych umożliwia prowadzenie zindywidualizowanego leczenia każdego pacjenta. Program leczenia zorientowany na poszczególnego pacjenta pozwala na osiągnięcie u niego jak największej ilości korzystnych zmian i tym samym zmniejsza ryzyko ponawiania zachowań niebezpiecznych i umożliwia powrót do społeczeństwa.

### Streszczenie

*Autorzy pracujący w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej (ROPS) w Starogardzie Gdańskim przedstawiają podstawy prawne stosowania środka zabezpieczającego, jakim jest internacja sądowo-psychiatryczna. Opisują schemat organizacyjny ośrodka, przedstawiają profil pacjentów leczonych w ośrodku na przestrzeni ostatnich 12 lat oraz wypracowane przez lata zasady postępowania i procedury terapeutyczne stosowane w pracy z pacjentami. W podsumowaniu podkreślają, że zindywidualizowany program leczenia każdego pacjenta pozwala na osiągnięcie jak największej ilości korzystnych zmian i tym samym zmniejsza ryzyko ponawiania zachowań niebezpiecznych i umożliwia powrót do społeczeństwa.*

**Psychiatria 2012; 9, 2: 53–59**

**Słowa kluczowe:** psychiatria sądowa, internacja

### Piśmiennictwo

1. Kodeksy karne z1997r. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy.
2. Hajdukiewicz D. Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich. IPIŃ, Warszawa 2007.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. z późniejszymi zmianami, w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.
4. Gierowski J.K., Heitzman J., Szymusik A. Psychiatria sądowa. [W:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wiórka J., red. Psychiatria. T 3. Terapia. Zagadnienia prawne, organizacyjne i społeczne. Wyd. med. Urban&Partner, Wrocław 2003.