

Ochranné liečby

MUDr. Dalibor Janoška

II. PK SZU MO, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela v Pezinku

Práca sa venuje analýze 117 hospitalizácií pacientov s nariadenou ochrannou liečbou ústavnou formou v priebehu 10 rokov z hľadiska demografie, diagnózy, diagnostických rozdielností a povahy trestných činov. Hodnotí priebeh hospitalizácií, okolnosti a časové obdobia nástupu na liečbu ako i ukončenia hospitalizácie.

Kľúčové slová: ochranná liečba, trestný čin.

Protective treatment

The article deals with analysis of 117 hospitalized patients with ordered protective in-patient care during 10 years in terms of demography, diagnostics, diagnostic differences and nature of crimes. There are evaluated course of hospitalization, circumstances, time of beginning and ending of hospitalization.

Key words: protective treatment, crime.

Úvod

Od 1. 1. 1998 do 31. 8. 2008 bolo na mužských oddeleniach Psychiatrickej nemocnice Philippa Pinela v Pezinku (PNPP) hospitalizovaných 117 pacientov s nariadenou ochrannou liečbou (OL). Je problematické prezentovať túto skupinu ako súbor vzhľadom na to, že každý jeden prípad je jedinečný a je ťažké robiť akékoľvek zovšeobecnenia. Práca podáva prehľad o zložení a charakteristikách súboru, diagnostickej práci, časových úsekoch v ochrannnej liečbe, priebehu i ukončení hospitalizácie s ohľadom na diagnózu a trestný čin, pre ktorý bola OL uložená.

Charakteristika súboru

Priemerný vek pacienta pri nástupe na ochranné liečenie v celom súbore bol 39,08 rokov. Vek pri spáchaní trestného činu (resp. činu „inak trestného“ ako by sa malo uvádzať u pacientov, kde boli znalcami potvrdené narušené rozpoznávacíe a ovládacie schopnosti) bol 37,42 rokov (n = 112); u 5 pacientov nebolo možné stanoviť hranicu veku, keďže išlo o činnosť dlhodobejšiu, prípadne uvádzanú v nejasnom časovom období. V uvedenej skupine pacientov išlo spolu o 49 730 dní hospitalizácie (136,2 rokov). Samotný výkon ochranného liečenia trval 44 231 dní (121,2 rokov) – rozdiel je dôsledkom toho, že u niektorých pacientov bolo ochranné liečenie nariadené, prípadne nariadenie o ochrannnej liečbe doručené až počas hospitalizácie.

Najčastejšou formou OL bola psychiatrická (98 pacientov), u 5 pacientov bola nariadená ochranná sexuologická liečba, u 2 protialkoholická, u 1 pacienta protitoxikomanická. V týchto

prípadoch pacienti neboli schopní výkonu odvykacej liečby z dôvodu zmeny stavu od doby posudzovania stavu. U 3 pacientov s uloženou protialkoholickou alebo protitoxikomanickou liečbou nebol možný výkon špecializovanej liečby na klinike pre drogové závislosti pre výraznú zmenu psychického stavu od vypracovania posudku (rozvoj organického poškodenia CNS, chronifikovaná psychóza). Kombinovaná liečba bola u 4 pacientov psychiatrická a protialkoholická, u 4 psychiatrická a protitoxikomanická, u 2 psychiatrická a sexuologická a u 1 pacienta bola nariadená ochranná liečba psychiatrická, protialkoholická i sexuologická.

Hospitalizácie

Pred výkonom ochrannej psychiatrickej liečby bolo 86 pacientov už predtým hospitalizovaných v niektorom psychiatrickom zariadení. V priemere mali 5,56 hospitalizácií (v rozpätí 1 – 62), u 31 pacientov išlo o prvú psychiatrickú hospitalizáciu. Po výkone OL zaznamenávame v priemere 1,45 hospitalizácie na pacienta (v rozpätí 1 – 31), 64 pacientov nebolo rehospitalizovaných. Tento údaj však nemôžeme považovať za smerodajný vzhľadom na krátky čas, ktorý uplynul od prepustenia pacientov v poslednom období ako i možnosti, že boli hospitalizovaní v inom zariadení (napriek tomu, že patrili do spádovej oblasti PNPP Pezinok).

Spôsobilosť k právnym úkonom

Pri spáchaní trestného činu bolo 97 pacientov spôsobilých k právnym úkonom, 3 boli čiastočne pozbavení a 17 pacientov bolo plne zbavených spôsobilosti k právnym úkonom.

Psychiatr. prax; 2009; 10 (2): 88–91

Tabuľka 1. Zastúpenie diagnóz u pacientov s nariadenou ochrannou liečbou stanovených v Psychiatrickej nemocnici Philippa Pinela v Pezinku a v posudkoch.

Diagnóza	PNPP	Posudok
F0x	11	8
F1x	15	17
F2x	65	59
F3x	5	6
F6x	13	15
F7x	8	6

U 20 pacientov so zmenenou právnou spôsobilosťou išlo o následné trestné činy – u 1 pacienta ublíženie s následnou smrťou (obyvateľ DD), u 2 ťažké ublíženie na zdraví, u 4 pacientov ublíženie na zdraví, u 1 násilie proti jednotlivcovi alebo skupine, u 7 potencionálne ohrozenie osôb v okolí a v 5 prípadoch išlo o trestný čin ekonomickej podstaty.

Počas hospitalizácie bolo v plnom rozsahu zbavených spôsobilosti k právnym úkonom 9 pacientov, k tomuto kroku sme pristúpili pre potrebu umiestnenia pacientov v zariadení sociálnej starostlivosti, kde pokračoval výkon ochrannej liečby ambulantnou formou.

Diagnózy

U pacientov sme zaznamenali diagnózy z okruhu organických duševných porúch (ďalej F0x), porúch spôsobených psychoaktívnou látkou (F1x), z okruhu schizofrénie (F2x), poruchy nálady (F3x), poruchy osobnosti (F6x) a mentálnu retardáciu (F7x).

Pacienti s nariadenou ochrannou liečbou mali stanovenú diagnózu znalcami, nie vždy sa diagnóza zhodovala s diagnózou, pre ktorú

boli liečení. Hospitalizácia umožnila doriešenie diagnózy, psychodiagnostické vyšetrenie, zhodnotenie nálezu organicity. Tabuľka 1 ukazuje prehľad diagnóz stanovených počas hospitalizácie a diagnózy podľa posudkov. Šesť pacientov malo v posudku vágne formulovanú diagnózu, preto tabuľka uvádza len 111 diagnóz podľa posudku, tie boli ďalej porovnávané s diagnózami stanovenými počas hospitalizácie.

Vyjadrenie sa k zhode či nezhode je veľmi problematické, keďže musíme brať do úvahy rozdielne podmienky pri stanovení diagnózy (dlhodobá hospitalizácia s možnosťou pozorovania a pomocných vyšetrení verus stanovenie diagnózy pri posudzovaní s nie vždy dostupnou dokumentáciou a časové obmedzenie pri posudzovaní). Z tohto dôvodu sme si vytvorili vlastnú posudzovaciu stupnicu, ako je ďalej vysvetlené (zhoda v 100, 95, 90, 75, 25 a 0 %). Za 100 % zhodu sme považovali identickú diagnózu v oboch prípadoch (79 pacientov), 95 % zhoda je len malá odchýlka (3. miesto číselného kódu diagnózy, napríklad podtyp schizofrénie F20.0 vs F20.5) – 14 pacientov. Za 90 % zhodu výraznejšiu odchýlku na 3. mieste diagnózy (najčastejšie pri závislých pacientoch, kde bol rozpor v náleze psychotických fenoménov alebo

organického postihnutia CNS), čo samozrejme môže byť predmetom odbornej debaty medzi znalcom a klinikom – takáto zhoda bola u 9 pacientov. Rozpätie 90 – 100 % považujeme za dobrú zhodu – spolu u 102 pacientov, čiže ide o 87,2 % zhodu diagnóz. Za 75 % zhodu sme považovali napríklad diagnózu PNPP schizofrénia a „duševná porucha psychóza podľa posudku“; diagnózu PNPP schizoafektívna porucha a „mánia“ podľa posudku; čiže prítomné príznaky mohli viesť k stanoveniu diagnózy v posudku. Týchto pacientov bolo 7. Zhoda 25 % je len minimálna – napríklad „psychotická porucha zapríčinená použitím viacerých psychoaktívnych látok“ podľa PNPP a „schizofrénia“ podľa posudku. Zhoda 0 % bola u 1 pacienta, kde dlhodobým pozorovaním, psychodiagnostikou sme zistili len problematiku akcentovanej osobnosti vs „reziduálna schizofrénia“ podľa posudku.

Po rozdelení pacientov do skupín diagnóz stanovených počas hospitalizácie a porovnaním zhody podľa kritérií uvedených vyššie sme v uvedených skupinách diagnóz zistili zhodu v diagnostikovaní následne: organické poruchy

– 93,64 %, poruchy spôsobené psychoaktívnou látkou – 92,67%, poruchy z okruhu schizofrénie – 93,46 %, poruchy nálady – 84,0 %, poruchy osobnosti – 76,92 % a mentálna retardácia – 100 %.

Trestná činnosť

Niektorí z pacientov, ktorí nastúpili na výkon ochrannej liečby, spáchali viacero trestných činov. V takomto prípade sme vybrali spoločensky najzávažnejší trestný čin. Tabuľka 2 podáva prehľad o trestných činoch, v súvislosti s ktorými bola udelená určitá forma ochrannej psychiatickej liečby.

Pre lepšiu prehľadnosť a možnosť ďalšieho vyhodnocovania sme sa rozhodli rozdeliť trestné činy do skupín podľa dôsledku, ktorý mal príslušný trestný čin (tabuľka 3). Ak by sme ešte zjednodušili dôsledky do troch skupín, je zastúpenie dôsledkov trestného činu nasledovné: trestný čin s násilím – 40 %, potenciálne rizikový s možným ohrozením života alebo zdravia – 38 % a trestný čin ekonomického charakteru – 22 %. Podľa dôsledku a závažnosti je v tabuľke 3 uvedený prehľad o dobe čakania

Tabuľka 2. Zastúpenie trestných činov a počet pacientov, ktorým bola udelená niektorá forma ochrannej psychiatickej liečby.

Trestný čin	Počet pacientov
Ublíženie na zdraví	17
Krádež	14
Násilie proti skupine a jednotlivcovi	14
Týranie blízkej a zverenej osoby	12
Útok na verejného činiteľa	9
Lúpež	7
Pohlavné zneužitie	5
Nespolupráca v ambulatnej OL	5
Vyhrážanie	5
Vydieranie	4
Vražda	4
Šírenie poplašnej správy	4
Porušovanie domovej slobody	4
Pokus o vraždu	3
Poškodzovanie cudzej veci	3
Výtržníctvo	2
Výroba a držanie omamných látok	2
Zanedbanie povinnej výživy	1
Podvod	1
Ohrozovanie pohlavnou chorobou	1

Tabuľka 3. Dôsledok trestného činu a počet pacientov, ktorým bola udelená niektorá forma ochrannej psychiatickej liečby.

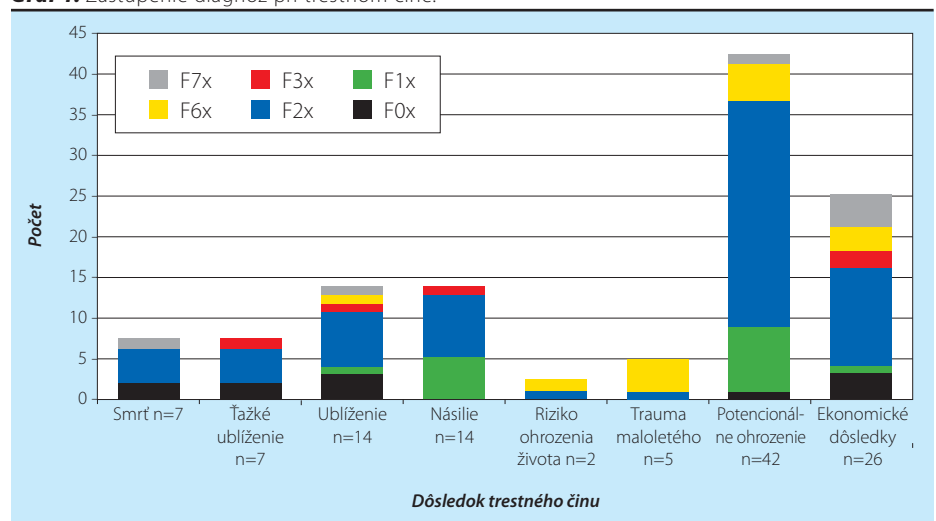
Dôsledok trestného činu	Počet pacientov	Trestný čin až začiatok OL (dni)	Trvanie OL (dni)
Smrť	7	324,7*	902,2**
Ťažké ublíženie na zdraví	7	253,7	458,3***
Ublíženie na zdraví	14	774,5	272,5
Trauma maloletého	5	1216,8	462,8
Násilie	14	737,6	349,3
Potenciálne ohrozenie	44	1002,2	253,8
Ekonomické	26	689	308,2

* nezarátaný 1 pacient po 11-ročnom treste

**5 pacientov, u 2 hospitalizácia stále trvá, najkratšia OL bola 324 dní

*** Ak nezarátame pacienta s 29-ročnou hospitalizáciou (v tom prípade 2989,25 dní)

Graf 1. Zastúpenie diagnóz pri trestnom čine.



na začiatok ochrannnej liečby (od času spáchania trestného činu) a trvanie ochrannnej liečby. Podľa dôsledku trestného činu môžeme uviesť charakteristiku podsúborov. Údaje o čakaní na ochrannú liečbu sú u pacientov, kde bolo možné určiť dátum trestného činu; informácie o dĺžke liečby sú uvedené pri ukončených hospitalizáciách.

Ochranná liečba bola najdlhšia u pacientov, ktorí spáchali trestný čin s následkom smrti, na druhom mieste boli sexuologické liečby a ťažké ublíženie na zdraví. Závažné sú dlhé časové obdobia, ktoré uplynú od momentu spáchania trestného činu po nariadenie OL, ako aj po samotný začiatok výkonu OL. Trvá takmer dva a pol roka, kým sa pacient začne psychiatricky liečiť. Graf 1 zobrazuje podiel diagnóz na trestnej činnosti podľa dôsledkov.

Začiatok hospitalizácie

V celom súbore (n = 117) sme zistili dlhé časové obdobia, ktoré uplynuli od spáchania času trestného činu. Od spáchania trestného činu po nariadenie OL súdom uplynulo v priemere 804,6 dní (2,20 roka) a do nástupu na výkon OL 894,98 dní (2,45 roka).

Podľa toho odkiaľ na hospitalizáciu pacient nastúpil, môžeme súbor rozdeliť na 3 hlavné

skupiny – pacienti, ktorí boli preložení z väzby, pacienti preložený z ústavu pre výkon trestu alebo z nemocnice pre obvinených a odsúdených a pacienti, ktorí na výkon OL nastúpili z domu. Súbor pacientov, ktorí nastúpili z domu môžeme ďalej rozdeliť podľa toho, či pacient nastúpil na hospitalizáciu sám, alebo bol predvedený políciou. U pacientov, ktorí boli vo výkone trestu alebo v nemocnici pre obvinených a odsúdených, sú tieto údaje ťažko interpretovateľné, keďže vykonávali už počas výkonu trestu niektorú formu OL. Najkratšie obdobie uplynulo u pacientov preložených z väzby (tu sme zaznamenali najdlhšie priemerné trvanie OL), ďalej u pacientov predvedených z domu políciou a 902 dní od trestného činu uplynulo u pacientov, ktorí prišli z domu na predvolanie.

Pacienti už hospitalizovaní v Psychiatrickej nemocnici Philippa Pinela obdržali nariadenie o výkone ochrannnej liečby v priebehu od niekoľkých dní po 13 mesiacov (0 – 3 mesiace 13 pacientov, 3 – 6 mesiacov 10 pacientov, 6 – 9 mesiacov 4 pacienti a 13 mesiacov 1 pacient. U niektorých pacientov bolo od momentu prijatia pravdepodobné, že dostanú nariadenú ochrannú liečbu (prijatí po trestnom čine, oznam polície, preklad z väzby).

Priebeh ochrannnej liečby

Pacienti s ochrannou psychiatrickou liečbou sú umiestňovaní v psychiatrických zariadeniach – v nemocniciach alebo liečebniach, doteraz nebolo vytvorené špecializované pracovisko s vyhovujúcimi podmienkami. Podľa stavu boli pacienti s OL hospitalizovaní na špecializovaných staniach, u väčšiny bolo možné postupom času i preradenie na otvorené stanice s voľným režimom. Niektorí museli byť po celú dobu umiestnení na uzatvorenej stanici alebo dokonca na stanici pre agitovaných pacientov chránenej SBS pod dohľadom kamier. Z uvedeného počtu sme zaznamenali bezproblémovú hospitalizáciu u 79 pacientov. Úteky sa vyskytli u 23 pacientov – najčastejšie išlo o oneskorený návrat z prepustky, ale u niektorých pacientov trval útek dlhšiu dobu, mesiace až roky (maximum 4 roky). Nešlo síce o pacientov s extrémnymi prejavmi spoločenskej nebezpečnosti, napriek tomu trvalo bezpečnostným orgánom dlho pacienta vypátrať a predviesť na pokračovanie. U 5 pacientov sme zaznamenali vysoký stupeň noncompliance, odmietanie pobytu a psychofarmák. Prejavy agresivity sme zaznamenali u 11 pacientov (u 4 brachiálnu agresivitu) v priebehu liečby. U 2 pacientov sme zaznamenali pokus o samovraždu – v jednom prípade bol demonštratívny, druhý pokus bol stenický samoupálením, bilančného charakteru. Jeden pacient suicidoval na prepustke, podľa rodiny užil doma drogy a suicidoval v intoxikácii. Jeden pacient zomrel na telesné ochorenie (náhle úmrtie).

Podanie návrhu na zmenu formy výkonu ochrannnej liečby

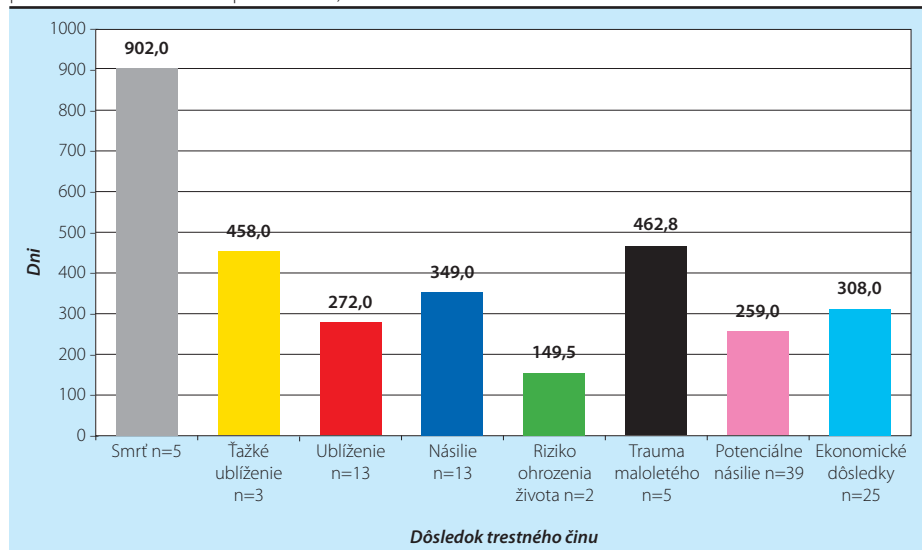
Pri dlhodobej stabilizácii s prihliadnutím na priebeh ochorenia, hospitalizácie, spoluprácu, ale i charakter trestného činu, podávala nemocnica na príslušný súd návrh na zmenu ochrannnej liečby na ambulantnú. Čakanie na zmenu OL od podania návrhu do termínu pojednávania na súde bolo v priemere 93,25 dní. Do 1 mesiaca bolo u 8 pacientov (išlo o zmenu pred umiestnením do zariadenia sociálnej starostlivosti alebo pre potrebu špecializovanej liečby somatickej komorbidity) po dohovore so súdom; bežné čakacie doby boli 1 – 2 mesiace u 38 pacientov, 2 – 3 mesiace u 22 pacientov, 3 – 4 mesiace 14 pacientov, ale i dlhšie, t. j. 4 – 12 mesiacov u 11 pacientov a viac ako 1 rok u 1 pacienta. Dlhé čakacie doby na zmenu OL vplyvajú negatívne na priebeh hospitalizácie. Keďže je pacient oboznámený s podávaním návrhu, prenáša často nedôveru na lekárov alebo sám podniká kroky a urgencie na príslušnom súde.

Tabuľka 4. Časové obdobia od trestného činu po nariadenie a nástup na OL s následnou dĺžkou OL.

Nástup na OL	Trestný čin – nariadenie (dni)	Trestný čin – nástup na OL (dni)	Trvanie OL (dni)
Z väzby (n = 23)	425,4	458,8	450,0*
ÚVT a NOO (n = 10)	981,6	1173,4	299,1
Z domu (n = 68)	731,4	826,5	292,5
Z domu sám (n = 48)	810,4	902,1	282,3
Z domu s PZ (n = 20)	547,3	653,2	321,1

* Ak nezarátame pacienta s 29-ročnou hospitalizáciou (v tom prípade 983,6 dní)

Graf 2. Trvanie ochrannnej liečby v závislosti od dôsledku trestného činu (105 pacientov) (nezarátaný pacient s 29-ročnou hospitalizáciou).



Ukončenie ochrannnej liečby

Ochranná liečba bola ukončená zmenou formy výkonu OL na ambulantnú prepustením 88 pacientov domov do domácej liečby, 4 pacientov do domova dôchodcov, 9 pacientov do zariadenia sociálnej starostlivosti, 2 pacienti pokračovali v resocializačnom zariadení, u 2 pacientov bola hospitalizácia ukončená úmrtím. Stále trvá hospitalizácia u 12 pacientov, z toho 7 pacienti sú „neprepustiteľní“, keďže závažnosť stavu i trestnej činnosti a pretrvávajúci stupeň nebezpečnosti neumožňuje prepustenie domov alebo do zariadenia sociálnej starostlivosti. U týchto pacientov hospitalizácia trvá v priemere (k 31. 8. 2008) 1521,1 dní (1 – 7 rokov). Graf 2 podáva prehľad o trvaní ochrannnej liečby podľa toho, aký dôsledok mal trestný čin. Do skupiny pacientov s ťažkým ublížením na zdraví nie je zarátaný pacient s 29-ročnou hospitalizáciou.

Diskusia

Práca podáva prehľad o 117 pacientoch, ktorí absolvovali alebo ešte u nich prebieha niektorá forma ochrannnej liečby ústavnou formou. U 11 pacientov išlo o kombinovanú ochrannú liečbu. Prekvapivé bolo zistenie, že jedna štvrtina bola vôbec prvýkrát hospitalizovaná na psychiatrii. Hospitalizácia umožňuje dôkladný diagnostický pohľad, z toho vyplývajú i diagnostické nezhody s posudkom, čo ovplyvňuje i samotný priebeh hospitalizácie. V 87 % bola potvrdená zhoda medzi posudkom a hospitalizáciou, v 13 % bola stanovená diagnóza odlišná. U 78 % pacientov išlo o trestný čin násilnej alebo potenciálne

násilnej povahy. Práca poukazuje na charakteristiky súboru z hľadiska dôsledku trestného činu. Trvanie OL bolo najdlhšie u pacientov, ktorí spáchali trestný čin s následkom smrti (902 dní v priemere), na druhom mieste boli sexuologické liečby (452,8 dní) a ťažké ublíženie na zdraví (458,3 dní). Tento údaj je potrebné považovať len za informatívny, keďže u niektorých pacientov OL prebieha naďalej, u niektorých bola ukončená po umiestnení do zariadenia sociálnej starostlivosti. Závažné sú však dlhé časové obdobia, ktoré uplynú od času spáchania trestného činu po nariadenie OL (v priemere 804,6 dní) a aj po samotný začiatok výkonu OL (v priemere 894,98 dní). Trvá 2,45 roka kým sa pacient s duševnou poruchou začne liečiť.

Viac ako 1 rok trval nástup na OL u pacientov, ktorí boli vo väzbe. I u pacientov, ktorí sú stíhaní a vyšetrovaní na slobode, trvá 2 roky, kým je nariadená OL a ďalšie 3 mesiace po nástup na OL. Tieto dlhé obdobia sú z hľadiska liečby a úpravy stavu prognosticky nepriaznivé. Problémom je i dlhé čakanie na nariadenie OL u už hospitalizovaných pacientov (slabšia spolupráca, odmietanie liečby, nutnosť znaleckého posudzovania pre držanie proti vôli po uplynutí 3 mesiacov ako i fakt, že po dlhšej hospitalizácii je pacientov stav kompenzovaný a odvoláva sa proti uloženiu OL). Takisto dlhé čakacie doby na zmenu OL (v priemere 3 mesiace) vplyvujú negatívne na priebeh liečby.

Záver

Praktické skúsenosti poukazujú na dve stránky problematiky ochrannnej liečby – väč-

šina pacientov je liečiteľná, je dosiahnuteľná dobrá úprava a stabilizácia stavu a možné je ďalšie pokračovanie prostredníctvom ambulantnej liečby. U týchto pacientov je uspokojujúca spolupráca, liečba v psychiatrickom civilnom zariadení je vhodná.

Na druhej strane, ťažko liečiteľní pacienti, agresívni, nespokojujúci; pacienti rezistentní na liečbu, ktorí spáchali trestný čin násilnej povahy, predstavujú závažný problém na oddelení, kde sa liečia bežní pacienti. Prítomnosť pacientov s nariadenou OL, ktorí sa netaja svojím trestným činom, nespokojujú, nedodržiavajú režim, snažia sa šikanovať spolupacientov, vedie často k odmietaniu „bežnými“ pacientmi alebo ich príbuznými z obavy pred možným ublížením zo strany pacientov s OL. Títo „neprepustiteľní“ pacienti sú dlhodobo uzatvorení na oddelení so zvýšeným dozorom a nie je možné dovoliť im vychádzky, nákupy, športové aktivity... Pre týchto pacientov je bezpodmienečne nutné zriadenie špecializovaného pracoviska, kde by pod zvýšeným dohľadom mali vhodné podmienky ako i možnosť uspokojovania základných potrieb.

MUDr. Dalibor Janoška

II. PK SZU MO, PN Philippa Pinela v Pezinku
Malacká 63, 902 18 Pezínok
janoska@pnpp.sk



11. DNI DYNAMICKEJ PSYCHOTERAPIE

16. – 17. september 2009, Senec, Hotel SENEC

Hlavná téma:

**Straty, starnutie a smrť
v dynamickej psychoterapii**