Evaluarea strategiei autorităților române care are drept scop îmbunătățirea îngrijirii persoanelor private de libertate care prezintă afecțiuni psihiatrice

Dr. Jean-Pierre RESTELLINI
Specialist FMH în medicină internă și medicină legală, Jurist, fost președinte al Mecanismului Național (elvețian) pentru Prevenirea Torturii

Dr. Régis MARION-VEYRON
Specialist FMH în psihiatrie/psihoterapie, Șef al Unității de psihiatrie de legătură al Policlinicii Medicale Universitare (Lausanne)

CUPRINS

I. BOLI MINTALE 3

a. Preambul 3

b. Memento / Definiții 3

c. Specificități ale problematicii psihiatrice în penitenciar 8

Populații expuse riscului din motive psihologice 8

Abordări sancționatorii vs. terapeutice 9

II. SITUAȚIA ACTUALĂ A SISTEMULUI PENITENCIAR ROMÂN 11

III. MĂSURI PROPUSE DE AUTORITĂȚI 13

a. Probleme psihiatrice actuale..... 13

b. Crearea de secții speciale de psihiatrie 14

c. Recrutarea și formarea personalului 14

D. Colaborarea cu alte structuri 15

IV. RECOMANDĂRI ALE EXPERȚILOR 15

Probleme psihiatrice actuale..... 16

Secții speciale de psihiatrie 17

Recrutarea/formarea personalului și colaborările cu alte structuri 19

V. CONCLUZII 20

I. BOLI MINTALE

a. Preambul

După cum vom vedea în continuare, un număr mare de persoane private de libertate prezintă tulburări psihice. Și este vorba despre o „constantă internațională”!

Cu toate acestea, mult prea adesea, chiar și cei mai buni juriști, care au legătură sau nu cu autoritățile penitenciare, au noțiuni de psihiatrie foarte lacunare. Care este așadar modul optim de a organiza sancțiunea penală și, în special, instituțiile care ar trebui să găzduiască persoanele condamnate pe termen lung, care cu certitudine prezintă probleme psihice?

În aceste condiții, experților mandatați li s-a părut indispensabil să expună mai întâi câteva reflecții cu privire la periculozitate, iar apoi câteva date psihiatrice clinice de bază.

În caz contrar, unui cititor neavizat i-ar fi imposibil să sesizeze întreaga complexitate a problemei „îngrijirii persoanelor private de libertate care prezintă patologii psihiatrice” și soluții de îmbunătățire a acesteia.

b. Memento / Definiții

Legătura între boala psihică și periculozitate a făcut întotdeauna obiectul unei dezbateri, în măsura în care unii autori au putut vorbi despre un mit fondator al psihiatriei. În acest context, în care faptele și reprezentările se întrepătrund într-un mod indefinit, este esențial să reamintim că „majoritatea persoanelor violente nu sunt bolnave mintal, și cea mai mare parte a persoanelor bolnave mintal nu sunt violente”[1].

Vom rezuma aici principalele boli mintale și, în special, pe cele de care suferă majoritar persoanele internate. Vom evoca apoi ce se poate spune astăzi în ceea ce privește legătura acestora cu periculozitatea și riscul de recidivă.

Trebuie remarcat în primul rând că este extrem de dificil să se ofere un procentaj exact al numărului de persoane private de libertate care prezintă o problemă psihiatrică la momentul în care intră în detenție. În fapt, studiile internaționale variază în estimările lor între 2% și 80%! Astfel de diferențe se explică în cea mai mare parte a cazurilor prin diferențele în ceea ce privește definirea tulburării mintale care trebuie luată în considerare (metodologia de studiu). Chiar dacă refuzăm o dispută legată de cifre, prezența unui număr mare de persoane private de libertate care suferă de boli psihice ridică în mod real problema rolului terapeutic pe care ar trebui să-l joace, în teorie în orice caz, privarea de libertate. Indiferent de situație, trebuie amintit că mediul carceral care se limitează la o simplă încarcerare, sau chiar la izolare, conduce în marea majoritate a cazurilor la agravarea afecțiunii psihice inițiale.

Această constatare derutantă impune cu atât mai mult o atenție specială care trebuie acordată diferențierii între tipurile de boli mintale, pentru o organizare eficientă a îngrijirilor medicale.

Schizofrenia și alte tulburări psihotice reprezintă grupul cel mai ușor de identificat de boli psihice și, foarte adesea, bolile cele mai invalidante și mai stigmatizate. Prevalența acestui grup de tulburări mintale este de între 1 și 3 % în rândul populației generale, la nivel mondial. Această prevalență este cu mult mai mare în cadrul populației carcerale, de până la 20%, conform studiilor.

În perioadele de criză, persoanele care suferă de psihoză își pierd cele mai importante repere care stau la baza sentimentului de a fi o persoană și de a fi inclusă în relații interpersonale și într-o lume familiară. Un termen utilizat în clinica psihiatrică sesizează corect această situație dificilă de reprezentat atunci când cineva nu a suferit niciodată de psihoză, cel al „pierderii evidenței naturale".

Două caracteristici se dovedesc a fi fundamentale în îngrijirea acestor tulburări și sunt încă prea rar evidențiate, deși importanța lor este crucială, nu numai în domeniul medico-legal, dar și în ceea ce privește stigmatizarea lor de către populația generală.

Prima caracteristică se referă la tratament: aceste tulburări răspund adesea foarte bine la medicația luată regulat (antipsihoticele, cunoscute și ca neuroleptice), ceea ce nu este cazul tulburărilor de personalitate pe care le vom descrie de mai jos.

A doua caracteristică este de ordin psihologic: „pierderea evidenței naturale", menționată mai sus, nu este decât rareori completă și continuă, ceea ce înseamnă că persoana poate să își păstreze capacitatea de a-și reveni în ceea ce privește simptomele și să rămână în dialog cu ceilalți, în special cu echipele care îi acordă îngrijiri. Constatarea este capitală în cadrul medico-legal, deoarece va lua în considerare această fluctuație între „partea bolnavă" și „ partea sănătoasă" a persoanei, în evaluarea periculozității și a prognosticului (evoluției).

Tulburările de personalitate au „tendința să persiste și sunt expresia caracteristică a modului de a trăi al individului, de a-și proiecta propria persoană și de a stabili legături cu ceilalți"[2]. Este vorba despre tulburări care se produc, în general, precoce în cursul dezvoltării individuale și care „reprezintă deviații extreme sau semnificative [...] în comparație cu ceea ce ar fi de așteptat de la un individ de nivel mediu, într-o cultură dată"[3].

Acest grup este divizat în tulburări specifice, potrivit aspectului predominant al manifestărilor sale comportamentale (personalitate paranoidă, schizoidă, disocială, labilă emoțional etc.), iar prevalența acestora este între 6 și 9 % în rândul populației generale. Aceste cifre trebuie ponderate, pentru că studiile nu definesc întotdeauna aceleași criterii de includere (sau de excludere).

O caracteristică fundamentală care diferențiază acest grup de tulburări este persistența sa pe tot parcursul vieții unei persoane. Nu este vorba despre o afecțiune pe care o dobândește persoana care se manifesta anterior asimptomatic, ci despre o „colorație" generală a modului său de a fi și de a gândi.

Acest fapt antrenează trei consecințe foarte importante pentru îngrijirea lor:

1 — absența „vindecării”, prin căutarea, în cel mai bun caz, a unei căi de a atenua caracteristicile predominante

2 — ineficiența medicației, cu excepția unui efect simptomatic în situațiile cele mai dificile

3 — nerecunoașterea tulburării (anosognozie) este foarte comună, deoarece face literal „parte” din persoană (așa-numita tulburare egosintonică, în timp ce, prin comparație, depresia este numită egodistonică, deoarece provoacă un sentiment profund de anxietate persoanei care suferă de depresie).

Arătăm aici deja că poziția autorităților române ridică probleme specifice în ceea ce privește luarea în considerare a acestor tulburări, fără a discuta deocamdată despre tratarea acestora:

> *„Tulburarea de personalitate antisocială nu este inclusă în modelul clasic de boală psihiatrică, nereprezentând o afecțiune, ci mai degrabă o incapacitate de conformare la normele sociale, caracterizată de numeroase comportamente antisociale. Aceste persoane prezintă o dezvoltare dizarmonică a structurii psihiatrice și primesc, de regulă, recomandări medicale de tratament sedativ în caz de nevoie, fără a necesita în mod obligatoriu intervenții psihiatrice”.*

Experții recunosc în această declarație o poziție frecvent apărată în domeniul psihiatriei medico-legale, uneori chiar și în cel al psihiatriei, în general. Nu este vorba aici de a decide, într-un fel sau altul, dacă este vorba de o tulburare psihică de același fel ca schizofrenia sau un episod depresiv[4], ci de a stabili măsura consecințelor practice care decurg din poziția adoptată.

Prima observație este pur cantitativă: deși tulburările de personalitate nu sunt considerate a intra în sfera bolilor psihice, cifrele pe care le propun autoritățile române se reduc la un procent din persoanele cu tulburări psihice încarcerate, clar subestimat.

Ne putem imagina consecințele foarte concrete în termeni de impact politic și mediatic, dacă aceste cifre foarte scăzute ar trebui să fie mobilizate pentru a obține resurse suplimentare în vederea acordării de îngrijiri medicale în cadrul penitenciarelor. După cum vom vedea în continuare, acordarea de îngrijiri psihiatrice populației generale fiind ea însăși insuficientă, principiul echivalenței ar putea fi mobilizat într-un mod contraproductiv și ar însemna înghețarea oricărei îmbunătățiri semnificative în condițiile de îngrijire a persoanelor bolnave mintal din penitenciar. Este responsabilitatea autorităților să vegheze la consecințele negative ale unei astfel de confuzii.

În ceea ce privește îngrijirea propriu-zisă a persoanelor private de libertate care suferă de o tulburare de personalitate, poziția care ar pune pe primul plan dimensiunea structurală și, prin urmare, inamovibilă în cea mai mare parte a timpului, mai degrabă decât cea a unei tulburări potențial tratabile, conține o formă de pragmatism care evită așteptările nerealiste, potențial periculoase (subestimarea periculozității în situațiile cele mai grave). Observăm, totuși, că există în prezent un acord cu privire la o posibilă modificare a trăsăturilor de personalitate, odată cu timpul, și cu ajutorul unor terapii adecvate (cf. infra).

De asemenea și, probabil, înainte de toate, trebuie reamintit modul în care acest tip de tulburări creează dificultăți de toate felurile în instituțiile privative de libertate. Alterarea gravă a imaginii de sine, a relațiilor interpersonale sau, și mai mult, agresivitatea provoacă în mod regulat conflicte intense, cu celelalte persoane private de libertate, cu agenții de penitenciare și cu alți reprezentanți ai legii. De asemenea, experiența clinicii psihiatrice arată că distructivitatea este de așa natură încât se poate deplasa și juca în raport cu diferiți parteneri care lucrează cu și în jurul acestor persoane private de libertate. Este apoi necesar să se identifice și să fie combătută o astfel de „contaminare" mintală, care este frecvent constatată.

Aceste observații bine documentate în practica psihiatriei medico-legale ni se par importante, deoarece obligă la a gândi și organiza într-o manieră activă supravegherea persoanelor private de libertate care prezintă acest tip de tulburări, indiferent care ar fi finalitatea poziției „ontologice" adoptate, în raport cu tulburarea în sine.

Comportamentele adictive *(sau toxicomaniile)* reprezintă, de asemenea, un grup de tulburări foarte des întâlnite în mediul carceral și sunt adesea asociate cu o tulburare din cele două grupuri descrise mai sus. Prezintă o dificultate deosebită în acest context de comorbiditate, deoarece apar adesea ca o tentativă de „automedicație" a persoanelor care suferă de o psihoză sau de o tulburare de personalitate. Efectul calmant al multor substanțe ilicite (anumite forme de canabis și derivații morfinei au, de asemenea, un efect antipsihotic) permite atenuarea simptomelor tulburării, dar, și evitarea identității „bolnavului". În acest context, e ușor de înțeles cât de dificil va fi să convingem persoana că trebuie să stopeze consumul pentru a urma un tratament recunoscut.

Tulburările de afect și tulburările anxioase sunt deopotrivă frecvente, la fel ca în cazul populației generale, dar nu prezintă caracteristici specifice care să necesite o dezvoltare suplimentară în cadrul prezentului raport.

Demențele și tulburările neurodevelopmentale[5] (în special tulburările de spectru autist) mobilizează puternic echipele medicale și ridică numeroase probleme în ce privește supravegherea. Astfel, la fel ca în cazul tulburărilor de personalitate, medicația nu poate fi decât paliativă și are ca scop atenuarea tulburărilor de comportament celor mai evidente. Cu atât mai mult, în special în ceea ce privește demența, evoluția este reprezentată în cel mai bun caz de stabilizare și adesea de ameliorare, de-a lungul anilor.

În sfârșit, trebuie să menționăm și ***tulburările de preferință sexuală*** (***parafiliile***). Aceste tulburări prezintă dificultăți deosebite în ceea ce privește îngrijirile acordate și, poate înainte de toate, în ceea ce privește (contra)atitudinile pe care le suscită, în societate în general și în interiorul penitenciarelor. Echipele medicale nu sunt imunizate împotriva acestui risc și este măsurată importanța unei formări specifice și a constituirii unor mecanisme instituționale solide pentru a menține cel mai înalt grad posibil de etică profesională.

În general, din această scurtă prezentare reiese un aspect esențial, cel al unei mari variabilități a bolilor mintale, având drept corolar o mare variabilitate a așteptărilor sau a temerilor în ceea ce privește îngrijirea terapeutică și speranța unei schimbări".

În general, datele atestă un risc mai mare de a săvârși fapta (în sens general, nu în

sensul juridic al infracțiunii) în cazul persoanelor care suferă de schizofrenie, de anumite tulburări de personalitate, în special disocială și paranoidă și, cu atât mai mult, în cazul consumului de substanțe psihoactive. Citatul lui Friedman de la începutul acestui capitol nu ar trebui să incite la ingenuitate în numele unei dorințe legitime de a lupta împotriva stigmatizării bolilor mintale.

În acest context, un număr dintr-un ziar recunoscut la nivel mondial în domeniul specific al schizofreniei și al altor tulburări psihotice, *Schizophrenia Bulletin*, sublinia versatilitatea opiniei publice, indiferent de campaniile de destigmatizare întreprinse[6]. Pe baza unui studiu efectuat într-o regiune în care campania părea să dea roade, după un deceniu în care se investise în domeniu, o infracțiune deosebit de șocantă săvârșită de o persoană care suferea de schizofrenie a fost suficientă pentru ca rezultatul campaniei să fie anulat. Într-un mod extrem de pragmatic, redactorii-șefi ai ediției respective își propuneau să pună sub semnul întrebării investirea în exces în campanii de destigmatizare, în favoarea unei acțiuni mai hotărâte asupra pacienților care prezentau un număr mare de criterii care atestau periculozitatea lor față de ceilalți (consumul de substanțe active, refuzul tratamentului, caracteristici disociale certe, antecedente de săvârșire de fapte grave, ...).

Pentru a încheia acest memento, este important să subliniem că date științifice solide, dar care se pot schimba parțial, permit o mai bună cunoaștere a bolilor mintale în general și, la nivelul unei regiuni și un stat, instituirea unor politici de sănătate publică coerente. Cu toate acestea, practica clinică, în psihiatrie în special, nu se bazează pe aceste date decât cu titlu de repere și nu poate în niciun fel să le găsească un mod de utilizare exhaustiv. Va fi necesar, de fiecare dată, să se realizeze o evaluare personalizată a tulburării, a reculului pe care pacientul îl poate suferi, resursele sale, riscul de recidivă, contextul etc.

Plecând de la această modalitate duală, și anume de la o cunoaștere validată de comunitatea științifică și de la o experiență clinică care verifică această cunoaștere în relațiile interpersonale, vom evalua strategia propusă de autorități pentru a soluționa dificultățile cu care se acestea se confruntă.

c. Specificități ale problematicii psihiatrice în penitenciar

• Populații expuse riscului din motive psihologice

În general, starea psihică a unei persoane care suferă de o tulburare psihică se poate agrava în mod dramatic dacă se confruntă cu condiții dificile, cu atât mai mult, desigur, dacă nu este tratată sau este tratată necorespunzător. S-a constatat frecvent acest lucru în cazul persoanelor care suferă de o tulburare psihotică cronică precum schizofrenia: ele prezintă un risc major de a se retrage din ce în ce mai mult din relațiile interpersonale, de a-și neglija igiena, de a se hrăni haotic sau chiar de a nu se mai hrăni deloc. Acest risc deja observat în viața obișnuită va fi, prin urmare mult mai crescut în contextul unui penitenciar insalubru, slab echipat în materie de personal, securitate, și asistență.

Condițiile materiale adesea precare din numeroase instituții privative de libertate din România vor avea așadar un impact major asupra sănătății mintale a acestui tip de persoane private de libertate. Ar trebui să i se acorde o atenție deosebită, în paralel cu îmbunătățirea

generală a condițiilor de detenție pentru întreaga populație carcerală. Astfel, această fragilitate (sau vulnerabilitate, pentru a utiliza o noțiune introdusă de mai mulți ani în domeniul mult mai larg al sănătății publice[7]), reprezintă o dimensiune bine documentată în practica psihiatriei actuale și trebuie să poată fi anticipată în asistența medicală acordată în penitenciar.

În caz contrar, starea psihică a acestor persoane prezintă un risc ridicat să se agraveze, ba chiar uneori să se cronicizeze definitiv, așa cum arată numeroase studii. În sfârșit, este important, de asemenea, să reamintim că aceste persoane private de libertate pot deveni victimele „privilegiate" ale altor persoane private de libertate al căror profil psihic s-a adaptat bine la lumea carcerală, spre diferență de acestea. Reproducerea relațiilor de tip „mafiot" în cadrul penitenciarelor, adică o organizație care o dublează oarecum pe cea oficial stabilită de autoritățile instituției, reprezintă un fenomen observat în mod regulat, chiar și în penitenciare cu resurse financiare și umane mult mai importante decât în România. Persoanele private de libertate care sunt fragile vor fi de cele mai multe ori incapabile să facă față acestui tip de control, sau chiar să-l identifice.

Vom face recomandări suplimentare mai jos în ceea ce privește atitudinile și dispozitivele care pot fi puse în aplicare pentru persoanele private de libertate care sunt fragile. Cu toate acestea, vom menționa încă de pe acum că, din motivele prezentate până în prezent, îngrijirile acordate vor fi foarte diferite pentru acest tip de persoane private de libertate, față de cele care suferă de tulburări pe care viața carcerală nu le perturbă sau le perturbă doar în mică măsură. De exemplu, o persoană privată de libertate care suferă de o tulburare de personalitate antisocială și care a putut să se organizeze „eficient" până în prezent într-o direcție infracțională probabil că nu va avea multe dificultăți în a se adapta la modul de viață carceral și la codurile sale oficiale și neoficiale, spre deosebire de un pacient care suferă de psihoză cronică. În orice caz, în absența unei recunoașteri a acestei afecțiuni și a unei îngrijiri terapeutice adaptate, mediul carceral va agrava cel mai probabil tulburările ambelor categorii.

- Abordări sancționatorii vs. terapeutice

În general, reamintim că guvernele care se angajează să respecte diferitele recomandări internaționale trebuie să ofere persoanelor internate asistență medicală de calitate, cel puțin echivalentă cu cea oferită populației generale. Prin urmare, va fi necesar să se creeze, în cadrul locurilor de detenție, spații adecvate și personal competent să acorde astfel de îngrijiri.

În ceea ce privește boli mintale menționate la punctul II a, trebuie să existe capacitatea de a pune la dispoziția persoanelor internate și aflate în suferință mijloace terapeutice adecvate adaptate situației lor, nu doar prestații de multe ori prea generale, și anume tot de prea multe ori, întâlniri mult distanțate în timp și acordarea unui tratament medicamentos care vizează atenuarea comportamentelor mai „zgomotoase".

Având în vedere diversele abordări sancționatorii și terapeutice care pot exista de la un stat la altul, este important să subliniem că există un consens în ceea ce privește faptul că acordarea de asistență medicală pentru schizofrenie și îngrijirea insuficientă reprezintă aspecte structurale (lipsa de personal, lipsa unor medicamente adecvate, locuri de detenție inadecvate, necunoașterea manifestărilor clinice ale tulburărilor mintale din partea agenților

penitenciari etc.).

În ceea ce privește tulburările de personalitate și comportamentul sexual deviant, dimensiunea „structurală” a afecțiunii implică adesea o zonă de suprapunere între boală și valorile morale ale societății. Dacă tulburarea conduce la comportamente necontrolabile și repetate care încalcă regulile vieții în comun, iar tulburarea este negată de persoana care prezintă simptome evidente, dacă, în fine, aceasta nu răspunde la medicație, un stat membru ar putea considera legitim să răspundă printr-o abordare prioritar sancționatorie, cu argumentul ușor de înțeles de a aștepta date științifice mai solide pentru a alege o abordare terapeutică sau mixtă. Acestea sunt faptele pe care le-am prezentat mai sus și menționăm aici că o astfel de tensiune există cu atât mai mult în cazul tulburărilor adictive.

Începând din 2004, experții europeni (Grupul de la Gent) se reunesc în mod regulat pentru a face schimb de experiență în ce privește practica psihiatrică și pentru a compara legăturile dintre justiție și sănătate de la o țară la alta. Observând diferențe foarte mari, aceștia au constatat influența decisivă a istoriei în sistemele juridice din țările lor, respectiv în ceea ce privește metodele și ideile din instituțiile lor de psihiatrie medico-legală. Această constatare i-a determinat în prezent să caute o metodă de a-și îmbogăți cunoștințele prin seminarii regulate, în loc să aștepte să se ajungă la o legislație armonizată în Europa[8].

Această atitudine poate părea în contradicție cu ideea respectării valorilor fundamentale pe care CEDO le apără în numele Consiliului Europei. Considerăm totuși că propune, înainte de toate, un răspuns practic și realist, pornind de la experiența clinică zilnică în locuri foarte variate. Vom propune mai jos (V) recomandări în acest sens, și anume, ținând seama atât de condițiile actuale din instituțiile penitenciare românești, cât și de contextul socioeconomic.

II. SITUAȚIA ACTUALĂ A SISTEMULUI PENITENCIAR ROMÂN

Pentru o mai bună analiză a strategiei autorităților care are drept scop îmbunătățirea îngrijirilor acordate persoanelor private de libertate care prezintă patologii psihiatrice grave, ni s-a părut esențial să analizăm într-o primă fază contextul general existent în prezent în România. Situația încă îngrijorătoare din sistemul penitenciar este de necontestat.

Din punct de vedere economic, trebuie să amintim în primul rând că țara a înregistrat o recesiune puternică între 2009 și 2010, care a avut impact în mare parte asupra funcționării instituțiilor statului, chiar dacă, începând din 2011, România a revenit la creștere economică[9].

În aceste condiții, este ușor de înțeles că și condițiile materiale din penitenciare sunt mai degrabă modeste. De altfel, acestea au fost în mod repetat evidențiate de CPT (cf. infra), deși trebuie indiscutabil recunoscute eforturile pe care această țară le-a făcut în domeniu în ultimii ani.

În continuare, tot cu titlu introductiv, ni se pare, de asemenea, important, cum de altfel o face și CEDO în observațiile sale referitoare la România, să subliniem în linii mari situația generală a țării în ceea ce privește <u>personalul format din medici-asistenți medicali (asistente medicale)</u>.

Începând cu schimbările politice majore produse în țară la începutul anilor ’90, asistăm astăzi la o migrație semnificativă a medicilor români în străinătate. Acest exod afectează desigur, de asemenea, personalul medical din domeniul psihiatriei[10]. Astfel, în ianuarie 2014, densitatea medicilor români la 1 000 de locuitori era de 2,39 medici din toate specializările (în comparație: Belgia: 3,78; Franța: 3,38; Germania: 3,69; Elveția: 4,08). În ceea ce privește, de această dată, numărul de psihiatri[11], nu sunt decât 15 psihiatri la 100 000 de locuitori în România (în comparație: Belgia - 17,7; Germania - 19,8; Franța - 22,9; Elveția - 42). Acest aspect ni se pare important în ceea ce privește respectarea principiului echivalenței îngrijirilor oferite persoanelor private de libertate în comparație cu cele de care dispune populația în general (cf. infra).

Situația în cifre a locurilor

<u>Persoane aflate în detenție în unitățile penitenciare din țară</u>

În România, populația carcerală totală era de 25 871 persoane, la 10/10/2017.

Rata de ocupare în unitățile penitenciare naționale ar fi de aproximativ 138% (august 2017). În această privință, trebuie observată de la bun început o îmbunătățire netă a problemei în ultima vreme, întrucât această rată era de 181% în 2012, 164% în 2015, 149% în 2016. Această reducere netă a suprapopulării carcerale își găsește probabil explicația în vasta reformă legislativă întreprinsă începând cu anul 2014, odată cu intrarea în vigoare a noului

Cod penal și a noului Cod de procedură penală (în special Legea nr. 254/2013).

Prin urmare, se pare că astăzi, odată cu introducerea acestor noi texte legislative și de reglementare, ne aflăm departe de constatările făcute la momentul respectiv, la fața locului, de către diferite organisme (în special de către CPT, în cursul celor 10 misiuni ale sale desfășurate din 1995 până în 2014[12]).

Aspecte medico-psihiatrice (informații furnizate de autorități)

Pentru 2017, cifrele sunt următoarele[13]:

• La sfârșitul lui august 2016, numărul persoanelor înregistrate ca fiind sub supraveghere medicală din cauza problemelor de sănătate mintală era de 1 487, dintre care 218 sufereau de tulburări „psihice grave", care necesitau, în viziunea autorităților, plasarea într-o unitate specializată. Alte 1 205 persoane private de libertate prezentau grave tulburări de personalitate de tip antisocial, fără ca, în viziunea autorităților, starea lor să necesite plasarea într-o instituție specializată.

• Sistemul medical penitenciar (instituții privative de libertate[14] și spitale penitenciare[15] împreună) nu dispune în prezent (august 2017) decât de 8 psihiatri[16]. La aceste cifre privind medicii psihiatri, trebuie adăugați psihologii care practică în sistemul penitenciar național, și care sunt în număr de 126 (mai 2016).

Trebuie observat că, în realitate, este vorba despre posturi de psihologi, dintre care multe nu sunt ocupate. Nivelul lor de activitate nu mai este precizat.

În acest sens, trebuie, de asemenea, avut în vedere că multe dintre aceste unități privative de libertate nu beneficiază nici măcar de serviciile unui medic generalist.

III. MĂSURI PROPUSE DE AUTORITĂȚI

Astfel cum procedează autoritățile penitenciare, este important să se deosebească de la bun început problemele psihiatrice curente care trebuie să fie asumate direct de unitățile penitenciare în cauză, situații mai grave care necesită îngrijiri specializate și în opinia noastră generală (cf. infra) în majoritatea cazurilor, necesitatea plasării într-un mediu adecvat specific.

a. Probleme psihiatrice curente

Trebuie observat că multe dintre aceste măsuri au intrat deja, în orice caz parțial, în vigoare.

• După sosirea în detenție, orice persoană privată de libertate care prezintă o problemă psihiatrică trebuie să facă obiectul unei evaluări pentru stabilirea unui „plan terapeutic și educațional". Diverși intervenienți specialiști (servicii sociale, medicale și penitenciare) sunt mobilizate în acest scop.

În această privință, este necesar să se amintească de la bun început diferența

importantă dintre evaluările psihologice efectuate strict din perspectiva securității (risc de evadare, de coluziune etc.), pentru orice persoană care intră în detenție, și evaluarea „terapeutică și educațională", care nu are aceleași obiective. Cea din urmă impune din partea psihologului care intervine competențe și o sensibilitate diferite. Într-un astfel de context, acesta din urmă trebuie să facă parte din echipa medicală.

- În funcție de necesitățile sale, persoana privată de libertate poate fi inclusă în diferitele programe cum ar fi prevenirea sinuciderilor, combaterea recidivei (în special în cazul infracțiunilor sexuale), controlul agresivității și al stresului etc.

Trebuie observat că nu este posibil ca experții să evalueze aceste programe fără a dispune de detalii privind durata și frecvența lor, numărul de participanți etc.

- În plus, sunt în curs de elaborare, sau au fost puse deja în aplicare, numeroase cursuri de formare care au drept scop să permită personalului să gestioneze în special următoarele situații:
  - violențe auto/heteroagresive
  - persoane private de libertate care prezintă probleme legate de depresie, anxietate, tulburări de personalitate. De asemenea, este prevăzută crearea unui centru terapeutic în cadrul Penitenciarului Gherla.
  - etc.

- În sfârșit, dar nu în cele din urmă, autoritățile urmăresc să se asigure că serviciul medical din fiecare penitenciar include un post de medic psihiatru[17].

b. Crearea de secții speciale de psihiatrie

Această măsură este prevăzută de Legea nr. 254/2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate, precum și de regulamentul său de aplicare, adoptate în aprilie 2016. O decizie privind punerea în aplicare a acestor dispoziții este în curs de adoptare de către Administrația Națională a Penitenciarelor („ANP"); aceste secții ar putea deveni operaționale de îndată ce este adopată decizia.

Aceste secții de psihiatrie trebuie să permită cazarea și îngrijirea terapeutică a persoanelor private de libertate care suferă de „tulburări psihiatrice severe[18]". Secțiile vor fi compuse din celule/camere, de tip „infirmerie", pentru care zonele de activitate și de plimbare vor fi diferite de cele pentru detenție normală.

Plasarea (și tratamentul) în aceste celule/camere va ține de stricta competență a unității medicale; supravegherea semipermanentă va fi asigurată de personalul format din asistenți medicali (asistente medicale).

În situații de urgență, în special în cazul unei decompensări acute, va fi, de asemenea, posibil să se facă apel la spitalele de psihiatrie din exterior. În acest sens, se preconizează instituirea unei colaborări strânse cu Ministerul Sănătății.

c. Recrutarea și formarea personalului

Începând cu anul 2016, Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP) a lansat

concursuri pentru ocuparea mai multor noi posturi de medici psihiatri. Cu toate acestea, din cauza dificultății de a găsi persoane interesate, administrațiile din diferite penitenciare (Aiud, Arad, Colibași și Oradea) au încheiat contracte cu medici psihiatri externi.

Este, de asemenea, prevăzută organizarea de cursuri de formare specializate în psihiatrie pentru personalul format din asistenți medicali (asistente medicale), din sistemul penitenciar.

d. Colaborarea cu alte structuri

De exemplu, cu Asociația Română de Psihiatrie Medico-Legală.

V. RECOMANDĂRI ALE EXPERȚILOR

În primul rând, experții sunt convinși că îngrijirea eficientă a persoanelor private de libertate care suferă de tulburări psihice este corelată cu continuarea îmbunătățirii condițiilor penitenciare generale în România.

După cum am menționat mai sus, situația economică globală din România nu este încă una ideală. Însă Consiliul Europei, prin diferitele sale organisme, a reiterat în repetate rânduri că situația economică a unei țări „nu poate justifica condiții de detenție care să contravină interdicției absolute prevăzute la art. 3 din Convenție". În aceste condiții, numai punerea la dispoziția administrației penitenciare a unor resurse financiare importante și supravegherea atentă a utilizării acestora poate permite să se spere că condițiile de detenție pentru persoanele private de libertate care suferă de tulburări mintale nu mai constituie o încălcare a art. 3.

În paralel cu această cerință, nu se poate renunța la principiul respectării echivalenței îngrijirilor acordate[19]. Cu alte cuvinte, chiar dacă situația penitenciarelor din România rămâne o preocupare globală, ar fi dificil să se accepte ca mijloacele disponibile în prezent pentru îngrijirea persoanelor care suferă de tulburări psihice în penitenciar să fie mai mari decât cele de care beneficiază populația generală.

În anumite contexte deosebit de precare, și ca răspuns la lipsa acută de personal, experții sunt de părere că, pe termen foarte scurt, ar putea fi posibil să se facă apel la persoane private de libertate pentru a asista personalul medical în îndeplinirea sarcinilor sale. Este de la sine înțeles că alegerea și supravegherea serviciilor oferite de acestea ar ține strict de responsabilitatea autorității medicale.

Câteva exemple de „activități cu scop terapeutic" care ar putea fi delegate: activități ocupaționale simple (încurajarea jocurilor de societate, artizanat etc.), ergoterapia de bază (ajutor la îmbrăcare, la deplasare, menaj, gătit etc.)

Probleme psihiatrice actuale

În ceea ce privește, în primul rând, măsurile avute în vedere pentru a face față problemelor psihiatrice actuale, este de la sine înțeles că este esențială îmbunătățirea substanțială a echipelor psihiatrice.

În mai multe rânduri, CPT a subliniat că „persoanele private de libertate bolnave ar trebui să fie cazate în instituții în care pot beneficia de îngrijiri corespunzătoare". Practic așadar, și teoretic în orice caz, nimic nu împiedică ca unele dintre actualele probleme psihiatrice să poate fi tratate chiar în penitenciar.

În acest sens, este util să reamintim că, pentru CPT, calitatea și eficiența prestațiilor medicale nu pot fi evaluate decât de o autoritate medicală calificată și că resursele disponibile trebuie gestionate de o astfel de autoritate, nu de organismele responsabile cu finanțarea sau securitatea.

În sfârșit, trebuie reamintit că gradul de adecvare a tratamentului se măsoară, de asemenea, și prin frecvența și diligența cu care îi sunt administrate persoanei în cauză îngrijirile medicale.

MAI CONCRET

Având în vedere cele de mai sus, și ținând seama de condițiile specifice situației actuale din România, experții consideră că ar fi oportun să se ia în considerare următoarele elemente pentru a estima necesitățile în ceea ce privește „problemele psihiatrice actuale":

1. Prima linie de asistență medicală este asigurată de asistenți medicali (asistente medicale), ideal cu formare în domeniul psihiatriei, care pot evalua și răspunde necesităților deținuților din punct de vedere fizic și psihic. În viziunea CPT, o unitate privativă de libertate ar trebui să aibă următorul raport: 1 medic (toate specializările) per 300 de persoane private de libertate și un asistent medical (o asistentă medicală) (de asemenea, toate specializările) per 50 de persoane private de libertate. Este de la sine înțeles că, cu cât mai mare este responsabilitatea unității pentru tratamentul persoanei private de libertate care suferă de tulburări psihice, cu atât mai mare va fi acest număr, pentru a răspunde mai rapid și mai eficient la cererile sau problemele întâmpinate. În continuitatea acestei observații, vom vedea mai jos că numărul intervenienților va fi chiar mai mare în unitățile care au secții de psihiatrie specializate în cadrul acestora.
2. Acești intervenienți de primă linie trimit persoana privată de libertate la un medic generalist sau la un psihiatru în funcție de observațiile lor, în special în cazul în care consideră că nu mai pot oferi ei înșiși îngrijiri suficiente.
3. Orientarea spre programe terapeutice specifice, cum ar fi, de exemplu, cele menționate mai sus, se poate face în general atât de către intervenienții din prima linie, pe baza experienței acumulate, cât și de către psihiatri. Astfel, constatăm că, cu cât intervenienții din prima linie au o mai mare experiență și formare specifică în clinica carcerală, cu atât mai mult vor putea răspunde în mod eficace la solicitările și necesitățile persoanelor private de libertate. Sprijinul psihiatrilor va fi așadar solicitat pentru situațiile cele mai complexe și/sau care necesită îngrijiri în comun.

Secții speciale de psihiatrie

În ceea ce privește, de această dată, problema îngrijirii persoanelor private de libertate care suferă de probleme mintale deosebit de grave, din care ar fi excluse la prima vedere persoanele care prezintă tulburări de personalitate grave (excludere pe care experții o consideră mai degrabă inadecvată), România se orientează mai curând spre crearea de unități de psihiatrie „intra muros", adică în cadrul spitalelor penitenciare deja existente.

Astfel de secții speciale de psihiatrie deja integrate în multe spitale penitenciare din țară nu primesc neapărat unanimitatea în cadrul asociației de psihiatrie internaționale. Într-adevăr, unii consideră că o persoană privată de libertate care suferă de o tulburare mintală care necesită internare nu poate fi îngrijită decât într-o instituție psihiatrică.

În orice caz, crearea unor astfel de unități aduce în general o ofertă terapeutică mai largă. La ora actuală există temerea, având în vedere informațiile recente furnizate de autorități[20], că nu aceasta este situația. Astfel, este insuficient în mod clar ca autoritățile să se limiteze doar la a desemna un anumit număr de celule ca fiind de aici înainte rezervate pentru cazarea persoanelor private de libertate care prezintă o problemă psihiatrică gravă. Și asta chiar și în cazul în care ar fi alocat personal suplimentar format din medici-asistenți medicali (asistente medicale), pentru aceste celule/camere.

MAI CONCRET

Experții estimează că ar fi foarte important să se ia în considerare următoarele puncte:

1. Prima linie de asistență va fi, de asemenea, în mod ideal asigurată de asistenți medicali (asistente medicale) cu experiență, dar cu un număr mai mare de intervenienți pentru a oferi îngrijiri „în plan terapeutic și educațional", în ansamblu.
2. Acești intervenienți din prima linie pot/trebuie să se bazeze nu doar pe medici generaliști și psihiatri ci, în mod ideal, și pe colaboratori cum ar fi **psihologi, educatori, asistenți sociali și/sau ergoterapeuți**, în funcție de obiectivele acestor secții de psihiatrie speciale. Plecând de la experiența noastră elvețiană[21], dar și potrivit opiniei colegilor din alte țări europene (de exemplu, Germania[22]), proporția intervenienți[23]/pacient poate atinge raportul de 1/1 pentru acest tip de secții. Este vorba despre o proporție pentru instituțiile care au drept scop îngrijirea pacienților extrem de dificili, în cazul cărora bolile mintale cauzează adesea periculozitate semnificativă și risc major de recidivă. Majoritatea acestora suferă de o tulburare gravă de personalitate, uneori și de o tulburare psihotică cronică. Experții sunt foarte conștienți de dificultatea, sau chiar de imposibilitatea actuală de a promova organizarea acestui tip de îngrijiri în România, în special în ceea ce privește problema decalajului față de ceea ce este în prezent oferit populației generale. Cu toate acestea, sunt necesare eforturi reale în această direcție, având în vedere beneficiile concrete și simbolice pe care o societate le obține din îngrijirea în cele mai bune condiții a membrilor săi, în acest caz pentru o parte dintre ei, cei mai periculoși.

Astfel, abordările de tip „comunități terapeutice", care par să se dezvolte în mai multe instituții din țară, sunt foarte încurajatoare. În opinia experților, astfel de îngrijiri sunt în

prezent foarte utile pentru anumite profiluri de persoane private de libertate, care prezintă tulburări grave de personalitate.

În acest sens, experiența canadiană poate de asemenea inspira autoritățile române: Institutul Philippe-Pinel din Montreal este un centru specializat în acest tip de îngrijiri și găzduiește persoanele de pe tot teritoriul canadian, uneori chiar și pe cei veniți din alte țări. Această concentrare de resurse și de personal a favorizat dezvoltarea, după cunoștințele noastre fără echivalent, în orice caz în lumea francofonă. Acest institut oferă nu doar evaluări și îngrijiri specifice în funcție de populație (de exemplu, adolescenți) sau tipul de infracțiuni (de exemplu, infracțiuni sexuale), ci a și dezvoltat o activitate intensă de predare și cercetare în colaborare cu Universitatea din Montreal. Istoria creării acestui institut (https://www.pinel.qc.ca) este extrem de interesantă pentru scopul pe care ni-l propunem, pentru că amintește actorii și etapele necesării înființării unei instituții de acest tip.

Pentru România în special, exemplul său ar fi în favoarea creării unui loc specific și unic pentru tot teritoriul, în sprijinul și susținerea unităților „generaliste" repartizate în penitenciarele de tip clasic.

Ar putea fi puse în aplicare programe terapeutice specifice (menționate mai sus) în aceste secții, pentru ca mai apoi să fie integrate într-o îngrijire de tip global. În sfârșit, potrivit experienței noastre, în special în ceea ce privește îngrijirea infractorilor sexuali, terapiile individuale izolate sau, în celălalt sens, efectuate numai în grup, s-ar dovedi mai puțin eficiente decât atunci când ar fi combinate și integrate într-un plan de reabilitare treptată. Este de la sine înțeles că acest tip de abordare este mai costisitoare și că trebuie acoperită prin argumente clinice și economice. Ne vom permite să reamintim aici observațiile făcute la pagina 6, în ceea ce privește campaniile de destigmatizare: îngririjile eficiente și realiste oferite persoanelor cel mai probabil să fie periculoase, în contextul unei tulburări mintale constatate, sunt probabil cele mai „rentabile", chiar și în ceea ce privește efectul lor asupra reprezentărilor bolii mintale în rândul populației generale.

În sfârșit, este de dorit, pentru a nu spune indispensabil ca viitoarea sau viitoarele „secții speciale de psihiatrie", care ar reuni în special profilul „tulburări grave de personalitate +/- tulburări psihotice +/- probleme de adicție" ar putea oferi, în paralel cu îngrijirile acordate, diverse activități în ateliere. Acestea din urmă ar putea să se limiteze la scopuri strict ocupaționale sau să meargă chiar până la a propune formare profesională reală pentru cei care au capacitatea să o facă.

Recrutarea/formarea personalului și colaborarea cu alte structuri

În mod întemeiat, Comitetul de Miniștri apreciază că „având în vedere actualul deficit de medici psihiatri, ar fi util de cunoscut dacă [...] autoritățile au explorat sau intenționează să exploreze posibilitatea de a oferi stimulente pentru atragerea de medici psihiatri atât în secțiile specializate, cât și în sistemul penitenciar".

În opinia experților, este într-adevăr indispensabil ca profesiile din domeniul sănătății în mediul penitenciar să devină mai atractive.

În acest scop, pot fi avute în vedere mai multe perspective, cum ar fi:

- **crearea unei catedre de medicină/psihiatrie penitenciară, cu posibilitatea de a oferi cadrelor promovare academică;**
- **înmulțirea contactelor cu alte țări care au dezvoltat astfel de structuri;**
- **posibilitatea de „pensionare" din serviciile medicale penitenciare după un număr foarte limitat de ani (exemplul polonez). O astfel de abordare permite medicilor tineri să treacă printr-o instituție penitenciară fără a fi obligați să ia în considerare o carieră întreagă.**
- **în ceea ce privește formarea asistenților medicali/asistentelor medicale din psihiatrie, deja avută în vedere de autorități, este de la sine înțeles că acestea trebuie să aibă continuitate. Cu alte cuvinte, trebuie să răspundă necesităților individuale ale diferitelor instituții prin formarea continuă de grupe noi.**

MAI CONCRET

Experții recomandă în acest sens apelul la experiențele altor țări europene. Exemplul altor structuri și al formării lor „interne" permite să se identifice prin comparație soluția cea mai adecvată pentru România, dar și să se creeze colaborări regulate pe termen lung (de exemplu, serviciile de medicină și psihiatrie penitenciară din regiunile francofone din Elveția și Belgia organizează regulat întâlniri cu colegii lor francezi, în special în ceea ce privește tratamentul infracțiunilor sexuale).

Aceste momente permit îmbogățirea practicilor fiecărui serviciu, respectând în același timp diferitele abordări și istoricul diferit al instituțiilor respective (cf. observațiilor noastre de la pagina 9).

VI. CONCLUZII

Propunerile noastre privind îngrijirea persoanelor private de libertate care prezintă afecțiuni psihiatrice ar putea fi percepute de autoritățile române ca fiind foarte ambițioase sau nerealiste, în special pentru o țară care încă se confruntă cu probleme economice globale.

Însă, în opinia noastră, România ar putea profita în mod avantajos de „noua sa politică penitenciară", care se dezvoltă de câțiva ani, pentru a da dovadă de puțin curaj în ceea ce privește problematica complexă a tulburărilor mintale în penitenciare; este de la sine înțeles că propunerile experților sunt pe termen lung.

Din experiența acestora, este mult mai ușor să se implementeze propunerile menționate mai sus într-o țară care trece prin perioada unei noi tinereți în sistemul său penitenciar, față de unele țări din așa-numita „veche Europă", care sunt uneori prea pline de certitudini istorice în ceea ce privește acest subiect.

În sfârșit, pare esențial, în viziunea experților, să fie completată și precizată legislația sanitară generală care tratează la momentul actual, în plan național, îngrijirile acordate persoanelor care suferă de tulburări mintale grave. Chestiunea sensibilă a

tratamentului sub constrângere trebuie să facă obiectul unei abordări clare și precise.

Odată ce această primă etapă este încheiată, va fi posibil să se discute, apoi să se legifereze, vizavi de situația și mai sensibilă a îngrijirilor care trebuie oferite persoanelor private de libertate care suferă de tulburări mintale grave.

JPR/16.11.2017