

Jarosław Berent, Piotr Gałęcki, Rafał Kubiak, Anna Smędra

Interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Łódź, 08.12.2021 r.

Spis treści

I. Autorzy.....	3
II. Podstawa	3
III. Wprowadzenie.....	3
IV. Dotychczasowe publikacje	4
V. Zasady postępowania	6
VI. Excited delirium syndrome.....	12
VII. Uduszenia gwałtowne	21
VIIa. Uciśnięcie tułowia	21
VIIb. Zadławienie	23
VIII. Obchwyty szyi.....	25
IX. Szkolenia i obowiązek udzielenia pomocy	27
X. Stwierdzenie zgonu	29
XI. Uwagi końcowe i wnioski	31

I. AUTORZY

- Prof. dr hab. n. med. Jarosław Berent, specjalista medycyny sądowej, specjalista laboratoryjnej toksykologii sądowej, profesor Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, profesor Katedry Postępowania Karnego i Kryminalistyki Uniwersytetu Łódzkiego, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (2006-2019), Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii (2007-2019)
- Prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki, specjalista psychiatra, specjalista seksuolog, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, Przewodniczący Rady ds. Zdrowia Psychicznego, wykładowca Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury w Krakowie
- Dr hab. Rafał Kubiak, prof. UŁ i prof. UM w Łodzi, ekspert w dziedzinie prawa medycznego, kierownik Zakładu Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Katedry Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego, z-ca Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, członek Komisji ds. Bioetyki Badań Naukowych UŁ, członek Komisji Bioetycznej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, członek Komitetu Etyki w Nauce PAN
- Dr n. med. Anna Smędra, specjalista medycyny sądowej, adiunkt Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

II. PODSTAWA

Niniejsza opinia powstała na wniosek Dyrektora Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur Przemysław Kazimirskiego z dnia 08.09.2021 r. oraz umowy nr BDG/228/KMP/2021 z dnia 30.11.2021 r.

III. WPROWADZENIE

Interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są działaniami, w które wpisana jest nieprzewidywalność, ale właściwe działanie Policji i współpraca z personelem

medycznym może zminimalizować ryzyko niepomyślnego zakończenia, co jednak wymaga zmodyfikowania typowych zasad interwencji (p. V).

Dla pełnego zrozumienia zagadnień interwencji Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi uznaliśmy, że konieczne będzie przedstawienie także kilku dodatkowych kwestii, takich jak: excited delirium syndrome (p. VI), uduszenie gwałtowne (p. VII), obchwyty (p. VIII), szkolenia i obowiązek udzielenia pomocy (p. IX) oraz stwierdzanie zgonu (p. X).

IV. DOTYCHCZASOWE PUBLIKACJE

Autorzy niniejszej opinii (JB, PG, RK, AS wraz z dwoma innymi autorami) w 2015 r. (sześć lat temu) opracowali na wniosek Komendanta Głównego Policji raport dotyczący optymalizacji procedur szkoleniowych związanych ze sposobem prowadzenia przez funkcjonariuszy Policji taktyk i technik interwencji wobec osób, których zachowanie wskazuje na możliwość zażycia środków odurzających lub występowania zaburzeń psychicznych¹.

Wskazane w tym raporcie zasady postępowania zostały uaktualnione w wyniku m.in. dyskusji (JB) podczas III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Ratownictwo w zintegrowanym systemie - osoba z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolująca swoich zachowań z innych przyczyn - postępowanie interwencyjne i ratunkowe”, zorganizowanej przez Szkołę Policji w Słupsku i Akademię Pomorską w Słupsku w dniach 29-30 maja 2018 r.

Uaktualnione zasady zostały opublikowane (AS, JB, DB) w poradniku wydanym pod koniec 2018 r. przez Szkołę Policji w Słupsku². Zasady te są aktualne do dzisiaj (patrz p. V).

25 maja 2020 r. w Minneapolis (USA) podczas działań Policji doszło do śmierci George'a Floyda. Nagrania z tej interwencji obiegły cały świat i stały się przyczynkiem do analiz

¹ J. Berent, P. Gałęcki, Z. Kołaciński, W. Krajewski, R. Kubiak, A. Smędra, Raport dla Komendanta Głównego Policji dotyczący optymalizacji procedur szkoleniowych związanych ze sposobem prowadzenia przez funkcjonariuszy Policji taktyk i technik interwencji wobec osób, których zachowanie wskazuje na możliwość zażycia środków odurzających lub występowania zaburzeń psychicznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 8 grudnia 2015 r.

² A. Smędra, J. Berent, D. Bartnicki: Excited delirium. w: J. Gil (red.): Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn. Teoretyczno-praktyczny poradnik. Szkoła Policji w Słupsku, Słupsk 2018, pp.73-79.

postępowania Policji w takich przypadkach. Także w Polsce, na łamach „Policja 997”³, rok temu opublikowano (DB) artykuł „Jak zginął George Floyd?”⁴. Wskazano w nim na możliwe niepożądane skutki przytrzymywania osoby leżącej na brzuchu poprzez dociskanie jej kolanami do podłoża.

Ponieważ w ostatnim czasie w Polsce doszło do kilku szeroko opisywanych w mediach zgonów bezpośrednio po interwencjach policyjnych (Dmytro Nikiforenko - Wrocław 30 lipca 2021 r., Łukasz Łągiewka - Wrocław 2 sierpnia 2021 r., Bartosz Sokołowski - Lubin 6 sierpnia 2021 r.), uznaliśmy (JB, DB, AS), że zasady opublikowane w roku 2018 należy jeszcze raz przypomnieć. Dlatego przygotowaliśmy krótki artykuł, który został opublikowany w listopadowym numerze „Gazety Policyjnej”⁵.

Dodatkowo przygotowaliśmy również (JB, PG, RK, AS) tekst omawiający interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wraz z odpowiednimi zaleceniami i wysłaliśmy go w dniu 13.11.2021 r. do redakcji czasopisma wydawanego przez Najwyższą Izbę Kontroli „Kontrola Państwowa”, z prośbą o przyjęcie do druku⁶. W niniejszej opinii wykorzystaliśmy obszernie fragmenty tego tekstu.

³ Czasopismo „Policja 997” zmieniło nazwę i obecnie, tj. od początku 2021 r., jest to „Gazeta Policyjna”, wydawana jako miesięcznik przez Komendę Główną Policji w nakładzie 20 tysięcy egzemplarzy, kolportowanych głównie w policyjnej dystrybucji wewnętrznej.

⁴ D. Bartnicki: Jak zginął George Floyd? Policja 997 2020, 8, 30-32.

⁵ J. Berent, D. Bartnicki, A. Smędra: Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Gazeta Policyjna 2021, 11, 10-12.

⁶ J. Berent, P. Gałęcki, R. Kubiak, A. Smędra: Zalecenia dotyczące interwencji Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zgłoszone do druku w Kontroli Państwowej 13.11.2021 r.

V. ZASADY POSTĘPOWANIA

Zasady postępowania opublikowane w 2018 r.⁷ są aktualne do dzisiaj. Dla przypomnienia zostały one obecnie ponownie opublikowane w listopadowym numerze „Gazety Policyjnej”. Poniżej przedstawiamy znaczną część tego tekstu⁸.

INTERWENCJE WOBEC OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

25 maja 2020 roku w Minneapolis (USA) podczas działań policji doszło do śmierci George'a Floyda. Nagrania z tej interwencji obiegły cały świat i stały się przyczynkiem do analiz postępowania policji w takich przypadkach. Także w Polsce, na łamach "Policja 997" (nr 185, sierpień 2020, s. 30-32), opublikowany został artykuł "Jak zginął George Floyd?"

W artykule wskazano możliwe niepożądane skutki przytrzymywania osoby leżącej na brzuchu przez dociskanie jej kolanami do podłoża. Niepożądane skutki pojawiają się w przypadku nieprzestrzegania przez funkcjonariuszy zasad stosowania środków przymusu bezpośredniego. Taki sposób unieruchomienia był i jest stosowany przez policje na całym świecie. Większość zdarzeń, w których obezwładniana osoba jest agresywna lub niebezpieczna, kończy się właśnie w taki sposób, gdyż jest to po prostu bardzo skuteczne. Oprócz presji kolanami występuje także napięcie stawów barkowego i łokciowego oraz nadgarstka. Dzięki temu, przez zadawanie kontrolowanego bólu, można opanować obezwładnianego, o ile nie jest on psychicznie zaburzony. Jeżeli jednak jest zaburzony, to nie odczuwa bólu lub odczuwa go słabiej, i założona dźwignia nie zadziała. Prędzej dojdzie do zwichnięcia lub złamania kończyny niż do uspokojenia zatrzymywanego. Ale nawet ze zwichniętą czy złamaną kończyną zatrzymywany się nie uspokoi. On po prostu nie odczuwa bólu, tak jak niezaburzona psychicznie osoba.

⁷ Op. cit. patrz przypis 2.

⁸ Op. cit. patrz przypis 5.

PLAN DZIAŁANIA

Nie można zapominać, że przytrzymywanie osoby leżącej na brzuchu przez dociskanie jej kolanami do podłoża nie jest techniką samą w sobie, a tylko środkiem do osiągnięcia innego celu: założenia kajdanek, kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego, podania leków czy „dotrwania” do przyjazdu pogotowia. Kontrola/trzymanie musi spełniać następujące warunki: uniemożliwić ucieczkę, wyłączyć możliwość atakowania funkcjonariuszy lub innych osób oraz uniemożliwić autoagresję, a to wszystko z uwzględnieniem bezpieczeństwa osoby obezwładnianej. Unieruchomienie osoby leżącej na brzuchu poprzez dociskanie jej kolanami w odniesieniu do skuteczności stoi najwyżej w hierarchii rozwiązań z użyciem siły fizycznej. Powtarzamy jednak, że jest to tylko środek do osiągnięcia innego celu. Zatem policjant musi wiedzieć, jaki cel chce osiągnąć. Musi mieć plan działania. Jeżeli tego planu nie ma, może się okazać, że stosując nadmierną siłę lub przedłużając nadmiernie jej użycie, obezwładni zatrzymanego, ale nie będzie wiedział, co robić dalej. I wtedy nietrudno o tragedię, gdyż będzie musiał osobę zaburzoną albo trzymać w nieskończoność, albo puścić. A oba te rozwiązania są równie złe i niebezpieczne.

ZASADY STOSOWANIA ŚPB

Zasady stosowania środków przymusu bezpośredniego zostały określone w art. 7 ust. 1–3 ustawy z 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej⁹. Stanowią one fundament do zachowania równowagi między skutecznością a bezpieczeństwem osoby, wobec której prowadzone są działania.

Zasady stosowania środków przymusu bezpośredniego to:

- środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je w sposób wyrządzający możliwie najmniejszą szkodę;
- od użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego należy odstąpić, gdy cel ich użycia lub wykorzystania został osiągnięty;
- środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je z zachowaniem szczególnej ostrożności, uwzględniając ich właściwości, które mogą stanowić zagrożenie życia lub zdrowia policjanta lub innej osoby.

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 2418, zwana dalej „ustawą o środkach przymusu”.

W odniesieniu do przytrzymywania osoby leżącej na brzuchu przez dociskanie jej ciężarem funkcjonariusza lub funkcjonariuszy, niekoniecznie kolanami, trzeba wiedzieć i pamiętać, że może wówczas dojść do zatrzymania krążenia na skutek uduszenia. W tej sytuacji uduszenie następuje wskutek uniemożliwienia wykonywania ruchów oddechowych klatki piersiowej, a nie, jak mogłoby się wydawać, wskutek ucisku na szyję. Mechanizm ten został dokładnie przedstawiony we wspomnianym artykule „Jak zginął George Floyd?”. W dużym uproszczeniu, człowiek do oddychania potrzebuje ruchów klatki piersiowej, dzięki którym dochodzi do wciągania i wypuszczania powietrza, do i z płuc. Nacisk na plecy osoby leżącej na brzuchu utrudnia wykonywanie prawidłowych, pełnych oddechów. Dodać należy, że na ruchomość oddechową negatywny wpływ ma również trzymanie rąk osoby obezwładnianej za jej plecami. Przy nieadekwatnie intensywnym nacisku na plecy osoby leżącej na brzuchu oddech staje się płytki i niewydolny. Powoduje to postępujące niedotlenienie, które, jeżeli się przedłuży, prowadzi do śmierci. Trzeba również uwzględnić, że obezwładniany może mieć zwiększone zapotrzebowanie na tlen w związku ze stresem oraz wysiłkiem fizycznym, jaki wykonuje, stawiając opór lub atakując policjantów. Podsumowując, intensywność i czas dociskania do podłoża muszą być takie, aby móc kontrolować obezwładnianego, jednak przede wszystkim też takie, aby osoba ta mogła oddychać. Stąd też nie mogą być ani nadmiernie silne, ani nadmiernie długie. (...)

ZASADY POSTĘPOWANIA

W grupę osób agresywnych i niebezpiecznych nader często wpisują się osoby z zaburzeniami psychicznymi wywołanymi chorobą lub stosowaniem substancji psychoaktywnych. Zasady interwencji wobec takich osób opisano w wydany w 2018 r. przez Szkołę Policji w Stupsku poradniku.

Wobec osoby, u której występują zaburzenia świadomości połączone z dezorientacją, halucynacjami i podnieceniem ruchowym, interwencję należy prowadzić według poniższych zasad:

Zasada I

Osoba taka jest zazwyczaj niezwykle silna, może być groźna dla siebie i innych, w tym dla interweniujących funkcjonariuszy, przy czym może mieć zerwany kontakt z rzeczywistością do tego stopnia, że nie będzie reagować w typowy sposób, a jej zachowanie będzie zupełnie nieprzewidywalne. Interwencje w stosunku do takich osób muszą być zawsze, o ile to tylko możliwe, wspólnymi działaniami Policji i zespołu ratownictwa medycznego. Zespół taki musi być wezwany jak najszybciej.

Zasada II

Często osoby takie, jeżeli pozostawi się je samym sobie, uspokajają się nieco, co daje czas na przybycie zespołu ratownictwa medycznego. Jeżeli to tylko możliwe, funkcjonariusze nie powinni rozpoczynać żadnych działań, w tym w szczególności siłowych, przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego. Pobudzona osoba, która zostanie obezwładniona, przecież nie uspokoi się w tym momencie, będzie się szarpać i wrywać, co będzie wymagało ciągłego i długotrwałego użycia siły. W takich okolicznościach może dojść do zatrzymania krążenia i oddechu. Sytuacja taka, jeśli wystąpi, wymaga natychmiastowego wdrożenia postępowania resuscytacyjnego i najlepiej, żeby zespół ratownictwa medycznego był wtedy na miejscu.

Zasada III

Interwencja wobec takiej osoby jest prowadzona przez zespół ratownictwa medycznego ze wsparciem funkcjonariuszy Policji, którzy są obowiązani do udzielenia pomocy. W takich przypadkach interwencja polega m.in. na podaniu leków powodujących farmakologiczne

„wyciszenie” i jak najszybszym przewiezieniu osoby do szpitala. Pomoc policjantów polega wówczas przede wszystkim na przytrzymaniu takiej osoby, co umożliwia podanie leków. W niektórych przypadkach personel medyczny może żądać od policjantów także pomocy w unieruchomieniu lub izolacji.

Zasada IV

Działania policjantów umożliwiające podanie leków przez zespół ratownictwa medycznego muszą być szybkie i bardzo zdecydowane. Rodzą one pewne niebezpieczeństwa dla przytrzymywanej osoby, ale w takich sytuacjach nie ma lepszego rozwiązania - im szybciej zostaną podane leki, tym lepiej dla tej osoby. Po stępowaniu z wyboru jest maksymalnie szybkie obezwładnienie z obchwytem szyi i wystawienie przytrzymywanej osoby na podanie dożylnego leku, a jeżeli to okaże się niemożliwe, to na podanie do mięśniowe. Obezwładnienie takie zazwyczaj może skutecznie prze prowadzić typowy dwuosobowy patrol Policji. Policjanci w trakcie interwencji, na bazie zebranych informacji, w zależności od okoliczności, mogą rozważyć zastosowanie wybranych środków przymusu bezpośredniego (np. siły fizycznej, kajdanek i przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej), a także prośbę o wsparcie osobowe lub sprzętowe. Obezwładnienie z obchwytem szyi służy tylko do krótkotrwałego unieruchomienia osoby i podania leków, a nie do jakiegokolwiek dłuższego unieruchomienia.

Zasada V

Jeżeli opisane w zasadzie II przyjęcie postawy wyczekującej do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego nie jest możliwe, a więc przede wszystkim w przypadkach zagrożenia zdrowia lub życia, to działania funkcjonariuszy muszą być podjęte od razu. Należy jednak pamiętać, że mają wtedy na celu głównie „dotrwanie” do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego. W ich trakcie - z medycznego i taktycznego punktu widzenia - najlepsze byłoby użycie odpowiednio dobranych, w zależności od okoliczności, środków przymusu bezpośredniego, w szczególności: siły fizycznej, kajdanek i przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej, a niekiedy kaftana bezpieczeństwa, pasa obezwładniającego, siatki obezwładniającej lub kasku zabezpieczającego, a w skrajnych przypadkach nawet broni palnej. Natomiast użycie chemicznych środków obezwładniających w postaci ręcznych miotaczy gazu jest mało skuteczne i nie jest zalecane. Podobnie niezalecane w takim przypadku, czyli przed przybyciem zespołu

ratownictwa medycznego, jest dłuższe przytrzymywanie osoby za pomocą obchwyty szyi, który służy tylko do krótkotrwałego unieruchomienia w celu podania leków, a nie jakiegokolwiek dłuższego.

Powyższe zasady zostały sformułowane w prostej i łatwej do zapamiętania postaci, którą każdy funkcjonariusz Policji może wykorzystać w trakcie codziennej pracy, zaś wysoki nakład „Gazety Policyjnej”, w której zostały opublikowane, i otwarty dostęp do wydania internetowego, gwarantuje dotarcie do szerokiego kręgu odbiorców.

VI. EXCITED DELIRIUM SYNDROME

Excited delirium syndrome (EDS, w użyciu jest także skrót ExDS oraz AgDS od agitated delirium) jest pojęciem, które pojawia się często w kontekście zgonów związanych z działalnością Policji i dlatego wymaga w tym miejscu omówienia. Typowo w takich przypadkach podczas lub krótko po zakończeniu interwencji Policji stwierdza się zatrzymanie krążenia i oddechu. Resuscytacja najczęściej kończy się niepowodzeniem. Jeśli udaje się przywrócić pracę serca, to najczęściej obecne są już jednak nieodwracalne zmiany niedotlenieniowe w mózgu, nie dochodzi do odzyskania przytomności i po różnie długim okresie dochodzi do zgonu. EDS jest to zespół łączący podniecenie ruchowe (ang. excited - podniecony, podekscytowany, rozgorączkowany, zdenerwowany) oraz objawy występujące w delirium, czyli zaburzenia świadomości połączone z dezorientacją oraz niemożnością odróżnienia rzeczywistości od halucynacji. Do tej pory w naszym kraju nie przyjęła się żadna polska nazwa tego zespołu, ale najbardziej właściwe wydaje się „pobudzenie majaczeniowe” - w niniejszej opinii będziemy jednak używać angielskiej terminologii. Niektórzy lekarze, i część opinii publicznej, są w ogóle sceptyczni co do samego istnienia EDS¹⁰, ale z drugiej strony został on już jednak uznany przez różne towarzystwa medyczne. Problemy z konsensusem są związane m.in. z tym, że brak jest ogólnie przyjętej definicji EDS, nie do końca jest poznana jego etiologia, a takie same objawy mogą pojawiać się także w innych jednostkach chorobowych. Ważne jest też, że z uwagi na jego istotę nie można przeprowadzić typowych badań doświadczalnych nad tym zespołem, a nasza wiedza opiera się na obserwacjach zaistniałych przypadków. W tej sytuacji nawet skala zjawiska jest trudna do oszacowania, gdyż nie wszystkie przypadki EDS są raportowane, a jeżeli już, to raczej tylko

¹⁰ Pojawiły się np. zarzuty do autorów pierwszej i jak dotąd jedynej dużej monografii dotyczącej EDS (T.G. Di Maio, V.J.M. Di Maio: Excited delirium syndrome. CRC Press, Boca Raton 2006), że napisali oni swą książkę na zamówienie firmy Axon (wcześniej Taser International), znanego producenta przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej, aby pod hasłem EDS ukryć zgony powodowane przez te urządzenia. Faktycznie firma Axon zakupiła znaczną liczbę egzemplarzy tej książki i rozesała bezpłatnie do biur patologów sądowych w USA, ale zarzuty te trudno uznać za sensowne, gdyż treści zawarte w monografii są analogiczne, jak w dużej liczbie różnych mniejszych publikacji opracowanych przez innych autorów, nie mających żadnych związków z firmą Axon. Patrz również p. XI.8.

te, gdzie dojdzie do zgonu. Powszechnie stosowane klasyfikacje ICD-10 i DSM-5 na chwilę obecną nie uwzględniają EDS jako rozpoznania.

American College of Emergency Physicians (ACEP) jest jednym z towarzystw, które uznało EDS, wskazało jego charakterystyczne objawy kliniczne i sposób postępowania z takim pacjentem¹¹. Inną organizacją, która uznaje i daje rekomendacje, jak postępować z osobami z EDS jest NAME (National Association of Medical Examiners). NAME zaproponowało definicję zgonów związanych z interwencjami policji, sposób zbierania informacji podczas dochodzenia w sprawie prawidłowości interwencji policyjnej i kluczowe dane dla medyków sądowych - jak wykonać sekcję zwłok, jakie zabezpieczyć materiały, jak wypisywać karty zgonów, a nawet, jak takie informacje przekazywać mediom¹². Natomiast jednym z towarzystw naukowych, które ma wątpliwości co do występowania EDS jest American Psychiatric Association. Jego członkowie uważają, że objawy EDS są niespecyficzne i termin ten do czasu przygotowania jasnych kryteriów diagnostycznych nie powinien być używany. Postulują też, aby kontrolować, czy rozpoznanie EDS nie jest nadużywane przy zgonach związanych z interwencjami policyjnymi, szczególnie gdy chodzi o osoby należące do różnych mniejszości¹³.

Pierwsze doniesienia o przypadkach, które można by obecnie zakwalifikować jako EDS opisano już w połowie XIX w. Były to przypadki osób przebywających w placówkach psychiatrycznych, u których z nieznanых powodów dochodziło do ataków dezorientacji,

¹¹ M.L. DeBard i wsp.: ACEP Excited Delirium Task Force White Paper Report to the Council and Board of Directors, September 10, 2009, <https://www.acep.org/globalassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/ems-and-disaster-preparedness/ems-resources/acep-excited-delirium-white-paper-final-form.pdf> [dostęp z 14.10.2021].

¹² R.A. Jr. Mitchell i wsp.: National Association of Medical Examiners Position Paper: Recommendations for the Definition, Investigation, Postmortem Examination, and Reporting of Deaths in Custody. Acad Forensic Pathol. 2017 7(4): 604-618.

¹³ Council on Psychiatry and Law: Position Statement on Concerns About Use of the Term "Excited Delirium" and Appropriate Medical Management in Out-of-Hospital Contexts. Approved by the Board of Trustees, December 2020, Approved by the Assembly, November 2020, <https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-Documents-Policies/Policies/Position-Use-of-Term-Excited-Delirium.pdf> [dostęp z 14.10.2021].

pobudzenia i agresji¹⁴. Teraz możemy podejrzewać, że było to związane z brakiem w tamtych czasach odpowiednich leków, gdyż liczba takich przypadków zmniejszyła się w latach 50. XX wieku, gdy wprowadzono skuteczne leki przeciwpsychotyczne (Chloropromazyna i Rezerpina).

Ponowny wzrost ilości podobnych przypadków miał miejsce w latach 80. XX wieku i był związany z rozpowszechnieniem się kokainy, a później innych psychostymulantów takich, jak amfetamina i jej pochodne, czy fencyklidyna. Wtedy też pierwszy raz użyto terminu EDS - w 1985 roku Wetli i Fishbain nazwali tak przypadki zgonów poprzedzonych dezorientacją i pobudzeniem u osób zażywających kokainę¹⁵. Ostatnio coraz większe znaczenie w wywoływaniu tego zespołu mają dopalacze zawierające katynony.

Excited delirium syndrome występuje najczęściej u: 1) osób znajdujących się pod wpływem psychostymulantów (narkotyków, ale też dopalaczy) oraz 2) osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi chorobą (szczególnie ze schizofrenią bądź ostrym epizodem maniakałnym w przebiegu choroby dwubiegunowej), najczęściej przy braku leczenia lub przy niewłaściwym leczeniu. Typowym pacjentem z obu tych grup jest pobudzony mężczyzna w wieku trzydziestu kilku lat, ubrany nieadekwatnie do pogody lub wręcz nagi, którego irracjonalne, destrukcyjne lub dziwne zachowanie staje się powodem wezwania Policji.

EDS nie jest stanem zero-jedynkowym, który jest albo go nie ma. Może on występować w różnym stopniu nasilenia, a jego objawy nie zawsze są takie same. ACEP zaproponowało 10 objawów, których wystąpienie sugeruje EDS, przy czym należy pamiętać, że nie zawsze występują one wszystkie (tab. 1).

¹⁴ L.V. Bell: On a form of disease resembling some advanced stages of mania and fever Am. J. Insanity 1849, 6: 97-127.

¹⁵ C.V. Wetli, D.A. Fishbain: Cocaine-induced psychosis and sudden death in recreational cocaine users. J Forensic Sci. 1985 Jul; 30(3): 873-80.

objaw	częstość występowania [%]	95% przedział ufności [%]
tolerancja bólu (pain tolerance)	100	83-100
przyspieszenie oddechu (tachypnea)	100	83-100
pocenie się (sweating)	95	75-100
podniecenie (agitation)	95	75-100
podwyższenie temperatury (tactile hyperthermia)	95	75-100
brak współpracy z Policją (police noncompliance)	90	68-99
brak zmęczenia (lack of tiring)	90	68-90
niezwykła siła (unusual strength)	90	68-90
niewłaściwy ubiór (inappropriately clothed)	90	68-90
zauroczenie lustrem/szkłem (mirror/glass attraction)	10	---

Tab. 1. Objawy excited delirium syndrome według ACEP¹⁶.

Przez długi okres uważano, że przyczyną zgonu w EDS jest uniemożliwienie swobodnego, prawidłowego oddychania związanego z obezwładnianiem i unieruchamianiem walczącej, szarpiącej się osoby. Pojawiały się również teorie, że do zgonu przyczynia się stosowanie ucisku na szyję, który przez pobudzenie nerwu błędnego powoduje reakcję wazowagalną, tj. zwolnienie częstości akcji serca i rozszerzenie naczyń krwionośnych prowadzące do spadku ciśnienia tętniczego krwi. Niektórzy wiązali zgony w przypadkach EDS z użyciem ręcznych miotaczy gazu (gaz pieprzowy zawierający kapsaicynę) lub przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej. Obecnie wiadomo, że żadna z ww. teorii nie była prawdziwa.

Przyjmuje się, że przyczyną zgonu w tego typu przypadkach jest kombinacja normalnych fizjologicznych reakcji organizmu spowodowanych stresem i wysiłkiem fizycznym (pobudzenie w trakcie excited delirium, a potem w trakcie obezwładniania i unieruchamiania) oraz, w zależności od sytuacji, efektu działania psychostymulantów

¹⁶ M.L. DeBard i wsp.: ACEP Excited Delirium Task Force White Paper Report to the Council and Board of Directors, September 10, 2009, <https://www.acep.org/globalassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/ems-and-disaster-preparedness/ems-resources/acep-excited-delirium-white-paper-final-form.pdf> [dostęp z 14.10.2021].

(szczególnie kokainy, amfetaminy i jej pochodnych, dopalaczy zawierających katynony), leków (szczególnie wydłużających odstępn QT w zapisie EKG, np. niektórych leków przeciwpsychotycznych) lub chorób naturalnych układu sercowo-naczyniowego (np. takich jak przerost, włóknienie lub otłuszczenie mięśnia sercowego z wnikaniem lub miażdżycą tętnic wieńcowych).

W trakcie rozwoju EDS dochodzi do zwiększonego uwalniania katecholamin: adrenaliny i noradrenaliny. Powoduje to zwiększenie częstości akcji serca (tachykardię, działanie chronotropowe dodatnie) i zwiększenie kurczliwości mięśnia sercowego (działanie inotropowe dodatnie), a w efekcie zwiększenie zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen. Zwiększone zapotrzebowanie do pewnego momentu może być kompensowane rozszerzeniem tętnic wieńcowych (katecholaminy, a głównie adrenalina, pobudzają receptory w tętnicach wieńcowych odpowiedzialne za ich rozkurcz), natomiast dochodzi do skurczu tętnic obwodowych, co zwiększa obciążenie następcze mięśnia sercowego. Nasilone procesy metaboliczne w mięśniach obwodowych prowadzą do uruchomienia metabolizmu beztlenowego i kwasicy metabolicznej. Dochodzi do rozwoju uszkodzeń (mikrouszkodzeń) mięśni szkieletowych - rabdomiolizy, co upośledza funkcjonowanie błony komórkowej i pomp błonowych i regulacji poziomu wapnia w komórce mięśniowej. Wzrost stężenia jonów wapniowych aktywuje enzymy prowadzące dalej do uszkodzenia sarkolemy i wycieku jonów potasu, mioglobiny i mleczanów do krwi. Dochodzi do gwałtownego wzrostu stężenia potasu we krwi, wtórnie potęgowanego kwasicą metaboliczną (transmineralizacja) i mikrourazami, a także do wzrostu temperatury ciała. Podwyższone stężenie jonów potasu jest częściowo kompensowane ciągle wysokim poziomem katecholamin, który obniża podwyższony jego poziom, pobudzając ATPazę Na/K i przesuując jony potasu do wnętrza komórek. W komórkach kardiomiocytów wtórne do tego stężenie sodu wewnątrzkomórkowe będzie wywierać niewielki wpływ inotropowo ujemny. Problem pojawia się chwilę później, kiedy dojdzie już do zaprzestania wykonywania wysiłku fizycznego (co powoduje, że potas już nie narasta), natomiast poziom katecholamin pozostaje wysoki - jego szczyt pojawia się bowiem dopiero kilka minut po zaprzestaniu wysiłku (co powoduje ciągle obniżanie poziomu potasu). W efekcie stężenie potasu gwałtownie spada, co może prowadzić do wydłużenia odstępn QT w zapisie EKG i arytmii. Dodatkowo do zaburzeń rytmu związanych z nadmiarem katecholamin dochodzi, ponieważ przesunięcia jonów K, Na i Ca

generują zaburzenia automatyzmu serca i prowadzą do powstania zaburzeń ekotopowych mogących prowadzić do zagrażających życiu arytmii.

Opisane powyżej zmiany mogą skutkować zgonem w mechanizmie arytmii z następowym zatrzymaniem krążenia i oddechu, szczególnie u osób będących pod wpływem narkotyków, leków wydłużających odstęp QT w zapisie EKG lub z przewlekłymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Taka wyjściowa przyczyna zgonu, czyli obniżenie stężenia potasu we krwi, tłumaczyłaby także to, że resuscytacja w EDS najczęściej kończy się niepowodzeniem. Dla skuteczności resuscytacji konieczne byłoby najpierw odpowiednie wyrównanie zaburzeń elektrolitowych, co w warunkach pozaszpitalnych jest praktycznie niemożliwe, a dodatkowo podawana zazwyczaj wówczas dożylnie adrenalina tylko pogłębia problemy, a nie je rozwiązuje.

Powyższy patomechanizm został zacytowany z rozdziału wspomnianego poradnika wydanego przez Szkołę Policji w Słupsku¹⁷. Patomechanizm ten dobrze tłumaczy co dzieje się w organizmie podczas EDS, ale trzeba wyraźnie wskazać, że jest to tylko hipoteza, gdyż - jak już podano - nie można przeprowadzić typowych badań doświadczalnych, a nasza wiedza opiera się na obserwacjach zaistniałych przypadków. Pewne informacje otrzymujemy także z badań pośmiertnych. Przykładowo w pośmiertnych badaniach mózgu osób, u których występowały objawy EDS i które jednocześnie zażywały kokainę, często stwierdzano zmniejszenie ilości transportera dopaminy w prążkowie. To sugeruje, że jedną z potencjalnych ścieżek rozwoju EDS jest nadmierna stymulacja dopaminą, ale nie tłumaczy to zgonów osób, u których nie stwierdzono obecności stymulantów, choć teoria dopaminowa cały czas jest badana, gdyż podwzgórzowe receptory dopaminy są odpowiedzialne za termoregulację, co by wyjaśniało hipertermię u osób z EDS.

Generalnie jednak EDS nie daje żadnych objawów patognomicznych podczas sekcji zwłok (tzn. takich, które pozwalałyby na potwierdzenie tego rozpoznania). Nie stwierdza się też ewidentnych śladów urazu lub choroby naturalnej, które tłumaczyłyby przyczynę zgonu. Oczywiście np. w przypadku gwałtownego przebiegu interwencji występują ślady obrażeń zewnętrznych i wewnętrznych, ale analogiczne ślady spotykane są też w przypadkach innych niż EDS, więc na tej tylko podstawie nie można postawić rozpoznania. W takich przypadkach

¹⁷ Op. cit. patrz przypis 2.

ustalenie przyczyny zgonu opiera się na ocenie całokształtu okoliczności zdarzenia i ocenie różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów¹⁸.

Postępowanie Policji w przypadku osoby z EDS powinno być takie, jak opisane w p. V. Problemem może być rozpoznanie tego stanu przez funkcjonariuszy, stąd powinny być prowadzone odpowiednie szkolenia (patrz p. IX). Ich podstawowym celem powinno być jednak nie tyle rozpoznawanie EDS, co uświadomienie funkcjonariuszy, że osoby z EDS, podobnie jak osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi, reagują inaczej przez co typowe środki przymusu bezpośredniego nie będą skuteczne, a interwencja może zakończyć się zgonem osoby zatrzymywanej ze wszystkimi tego skutkami.

Często takie sytuacje są związane z gwałtowną reakcją społeczeństwa i mediów, nierzadkie są też zamieszki. W Wielkiej Brytanii wydano nawet oficjalne zalecenia, aby nie używać terminu EDS jako samodzielnej przyczyny zgonu, a przedstawiać ją opisowo, gdyż jest to źle odbierane przez opinię publiczną¹⁹.

Oprócz szkolenia funkcjonariuszy, niezbędne jest też szkolenie zespołów ratownictwa medycznego i pracowników Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, gdyż wiedza o EDS nie jest powszechna.

Leczenie EDS obejmuje podawanie leków uspokajających najlepiej drogą dożylną, a gdy nie jest możliwa domięśniową lub donosową, ochładzanie ciała (zdjąć ubranie, polewać wodą, obłożyć lodem kark, pachy, pachwiny, przetoczyć schłodzone płyny) i podanie wodorowęglanu sodu.

¹⁸ To stwierdzenie odnosi się nie tylko do przypadków EDS, lecz do także do wielu innych przyczyn zgonów. Sekcja zwłok zawsze jest tylko jednym z elementów szerokiego procesu badawczego. Niekiedy same jej wyniki pozwalają na ustalenie przyczyny, mechanizmu i okoliczności zgonu, ale są też przypadki, że jej wyniki nic nie wnoszą. Ta są skrajne sytuacje, a zazwyczaj wyniki sekcji wspólnie z innymi dowodami pozwalają na całościową ocenę. Nie jest jednak tak, że sekcja jest panaceum i ostatecznym dowodem.

¹⁹ The Forensic Science Regulator and Royal College of Pathologists: Forensic Science Regulator Guidance The Use of 'Excited Delirium' as a Cause of Death. FSR-G-231. Issue 2, 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/929746/Excited_Delirium_Guidance_2.pdf [dostęp z 16.10.2021]

W poniższych tabelach przedstawiono leki stosowane w leczeniu EDS proponowane przez ACEP (tab. 2) oraz w nowszej o kilka lat publikacji, również amerykańskich autorów (tab. 3).

Class	Agent (Trade Name)	Available Routes	Dosing (mg)*	Onset (min)	Duration (min)
	Midazolam (Versed)	IN	5	3-5	30-60
	Midazolam (Versed)	IM	5	10-15	120-360
	Midazolam (Versed)	IV	2-5	3-5	30-60
	Lorazepam (Ativan)	IM	4	15-30	60-120
	Lorazepam (Ativan)	IV	2-4	2-5	60-120
	Diazepam (Valium)	IM	10	15-30	15-60
	Diazepam (Valium)	IV	5-10	2-5	15-60
	†Haloperidol (Haldol)	IM	10-20	15	180-360
	†Haloperidol (Haldol)	††IV	5-10	10	180-360
	†Droperidol (Inapsine)	IM	5	20	120-240
	†Droperidol (Inapsine)	IV	2.5	10	120-240
	Ziprasidone (Geodon)	IM	10- 20	10	240
	Olanzapine (Zyprexa)	IM	10	15-30	24 hrs
	Ketamine (Ketaset, Ketalar)	IM	4-5 mg/kg	3-5	60-90
	Ketamine (Ketaset, Ketalar)	IV	2 mg/kg)	1	20-30

Tabela 2. Leki stosowane w sedacji pacjentów z excited delirium syndrome według ACEP.

IN: Intranasal; IM: Intramuscular; IV: Intravenous

* Typical adult dosing for severe agitation.

† The Food and Drug Administration has issued "Black Box" warnings regarding potential serious adverse effects (QT prolongation and torsades de points) with these agents. Clinicians should use their clinical judgment regarding the risk / benefit ratio on a case by case basis.

†† Though widely used in clinical practice, Haloperidol is not FDA approved for intravenous administration.

(For adequate control of ExDS, the above doses are conservative and describe a reasonable starting point. Clinical effect in ExDS may require doses greatly in excess of those for traditional medical use in other conditions).

Medication (Trade Name)	Administration routes	Typical dosing (mg)	Onset (min)	Duration (min)
Benzodiazapines				
Midazolam (Versed)	IN	5	3-5	30-60
Midazolam (Versed)	IM	5	10-15	120-360
Midazolam (Versed)	IV	2-5	1-5	30-60
Lorazepam (Ativan)	IM	4	15-30	60-120
Lorazepam (Ativan)	IV	2-4	2-5	60-120
Diazepam (Valium)	IM	10	15-30	15-60
Diazepam (Valium)	IV	5-10	2-5	15-60
Antipsychotics				
Haloperidol (Haldol)	IM	10-20	15-30	180-360
Haloperidol (Haldol)	IV	5-10	10	180-360
Droperidol (Inapsine)	IM	5	10-30	120-240
Droperidol (Inapsine)	IV	2.5	10	120-240
Ziprasidone (Geodon) ^a	IM	10-20	15-30	240
Olanzapine (Zyprexa) ^a	IM	10	15-30	24h
NMDA receptor antagonist/Dissociative				
Ketamine (Ketaset, Ketalar)	IM	4-5 mg/kg	3-5	60-90
Ketamine (Ketaset, Ketalar)	IV	2-4 mg/kg	1	20-30

Tabela 3. Leki stosowane w sedacji pacjentów z excited delirium syndrome według G.M. Vilke i wsp.

^a Atypical antipsychotic medications.

Podkreślić należy, że w obu tabelach na pierwszym miejscu wymienia się Midazolam. Jest to lek z grupy benzodiazepin dostępny w Polsce jako roztwór do wstrzykiwań pod nazwą handlową Midanium® (Polfa Warszawa S.A.)²⁰. Podany dożylnie charakteryzuje się szybkim początkiem działania. Równie szybko działa przy podaniu donosowym (off-label). Jest to lek nasenny, uspokajający, przeciwdrgawkowy i rozluźniający mięśnie, będący na wyposażeniu zespołów ratownictwa medycznego. Lek ten może być podany zarówno przez lekarza, jak i samodzielnie przez ratownika²¹.

²⁰ <https://www.polfawarszawa.pl/products/chpl/smcp-midanium-2016-12pl.pdf> [dostęp z 16.10.2021]

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. Dz. U. poz. 2478 ze zm.

VII. UDUSZENIA GWAŁTOWNE

Duszenie od strony sądowno-lekarskiej można najogólniej zdefiniować jako działanie z zewnątrz organizmu prowadzące w efekcie do niedotlenienia mózgu. Niedotlenienie mózgu trwające wystarczająco długo może doprowadzić do śmierci. Medycyna sądowa zajmuje się uduszeniem gwałtownym, czyli nienaturalnym - w przeciwieństwie do niedotlenienia mózgu z przyczyn naturalnych lub chorobowych, które jest schyłkowym momentem każdego umierania²². Rodzajów uduszenia gwałtownego jest bardzo dużo, żeby wymienić tylko tak odległe od siebie, jak: powieszenie, utonięcie, zachłyśnięcie, przysypanie ziemią, zatrucie tlenkiem węgla, czy brak tlenu w otoczeniu.

W tym miejscu konieczne jest omówienie dwóch rodzajów, które - podobnie jak EDS - pojawiają się często w kontekście zgonów związanych z działalnością Policji. Są to uduszenie gwałtowne poprzez a) uciśnięcie tułowia oraz b) zadławienie.

VIIA. UCIŚNIĘCIE TUŁOWIA

Wymiana gazowa w płucach (pobieranie tlenu i wydalania dwutlenku węgla) wymaga rozprężania płuc (wdech) i ich sprężania (wydech). Proces ten jest zapewniony z jednej strony przez ruchy oddechowe klatki piersiowej (tor piersiowy), a z drugiej przez skurcz i rozkurcz przepony (tor brzuszny). Każde działanie siły na klatkę piersiową i brzuch, które zakłóca te procesy, upośledza wymianę gazową i może doprowadzić do uduszenia.

Oczywiście organizm człowieka posiada swoje spore rezerwy tlenu, więc nie każde takie działanie doprowadzi do uduszenia. W pewnych jednak okolicznościach, jeżeli zewnętrzna siła, która utrudnia lub uniemożliwia wykonywanie ruchów oddechowych, będzie zbyt duża lub będzie działać zbyt długo, to te rezerwy ulegną w końcu wyczerpaniu, co w efekcie doprowadzi do niedotlenienia mózgu i śmierci. Tak może się stać w przypadku tzw. uduszenia pozycyjnego (positional asphyxia), kiedy to z uwagi na utrudniającą oddychanie pozycję ciała nie jest możliwe nabranie wystarczającej ilości powietrza (np. kiedy ktoś wpadnie do studzienki kanalizacyjnej) lub uduszenia uciskowego (compression asphyxia), kiedy to taki efekt powoduje ucisk na klatkę piersiową lub brzuch (np. kiedy dojdzie do

²² T. Konopka: Uduszenie gwałtowne. w: G. Teresiński (red.): Medycyna sądowa. Tom 1. Tanatologia i traumatologia sądowa. PZWL Warszawa 2019, pp. 823-824.

dociśnięcia kogoś do ściany przez napierający tłum). W praktyce zazwyczaj oba te mechanizmy zachodzą łącznie i trudno jest wskazać, czy w konkretnym przypadku było to bardziej uduszenie pozycyjne, czy bardziej uciskowe, natomiast generalnie jest to uduszenie poprzez uniemożliwienie wykonywania ruchów oddechowych.

Uciśnięcie tułowia osoby leżącej na podłożu grozi jej uduszeniem. Taka sytuacja jest niegroźna, jeżeli trwa krótko, gdyż zazwyczaj ucisk jedynie ogranicza możliwość oddychania, a nie blokuje go całkowicie, a poza tym organizm może korzystać wtedy z zapasów powietrza, które zawsze pozostają w płucach po wydechu i stanowią rezerwuar tlenu (functional residual capacity, FRC). Jeżeli jednak ucisk się przedłuża, to rezerwy w pewnym momencie wyczerpują się i dochodzi do uduszenia. Dodatkowymi czynnikami, które zwiększają niebezpieczeństwo jest odgięcie rąk do tyłu w pozycji leżącej na brzuchu (np. po założeniu kajdanek, szczególnie, jeżeli zostaną one oddalone od pleców) albo podłożenie skrzyżowanych rąk pod ciało w pozycji leżącej na brzuchu (np. po założeniu kaftana bezpieczeństwa), wysiłek fizyczny związany ze stawianiem oporu oraz stres związany z samą sytuacją²³. W takich okolicznościach dochodzi do uduszenia gwałtownego poprzez uniemożliwienie wykonywania ruchów oddechowych i nie ma to żadnego związku z

²³ Przeprowadzono wiele badań dotyczących wpływu leżenia na brzuchu podczas unieruchomienia stosowanego przez Policję na wydolność układu krążenia i układu oddechowego (por. np. przegląd piśmiennictwa opublikowany w zeszłym roku: G.M. Vilke: Restraint physiology: A review of the literature. J Forensic Leg Med. 2020 Oct; 75: 102056. doi: 10.1016/j.jflm.2020.102056). Żadne z nich nie wykazało, aby taka pozycja było wystarczającym czynnikiem powodującym ich niewydolność. Jednak zwraca się uwagę, że sposób przeprowadzenia takich badań zawsze - z oczywistych powodów - był odległy od sytuacji, jaka występuje podczas rzeczywistych interwencji i stąd do ich wyników należy podchodzić z ostrożnością. W szczególności podczas takich badań osoba badana zawsze wie, że jest w bezpiecznym otoczeniu, a w przypadku jakiegokolwiek zagrożenia eksperyment zostanie przerwany. Podczas rzeczywistych interwencji tak nie jest, więc wyciąganie na podstawie tych badań wniosków, że takie interwencje Policji są bezpieczne, jest błędne. Podobnie błędne są wnioski, że pozycja leżąca na brzuchu wręcz jest korzystna dla oddychania. Takie twierdzenia są z kolei oparte na doświadczeniach w leczeniu Covid-19, gdzie u niektórych pacjentów faktycznie zaleca się okresowo taką pozycję. Dotyczy to jednak pacjentów wentylowanych mechanicznie na oddziałach intensywnej terapii, co również jest odległe od sytuacji interwencji policyjnych (por. L. Davenport: Top 10 Must-Dos in ICU in COVID-19 Include Prone Ventilation.

https://www.medscape.com/viewarticle/927855#vp_1 [dostęp z 23.10.2021]).

ewentualnym uciskiem na szyję. Jeżeli policjant lub policjanci w trakcie interwencji uciskają na tułów (np. podczas przytrzymywania osoby leżącej na brzuchu przez dociskanie jej kolanami do podłoża), to muszą to robić z wyczuciem, aby nie doprowadzić do zbyt dużego ograniczenia ruchów oddechowych.

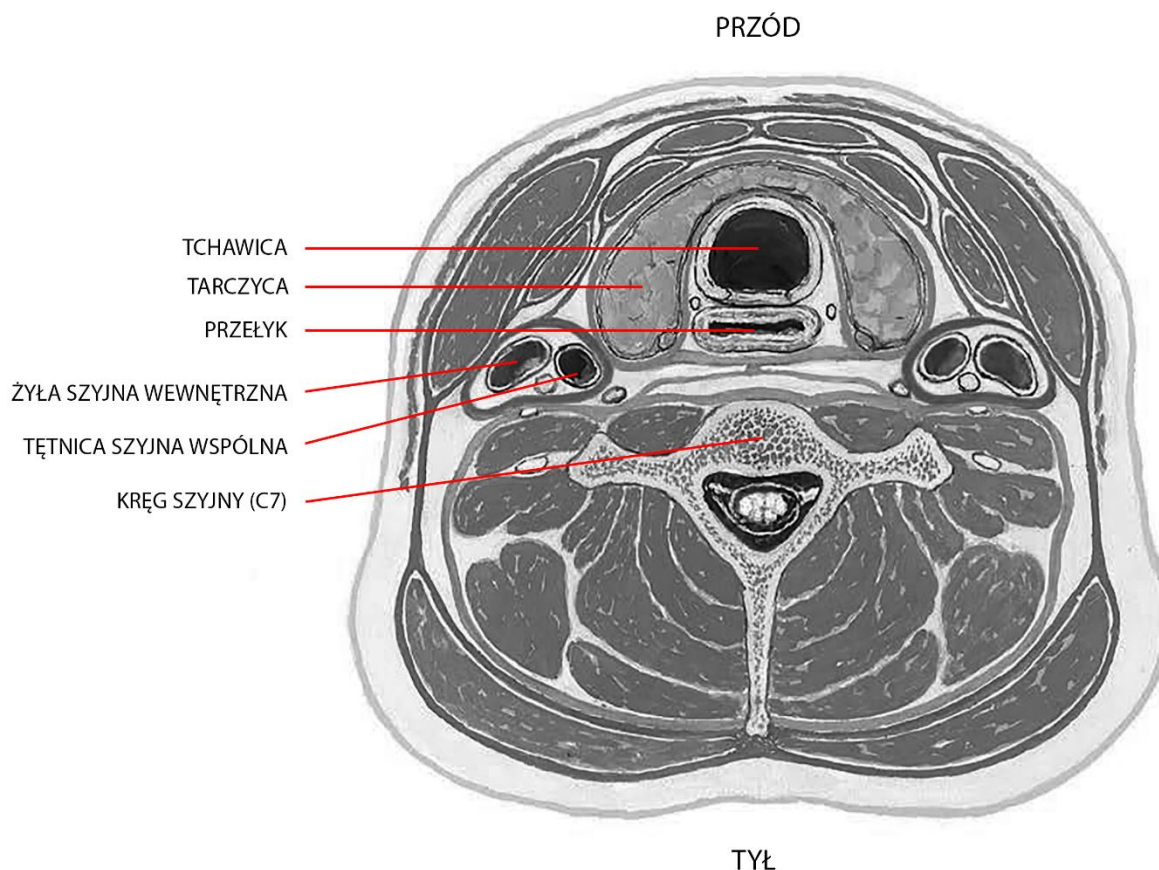
Sekcja zwłok osoby zmarłej w takich okolicznościach nie wykazuje żadnych patognomicznych objawów (tzn. takich, które pozwalałyby na potwierdzenie tego rozpoznania). Oczywiście - podobnie, jak w przypadku EDS - np. w przypadku gwałtownego przebiegu interwencji występują ślady obrażeń zewnętrznych i wewnętrznych, ale analogiczne ślady spotykane są też w innych okolicznościach, więc na tej tylko podstawie nie można postawić rozpoznania. Trzeba podkreślić, że brak objawów patognomicznych dla uduszenia podczas sekcji zwłok osoby zmarłej w takich okolicznościach nie upoważnia do twierdzenia, że do uduszenia nie doszło. Wręcz przeciwnie, w takich okolicznościach zazwyczaj takich objawów nie ma. W takich przypadkach, ustalenie przyczyny zgonu również opiera się na ocenie całości okoliczności zdarzenia i ocenie różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów.

VII B. ZADŁAWIENIE

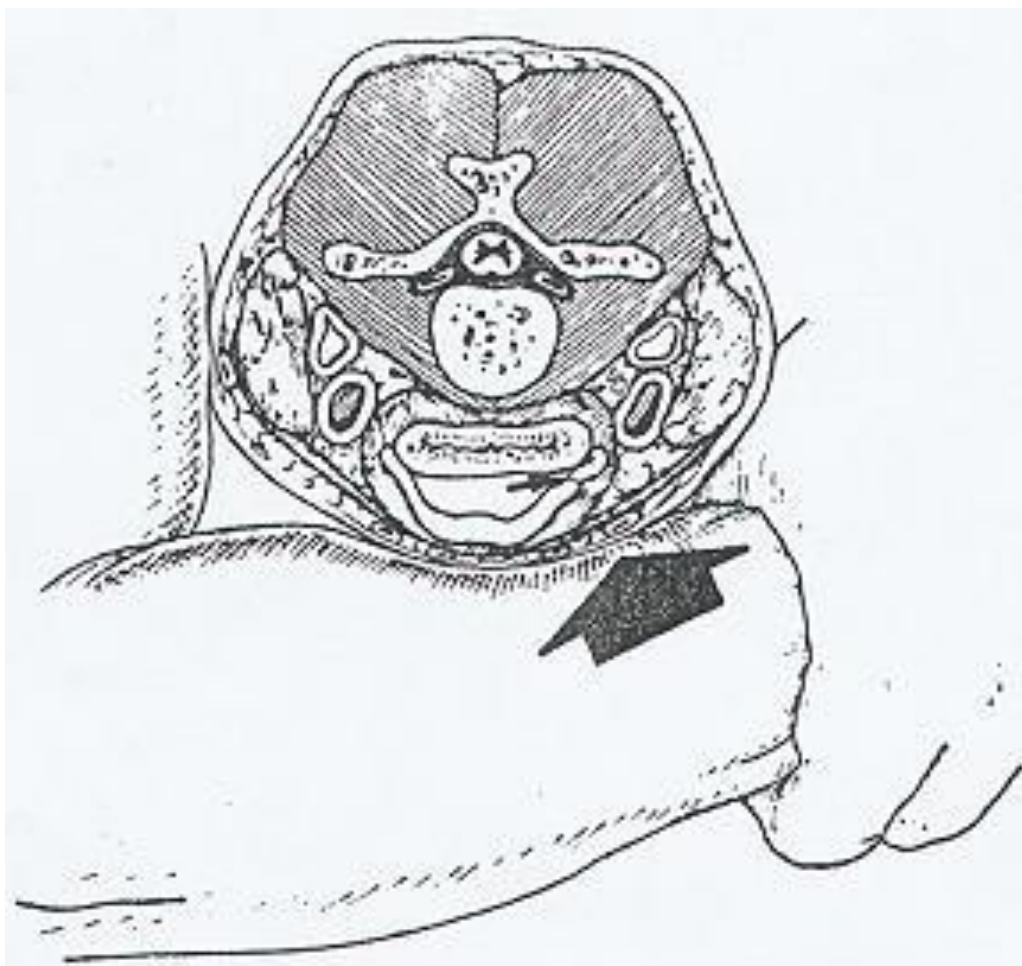
Zadławienie jest rodzajem uduszenia gwałtownego, kiedy dochodzi do uciśnięcia szyi z przodu lub boku jedną lub dwoma rękoma albo przedramieniem czy kolaniem. W realiach tej opinii istotne jest omówienie tej ostatniej sytuacji. W takich okolicznościach przedramię lub kolano uciska na przednią lub boczną powierzchnię szyi, co powoduje zwężenie gardła środkowego i dolnego oraz krtani bądź tchawicy ograniczające drożność dróg oddechowych, natomiast zamknięcie naczyń krwionośnych (tętnic szyjnych wspólnych i żył szyjnych wewnętrznych) po obu stronach jest mniej prawdopodobne. Oznacza to, że osoba może przez długi czas bronić się, gdyż mózg przez cały czas otrzymuje dostawy tlenu. Przedłużająca się obrona powoduje zaś zazwyczaj powstanie obrażeń, które są widoczne podczas sekcji zwłok. Policjanci w trakcie interwencji nie powinni stosować dławienia.

W takich okolicznościach sekcja zwłok zazwyczaj wykazuje takie objawy, jak obrażenia zewnętrzne na powłokach szyi, obrażenia wewnętrzne narządów szyi (np. złamanie chrząstek krtani lub kości gnykowej), ślady stawiania oporu, natomiast rzadziej obecne są cechy zastoju krwi w obrębie głowy. Nie ma natomiast żadnych objawów patognomicznych możliwych

do wykrycia podczas sekcji zwłok, które pozwalałyby jednoznacznie na potwierdzenie rozpoznania uduszenia przez zadławienie spowodowane uciskiem na szyję. Samo stwierdzenie obrażeń szyi nie upoważnia bowiem do stwierdzenia, że doszło do uduszenia w takim mechanizmie. Stąd też również i w takich przypadkach, ustalenie przyczyny zgonu opiera się na ocenie całokształtu okoliczności zdarzenia i ocenie różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów.



Ryc. 1. Przekrój poprzeczny szyi wg F.H. Netter: Atlas anatomii człowieka. Polskie mianownictwo anatomiczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, tablica 34 (zmodyfikowane).



Ryc. 2. Dławienie - przekrój poprzeczny szyi wg D.T. Reay, J.W. Eisele: *Death from law enforcement neck holds. Am J Forensic Med Path.* 1982; 3(3): 253-258.

VIII. OBCHWYT SZYI

W zasadach postępowania (p. V) mowa jest o obchwycie szyi jako metodzie obezwładnienia służącej do krótkotrwałego unieruchomienia zaburzonej osoby w celu podania leków. Jest to coś zupełnie innego niż dławienie opisane powyżej.

Obchwyt szyi (ang. carotid sleeper) jest to technika obezwładniania zaczerpnięta wprost z różnych sztuk walki, gdzie jest ona dozwolona przez przepisy dla uprawiających te sporty. Polega on na objęciu szyi osoby obezwładnianej przez policjanta stojącego za jej plecami w taki sposób, że jego przedramię uciska jedną powierzchnię boczną szyi i jednocześnie jego ramię drugą powierzchnię boczną, natomiast nie dochodzi do żadnego istotnego ucisku na przednią powierzchnię szyi. W takich okolicznościach nacisk na naczynia szyjne prowadzi już

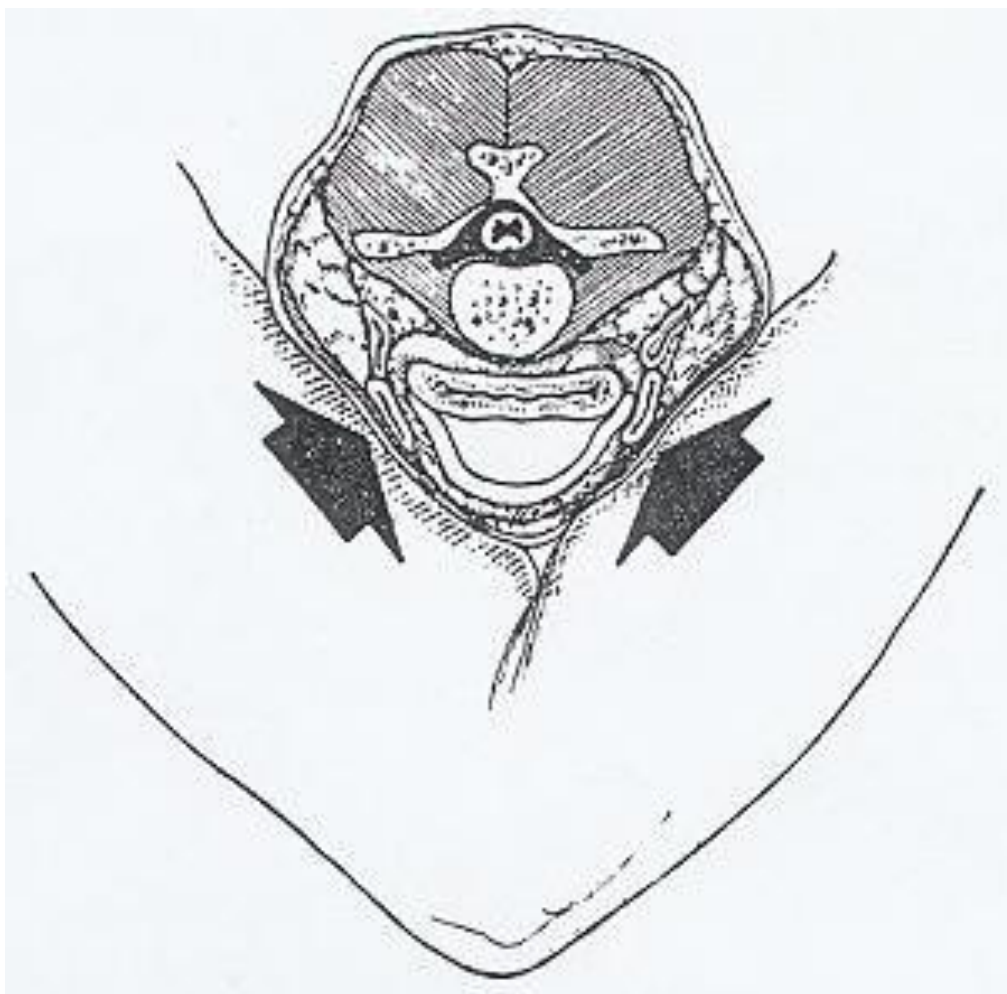
po kilku sekundach do kontrolowanego niedotlenienia mózgu²⁴, co powoduje stan przedomdleniowy i pozwala na opanowanie obezwładnianej osoby. Po złuzowaniu nacisku osoba obezwładniana odzyskuje przytomność, ale jest oszołomiona i jej zdolność do stawiania oporu jest ograniczona. Jeżeli zaś nadal stawia opór, to policjant może zwiększyć ponownie nacisk.

Technika ta ingeruje w naczynia krwionośne zapewniające odpowiednie zaopatrzenie mózgu w tlen niezbędny do życia. Dlatego też od policjanta oczekuje się wyczucia i daleko idącej ostrożności podczas stosowania tej techniki. Stosowanie jej musi być ściśle powiązane z bieżącą kontrolą stanu osoby obezwładnianej. Pamiętać należy, że wybór obchwyty szyi, jak i każdej innej techniki, musi opierać się na proporcjonalności do stopnia zagrożenia.

Warunkiem bezpiecznego i skutecznego zastosowania obchwyty szyi jest odpowiednie wykształcenie.

Między innymi policjant musi potrafić wykonać takich obchwyty tak, aby w ferworze walki nie zmienił się on w dławienie i musi mieć świadomość, że obchwyty służą tylko do krótkotrwałego obezwładnienia osoby w konkretnym celu (np. doprowadzenia do przytrzymywania w pozycji leżącej na brzuchu, założenia kajdanek, podania leków), a nie do jakiegokolwiek dłuższego unieruchomienia (patrz zasada IV i V).

²⁴ Spowodowanego zmniejszeniem przepływu przez naczynia szyjne oraz reakcją wazowagalną.



Ryc. 3. Obchwyt szyi - przekrój poprzeczny szyi wg D.T. Reay, J.W. Eisele: *Death from law enforcement neck holds. Am J Forensic Med Path.* 1982; 3(3): 253-258.

Więcej informacji na temat stosowania siły fizycznej, w tym obchwytu szyi, jako środków przymusu bezpośredniego znajduje się w cytowanym już poradniku²⁵.

IX. SZKOLENIA I OBOWIĄZEK UDZIELENIA POMOCY

Prawidłowe użycie i wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego wymaga właściwego wyszkolenia. Odpowiednią wiedzę i praktyczne umiejętności policjant powinien wynieść już ze szkolenia podstawowego, a następnie powinny być one ugruntowywane przez systematycznie powtarzane zajęcia teoretyczne i praktyczne. Każdy policjant, a w

²⁵ D. Bartnicki: Stosowanie siły fizycznej jako śpb. w: J. Gil (red.): *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn. Teoretyczno-praktyczny poradnik.* Szkoła Policji w Słupsku, Słupsk 2018, pp.98-108.

szczegółności ten rozpoczynający służbę, nie powinien być dopuszczony do pracy, jeżeli nie opanuje tej wiedzy i nie wykaże się praktycznymi umiejętnościami, gdyż może to być groźne dla niego i innych.

Programy szkoleń powinny opierać się na podręczniku opracowanym przez praktyków taktyki i techniki interwencji we współpracy z zewnętrznymi ekspertami z zakresu medycyny (zespoły, warsztaty, konferencje), co umożliwi globalne spojrzenie na zagadnienie. Programy powinny być na tyle szczegółowe, aby szkolenia były prowadzone w taki sam sposób w całej Polsce. Szkodliwa jest bowiem sytuacja, gdy program szkolenia jest na tyle ogólny, że instruktor może dobierać konkretne techniki według swojego własnego upodobania. W programach należy uwzględnić analizy rzeczywistych przypadków, które powinny być bezzwłocznie udostępniane Policji przez prokuraturę²⁶.

Ustawa o środkach przymusu w art. 36 ust. 1 wskazuje, że jeżeli „w wyniku użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego nastąpiło zranienie osoby lub wystąpiły inne widoczne objawy zagrożenia życia lub zdrowia tej osoby”, należy jej niezwłocznie udzielić właściwej pomocy²⁷. Przepis ten nakłada zatem na policjantów obowiązek posiadania odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności w tym zakresie, które powinni wynieść z odpowiednich szkoleń. Również i ta wiedza i praktyczne umiejętności powinny być ugruntowywane przez systematycznie powtarzane zajęcia teoretyczne i praktyczne. W

²⁶ Ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze (Dz. U z 2021, poz. 66) w art. 12 dotyczącym przekazywania informacji organom władzy publicznej i mediom wskazuje: §1. Prokurator Generalny, Prokurator Krajowy lub inni upoważnieni przez nich prokuratorzy mogą przedstawić organom władzy publicznej, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach także innym osobom, informacje dotyczące działalności prokuratury, w tym także informacje dotyczące konkretnych spraw, jeżeli informacje takie mogą być istotne dla bezpieczeństwa państwa lub jego prawidłowego funkcjonowania. §2. Prokurator Generalny oraz kierownicy jednostek organizacyjnych prokuratury mogą przekazać mediom osobiście, lub upoważnić w tym celu innego prokuratora, informacje z toczącego się postępowania przygotowawczego lub dotyczące działalności prokuratury, z wyłączeniem informacji niejawnych, mając na uwadze ważny interes publiczny. §3. W przypadkach wskazanych w §1 i 2 nie jest wymagane uzyskanie zgody prowadzącego postępowanie przygotowawcze. Na mocy tych przepisów odpowiednie informacje mogą być przekazane Policji, gdyż stanowi to ważny interes publiczny.

²⁷ Z pewnymi zastrzeżeniami wskazanymi w art. 36 ust. 2-5 tej ustawy.

przypadku niewykonania tej powinności funkcjonariusz Policji może ponieść odpowiedzialność za skutki dla zdrowia lub życia takiej osoby, które nastąpiły w wyniku zaniechania, czyli za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu.

W naszym raporcie dla Komendanta Głównego Policji z 2015 r. napisaliśmy²⁸: „Dodatkowo po analizie przebiegu przedmiotowych interwencji i programów szkolenia funkcjonariuszy pozwalamy sobie przedstawić pod Pana rozagę propozycję modyfikacji szkoleń policjantów w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Naszym zdaniem elementy takiego szkolenia powinny być usunięte z programów wszystkich obecnych kursów. Sytuacja, gdzie elementy pierwszej pomocy są rozproszone po różnych kursach, nie sprzyja właściwemu poznawaniu tych zagadnień. Są one wtedy jedynie pewnym dodatkiem do zasadniczego programu danego kursu, co powoduje, że nie mają odpowiedniej wagi. Dodatkowo nie widzimy też elementu stałego utrzymywania nabytych kwalifikacji. Lepszym rozwiązaniem byłoby szkolenie z pierwszej pomocy wprowadzone jako odrębny kurs dla wszystkich funkcjonariuszy.”

Twierdzenie to nadal zachowuje aktualność. Najlepiej, aby policjanci przechodzili obowiązkowo standardowe, oparte na ujednoliconych programach, kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy uzyskując tytuł ratownika (zaświadczenie o odbyciu kursu i złożeniu egzaminu z wynikiem pozytywnym jest ważne przez okres 3 lat)²⁹.

Dodatkowo wobec coraz większej liczby interwencji dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wobec podanych powyżej zasad interwencji w stosunku do takich osób, uważamy, że celowe byłoby prowadzenie także wspólnych szkoleń policjantów i zespołów ratownictwa medycznego. Szkolenia takie, siłą rzeczy prowadzone lokalnie, pozwalałyby na poznanie lokalnej specyfiki, co ułatwiłoby współdziałanie podczas rzeczywistych interwencji.

X. STWIERDZENIE ZGONU

W kontekście interwencji Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, w trakcie których lub po których dochodzi do zgonu, należy omówić kwestię stwierdzenia zgonu. Zgon jest

²⁸ Op. cit. patrz przypis 1.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy Dz. U. z 2021, poz. 411.

zjawiskiem zdysocjowanym, co oznacza, że poszczególne komórki i tkanki organizmu zachowują żywotność przez różnie długi czas po zatrzymaniu krążenia. Najbardziej wrażliwa na niedotlenienie jest kora mózgowa, która umiera już po kilku minutach, bardziej odporny jest pień mózgu, a tkanki takie jak skóra czy kości pozostają nieuszkodzone przez wiele godzin i w tym czasie można np. wykorzystać je jako materiał do przeszczepów.

Jeżeli w trakcie interwencji Policji dojdzie do niedotlenienia powodującego śmierć tylko kory mózgowej, to formalnie taka osoba nie będzie uznana za zmarłą, gdyż funkcjonował będzie pień mózgu, w którym są ośrodki sterujące oddechem, więc osoba taka będzie prawidłowo oddychać. Jeżeli zaś będzie zachowany oddech, to będzie też pracować serce, które ma własny automatyzm i dopóki będzie miało dostarczaną utlenowaną krew będzie działać zupełnie prawidłowo. Osoba taka nie odzyska jednak już nigdy przytomności i po różnie długim czasie umrze z powodu powikłań stanu obłożności, w jakim się znalazła. Taki zgon będzie powiązany przyczynowo z interwencją Policji, choć może być od niej oddalony w czasie.

Stąd też mogą pojawiać się kontrowersje, szczególnie w przekazach medialnych, co do tego czy osoba po interwencji była żywa, czy martwa, w jakim stanie została zabrana do karetki, czy zgon stwierdzono w od razu po przyjeździe do szpitala, czy też po jakimś dłuższym czasie. Kwestie te, choć nośne medialnie, są jednak drugorzędne. Podstawowym pytaniem, które należałoby zadać, jest bowiem pytanie o stan kory mózgowej. Jeżeli bowiem doszło do nieodwracalnego niedotlenienia kory mózgowej, to interwencja Policji *de facto* spowodowała zgon, choć jego wystąpienie i urzędowe stwierdzenie może dokonać się znacznie później.

Więcej informacji na temat stwierdzania zgonu i postępowania w takich przypadkach znajduje się w innych naszych publikacjach (AS, JB)^{30,31}.

Ponieważ skutek w postaci zgonu po interwencji Policji może być oddalony w czasie Policja może nie mieć nawet świadomości, że do niego doszło. Dlatego też celowe byłoby przeprowadzenie badań takich zdarzeń przez niezależny od Policji zespół, gdyż obecnie nie

³⁰ A. Smędra, J. Berent: Stwierdzanie zgonu. *Medycyna po Dyplomie* 2018, 27(1), 77-81.

³¹ A. Smędra, J. Berent: Oględziny zwłok na miejscu ich znalezienia z punktu widzenia medyka sądowego - teoria a rzeczywistość. *Prokuratura i Prawo* 2018, 9, 5-29.

jest nawet znana skala zjawiska, a doniesienia z piśmiennictwa wskazują, że oficjalne statystyki są znacznie zaniżone³².

XI. UWAGI KOŃCOWE I WNIOSKI

1. Interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym również z excited delirium syndrome, wymagają zmodyfikowania typowych zasad interwencji. Zasady te zostały opublikowane w wewnętrznym wydawnictwie Policji w roku 2018, a obecnie, po tragicznych wydarzeniach we Wrocławiu i Lubinie, powtórzono je w otwartym wydawnictwie, dostępnym również w Internecie.
2. Excited delirium syndrome (EDS) jest zespołem objawów, które może wystąpić u osób pod wpływem psychostymulantów oraz osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi chorobą. Typowym pacjentem jest pobudzony mężczyzna w wieku trzydziestu kilku lat, ubrany nieadekwatnie do pogody lub wręcz nagi, którego irracjonalne, destrukcyjne lub dziwne zachowanie staje się powodem wezwania Policji.
3. Uciśnięcie tułowia osoby leżącej na podłożu grozi jej uduszeniem, szczególnie przy odgięciu rąk do tyłu w pozycji leżącej na brzuchu albo podłożeniu skrzyżowanych rąk pod ciało w pozycji leżącej na brzuchu, jak również przy wysiłku fizycznym związanym ze stawianiem oporu oraz stresie związanym z samą sytuacją. W takich okolicznościach dochodzi do uduszenia gwałtownego poprzez uniemożliwienie wykonywania ruchów oddechowych i nie ma to żadnego związku z ewentualnym uciskiem na szyję.
4. Ucisk przedramienia lub kolana na przednią lub boczną powierzchnię szyi grozi uduszeniem poprzez zadławienie, przy czym osoba może przez długi czas bronić się, gdyż mózg przez cały czas otrzymuje dostawy tlenu. Działania takie nigdy nie powinny pojawiać się w technikach interwencji stosowanych przez Policję.
5. W przypadkach EDS, uciśnięcia tułowia bądź zadławienia ustalenie przyczyny zgonu opiera się na ocenie całokształtu okoliczności zdarzenia i ocenie różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów. Opiniowanie w tej

³² F. Sharara i wsp.: Fatal police violence by race and state in the USA, 1980–2019: a network meta-regression. *Lancet* 2021; 398: 1239-1255.

kwestii na podstawie niepełnych materiałów (np. pochodzących z informacji medialnych) nie powinno mieć miejsca.

6. Obchwyty szyi jako metoda z wyboru stosowana dla maksymalnie szybkiego obezwładnienia i wystawienia przytrzymywanej osoby na podanie leku ingeruje w naczynia krwionośne zapewniające odpowiednie zaopatrzenie mózgu w tlen niezbędny do życia. Dlatego też od policjanta oczekuje się wyczucia i daleko idącej ostrożności podczas stosowania tej techniki. Stosowanie jej musi być ściśle powiązane z bieżącą kontrolą stanu osoby obezwładnianej. Pamiętać należy, że wybór obchwyty szyi, jak i każdej innej techniki, musi opierać się na proporcjonalności do stopnia zagrożenia. Warunkiem bezpiecznego i skutecznego zastosowania obchwyty szyi jest odpowiednie wykształcenie.
7. Używanie przedmiotów do obezwładniania za pomocą energii elektrycznej, choć dopuszczone przez przepisy, jest w Polsce negatywnie odbierane społecznie. Miały na to niewątpliwie wpływ dwa zdarzenia. Pierwsze z dnia 14.10.2007 r., kiedy to na lotnisku w Vancouver podczas interwencji Royal Canadian Mounted Police zmarł polski imigrant Robert Dziekański. Drugie to zdarzenie z Komisariatu Policji Wrocław-Stare Miasto z dnia 15.05.2016 r., kiedy to zmarł Igor Stachowiak. Może to powodować niechęć funkcjonariuszy do ich używania w sytuacjach, kiedy byłoby to celowe.
8. Ponieważ przedmioty do obezwładniania za pomocą energii elektrycznej są już na wyposażeniu Policji celowe byłoby przeprowadzenie niezależnych badań ich skuteczności i bezpieczeństwa. Takie badania powinien przeprowadzić niezależny od Policji zespół, który będzie w stanie obiektywnie ocenić ich wady i zalety. Wyniki badań, jako pochodzących od niezależnych badaczy, będą bardziej wiarygodne niż informacje podawane przez producentów tych urządzeń.
9. Prawidłowe użycie i wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego wymaga właściwego wykształcenia. Programy szkoleń powinny opierać się na podręczniku opracowanym przez praktyków taktyki i techniki interwencji we współpracy z zewnętrznymi ekspertami z zakresu medycyny (zespoły, warsztaty, konferencje), co umożliwi globalne spojrzenie na zagadnienie. Programy powinny uwzględniać analizy rzeczywistych przypadków, które powinny być bezzwłocznie udostępniane Policji przez prokuraturę.

10. Realizacja szkoleń policjantów z zakresu udzielania pierwszej pomocy wymaga zmiany systemowej. Sytuacja, gdzie elementy pierwszej pomocy są rozproszone po różnych kursach, nie sprzyja właściwemu poznawaniu tych zagadnień. Są one wtedy jedynie pewnym dodatkiem do zasadniczego programu danego kursu, co powoduje, że nie mają odpowiedniej wagi. Najlepszym rozwiązaniem byłoby, aby wszyscy policjanci przechodzili obowiązkowe kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy.
11. Wobec coraz większej liczby interwencji dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi celowe byłoby prowadzenie wspólnych szkoleń policjantów i zespołów ratownictwa medycznego. Szkolenia takie ułatwiłyby współdziałanie podczas rzeczywistych interwencji.
12. Jeżeli w trakcie interwencji Policji dojdzie do nieodwracalnego niedotlenienia kory mózgowej, to osoba taka nie odzyska już nigdy przytomności i po różnie długim czasie umrze. Taki zgon będzie powiązany przyczynowo z interwencją Policji, choć może być od niej oddalony w czasie. Celowe byłoby przeprowadzenie badań tego zjawiska przez niezależny od Policji zespół, gdyż obecnie nie jest nawet znana jego skala.