



## Ocena orzecznictwa psychiatrycznego w sprawach przyjęcia bez zgody do szpitala

*Evaluation of forensic psychiatric opinions in involuntary admission cases*

STANISŁAW DĄBROWSKI, WŁODZIMIERZ ADAM BRODNIAK, WANDA LANGIEWICZ, STEFAN WELBEL

Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono wyniki oceny orzecznictwa psychiatrycznego w zakresie przyjęć do szpitali bez zgody w trybie nagłym i wnioskowym oraz według rozpoznań.

**Metoda.** Na podstawie wyników badania za pomocą „Kwestionariusza oceny opinii psychiatrycznych” i „Kwestionariusza oceny akt sądu opiekuńczego” zbadano 560 akt i opinii psychiatrycznych, w tym 436 spraw w trybie nagłym i 124 w trybie wnioskowym. Analizowano jakość akt i opinii w sprawach prowadzonych w trybie nagłym i wnioskowym. Próbowano też wskazać na wyróżniające cechy spraw dotyczących chorych z psychozami urojeniowymi i afektywnymi.

**Wyniki.** W trybie nagłym przeważały osoby z rozpoznaniem psychoz schizofrenicznych (53,2%). Znaczna ich część (25,5%) nie była zdolna do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, większość (66,3%) nie zgadzała się na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego lub oddziału psychiatrycznego szpitala ogólnego, a 8,2% wyraziła zgodę na pobyt i leczenie tuż po przyjęciu. Najważniejsze zanotowane nieprawidłowości – to: brak osobistego badania (11% opinii), niedostatecznie uzasadniona przesłanka społeczna (31%) lub jej brak (37%). Przesłanka medyczna była dobrze lub dostatecznie uzasadniona w 73%, niedostatecznie w 18%, a jej brak zanotowano w 9% zbadanych opinii. W sprawach prowadzonych w trybie wnioskowym, odwołania od postanowienia sądu lub udział adwokata w postępowaniu zanotowano tylko w niespełna 1% postępowań. Znaczna część uczestników (43%) i biegłych (35%) nie brała udziału w rozprawie. Większość spraw (74%) kończyła się w okresie 12 tygodni. Odsetek zwrotów, umorzeń, rzadziej oddaleń wniosków wynosi tylko 25%, a większość postępowań (75%) kończyła się postanowieniem o skierowaniu uczestnika do szpitala. Znaczną część świadectw (45%) załączonych do wniosków wydano bez osobistego badania i bez szczegółowego uzasadnienia potrzeby leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Natomiast większość opinii biegłych wydano na podstawie osobistego badania, najczęściej w domu uczestnika (46%), rzadziej w poradni (21%) lub szpitalu (11%). Wśród rozpoznań przeważają psychozy schizofreniczne (17%) i zespoły paranoidalne (26%). Przesłanka medyczna była w 41% dobrze uzasadniona, w 26% – dostatecznie, w 14% – niedostatecznie, a w 21% opinii nie było uzasadnienia potrzeby leczenia.

**Wnioski.** W przypadku trybu nagłego często brakuje określenia przesłanki społecznej i dostatecznego jej uzasadnienia, a co 9 opinii wydawano bez osobistego badania. W trybie wnioskowym, rzadko notuje się odwołania i udział adwokata w postępowaniu, a znaczna część uczestników i biegłych nie uczestniczy w rozprawie. Znaczna część świadectw jest wydawana bez osobistego badania i szczegółowego uzasadnienia potrzeby leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Natomiast niezależnie od trybu, dobrze opisywane są przesłanki medyczne.

### SUMMARY

**Objectives.** The paper presents results of an evaluation of forensic psychiatric opinions in cases of involuntary hospitalization, either emergency or upon petition for involuntary admission, by the type of diagnosis.

**Method.** In the study forensic psychiatric opinions and court files were analyzed for their quality using two questionnaires: “Assessment of forensic psychiatric opinions” and “Assessment of guardianship court files”, considering the mode of involuntary admission. The total of 560 cases were analyzed, in that number 436 were emergency, and 124 non-emergency hospitalizations, the latter by judicial decision upon a petition for involuntary admission. Moreover, an attempt was made to distinguish specific characteristics of cases with delusional and affective psychoses.

**Results.** Among emergency admissions persons diagnosed with schizophrenic disorders prevailed (53.2%), in a large proportion (25.5%) incapable of expressing their consent to admission to a mental hospital. The majority (66.3%) did not consent to their admission to a mental hospital or a psychiatric ward at a general hospital, while 8.2% expressed at admission their consent to hospitalization and treatment. Major irregularities included: a lack of personal examination (11% of the opinions), inadequately justified or lacking social prerequisites (31% and 37% of cases, respectively). Insufficient or lacking medical justification was noted in 18 and 9% of the opinions analyzed, respectively, while in 73% of cases it was evaluated as good or satisfactory. As regards patients petitioned for involuntary admission, appeals from the judicial decision and an attorney's participation in the proceedings were noted in only about 1% of cases. In a considerable number of cases the participants (43%) and forensic experts (35%) were absent from the court hearing. The majority (74%) of the proceedings were completed within 12 weeks. The frequency of returned files, discontinuance of the proceedings, and less often – of dismissing the motion was not higher than 25%. The majority (75%) of proceedings ended with a judicial decision about involuntary hospitalization. A large proportion (45%) of certificates enclosed to petitions had been issued without a personal examination and with no detailed justification for the need for psychiatric inpatient treatment. On the other hand, a majority of expert opinions had been based on a personal assessment, usually performed at the patient's home, or – less often – in an outpatient clinic or hospital (21% and 11%, respectively). Among diagnoses schizophrenic psychoses and paranoid syndromes prevailed (17% and 26% of cases). Medical justification was well-grounded in 41% of cases, satisfactory in 26% and inadequate in 14% of cases. In 21% of the opinions there was no justification for the need for treatment.

**Conclusions.** *In emergency admissions social prerequisites to justify the case were often missing or inadequate. Every 9<sup>th</sup> opinion had been issued with no previous personal assessment. As regards cases petitioned for involuntary admission, a large proportion of the participants (patients) and forensic experts did not participate in the court hearing; returned files and attorney's participation in the proceedings were noted infrequently. A large number of certificates had been issued without a personal assessment and with no detailed justification for the need for treatment in a mental hospital. Medical justifications were generally well-grounded, irrespective of the mode of proceedings.*

**Słowa kluczowe:** orzecznictwo psychiatryczne / przymus leczenia/ przyjęcia bez zgody

**Key words:** forensic psychiatric opinions / coercive treatment / involuntary admission

Przyjęcia bez zgody osób psychicznie chorych do szpitali i oddziałów psychiatrycznych oraz stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów stanowią jeden z najtrudniejszych, złożonych i kontrowersyjnych problemów prawnych i medycznych w leczeniu psychiatrycznym. Podstawową przesłanką konieczności stosowania różnych, często dość drastycznych form przymusu jest specyfika chorób psychicznych, które w ostrych, psychotycznych fazach znacznie ograniczają świadomość pacjenta, jego rozumienie rzeczywistości i kontrolę własnego zachowania. Ten trudny z punktu widzenia praw człowieka i jego wolności osobistej problem występuje w leczeniu psychiatrycznym na całym świecie.

We wszystkich krajach pewien odsetek pacjentów jest przyjmowany do szpitali psychiatrycznych w trybie przymusowym, bez ich zgody, najczęściej z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Stosownie do powszechnych paktów praw i wolności człowieka, formy stosowania przymusu są obwarowane prawnymi, medycznymi i administracyjnymi ograniczeniami w celu przeciwdziałania ich nadużyciu oraz w celu ochrony zdrowia i praw pacjenta do godnego traktowania. Zapisane są one w obowiązujących na świecie regulacjach prawnych, w formie ustaw o ochronie zdrowia psychicznego czy tzw. ustaw psychiatrycznych. W Polsce od stycznia 1995 roku obowiązuje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Uozp) z dnia 19.08.1994 r. (Dz. U. 1994, nr 111, poz.535), regulująca stosowanie przymusu w psychiatrii przepisami o postępowaniu administracyjno-medycznym, pod kontrolą sądów opiekuńczych. Sprawdzanie poprawności i rzetelności stosowanych procedur orzeczniczych w sprawach o przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego stanowi jedną z form monitorowania przestrzegania przepisów zawartych w Ustawie.

Wyników przedstawionych tu badań praktycznie nie można porównać z danymi z niewielu podobnych badań w innych krajach, z powodu znacznych różnic dotyczących regulacji przyjęć bez zgody i stosowania przymusu bezpośredniego w poszczególnych krajach.

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że w zależności od kraju oraz obowiązujących w nim procedur odsetek przyjęć bez zgody do szpitali psychiatrycznych oscyluje od 2–3 do nawet 40 procent wszystkich przyjęć. Także stosowanie przymusu bezpośredniego wykazuje znaczne zróżnicowanie.

W pracy Paulsena [1] przedstawiono problem rozpoznania psychiatrycznych u pacjentów przyjętych przymusowo do szpitali psychiatrycznych w Danii i podobnie jak w Polsce stwierdzono, że najczęściej są to osoby z rozpoznaniem różnych postaci schizofrenii. Hiday [2] oceniała miejsce przymusu w postępowaniach cywilno-prawnych w kontekście występujących w tym zakresie preferencji

i skutków z odniesieniem do kodeksów w krajach zachodniej Europy, ale jej wnioski były niejednoznaczne i praktycznie niemożliwe do porównania z polską legislacją problemu przymusu. Kaltiala-Heino i wsp. [3] zbadali przyczyny używania izolacji i zabezpieczeń w oddziałach psychiatrycznych. Analiza motywów ich stosowania w wielu krajach Zachodniej Europy potwierdza, że, podobnie jak w Polsce, są nimi często nieprzewidywalne, niebezpieczne dla siebie lub innych zachowania pacjentów w okresie ostrych epizodów psychotycznych, a także obawy personelu przed skutkami agresji. Często jednak także chodzi o niezgodne z procedurami stosowanie metod przymusu jako swoistej formy karania. Z kolei Bonsack i Borgeat [4] stwierdzili w swoich badaniach, że sposób postrzegania przymusu mocno koreluje z oceną potrzeby hospitalizacji i przyjęciem do szpitala psychiatrycznego. Im wyższa ocena potrzeby hospitalizacji, tym większa skłonność do uzasadniania konieczności stosowania przymusu.

W Polsce, wieloletni monitoring (1995–2006) wykazał, że w odsetek przyjęć bez zgody do szpitali psychiatrycznych waha się od 7,5 do 9,5%, a do oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych – od 5 do 6,5% ogółu przyjęć. W tym samym badaniu stwierdzono, że przymus bezpośredni w czasie leczenia w szpitalu psychiatrycznym jest stosowany wobec przeciętnie 16%, a w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych – wobec przeciętnie 10% wszystkich leczonych pacjentów [5].

## CEL

Celem tego badania była ocena jakości orzecznictwa rozumianej jako zgodność stosowanych w praktyce procedur orzeczniczych ze wzorcem postępowania odpowiednim do aktualnego poziomu wiedzy i technologii medycznej. Tym wzorcem lub standardem był projekt wcześniejszej wersji zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii z dnia 21 października 2003 r. w sprawie sposobu sporządzania opinii i świadectw wydawanych przez biegłych i uprawnionych lekarzy na użytek orzecznictwa sądowego w sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego lub wypisania jej z takiego szpitala [6]. Standardy zawarte w „Zaleceniach” składają się z dwóch grup wymogów wynikających z Uozp oraz z ogólnie przyjętych standardów medycznych.

1. Większość stanowią wymogi ustawowe, m.in.: wymóg osobistego badania przed wydaniem opinii (art. 11), uprzedzenia uczestnika o badaniu bez zgody (art. 21 ust. 2) i oceny stosunku uczestnika do przyjęcia – odmowa, zgoda, wycofanie zgody (art. 23, 24, 28, 29, 36

ust. 3), odnotowanie doprowadzenia przez policję na badanie przez biegłego w przypadku uchylania się od badania, uzasadnienie przesłanki medycznej i społecznej (art. 23, 24, 28, 29 Uozp. i art. 458 kpc), przestrzeganie zakazu wydawania opinii przez osobę, o której mowa w art. 46 ust. 3 Uozp), ocena potrzeby udziału uczestnika w rozprawie sądowej (art. 45 ust. 1a).

2. Do wymogów medycznych należą pozostałe, m.in.: badanie stanu ogólnego, stwierdzenie tożsamości, przedstawienie się badanemu i poinformowanie o celu badania.

Motywy badań nad orzecznictwem w trybie wnioskowym były sygnały o trudnościach w uzyskaniu świadectwa załączonego do wniosku o przyjęcie, o podobno częstym zwracaniu wniosków zaopatrzonych w świadectwo wydane przez lekarza niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, o przewlekaniu postępowania sądowego. Dotychczas nie realizowano w naszym kraju badań nad tym orzecznictwem.

## METODA

Badania były przeprowadzone w latach 2004–2005 za pomocą dwóch narzędzi.

– Kwestionariusz „Ocena akt sprawy” służył do analizy kolejnych etapów postępowania sądowego począwszy od numeru akt sprawy, danych demograficznych uczestnika, zawiadomienia sądu o przyjęciu i w szczególności uzasadnieniu przesłanek przyjęcia, protokołu sędziego wizytującego, a kończąc na postanowieniu sądu o zasadności przyjęcia i zawiadomieniu sądu o wypisaniu uczestnika (pacjenta) ze szpitala.

– Kwestionariusz „Ocena opinii biegłych psychiatrów” służył do analizy kolejnych etapów opracowania opinii biegłego. Ważniejsze etapy to wyciąg z historii choroby zawierający m.in. skierowanie, stan psychiczny uczestnika przy przyjęciu, stosunek uczestnika do przyjęcia, przesłankę medyczną i behawioralną wg historii choroby i innych dokumentów, opis badania przez biegłego z uwzględnieniem m.in. stanu psychicznego, stosunku do przyjęcia i badania, przesłanki medycznej i behawioralnej, uzasadnienia opinii i wniosków. W przypadku przyjęć w trybie wnioskowym oceniano także świadectwo przewidziane w art. 30 ust. 1

Kwestionariusze wypełniali wyłącznie członkowie zespołu badawczego, a w odczytywaniu akt i opinii zawsze uczestniczyły co najmniej dwie osoby.

## BADANE OPINIE I AKTA

Badanie prowadzono w porozumieniu z Departamentem Sądów Powszechnych Ministerstwa Sprawiedliwości, który dostarczył akta spraw. Zgodnie z naszą propozycją otrzymaliśmy po 31 akt z 18 okręgów sądowych. Akta miały obejmować zarówno uczestników z dużych miast, jak i wsi. Ogółem oceniano opinie biegłych i akta spraw 436 pacjentów przyjętych w trybie nagłym oraz 124 pacjentów przyjętych w trybie wnioskowym. Udział trybu wnioskowego miał być nie większy niż 10%. Wystąpiła jednak znaczna nadreprezentacja spraw wnioskowych, która wynikała z niezrozumienia przez sądy okręgowe naszych kryteriów

dotyczących metody doboru akt. W dążeniu do utrzymania właściwej proporcji spraw między okręgami wielkomięskimi a średnio- i małomięskimi nie uwzględniono okoliczności, że większość sądów w okręgach średnio- i małomięskich orzeka wyłącznie w sprawach wnioskowych, bowiem nie ma tam szpitali psychiatrycznych. W rzeczywistości udział spraw wyłącznie wnioskowych wynosi nie 22% lecz ok. 10%.

Po ocenie spraw prowadzonych w trybie nagłym i wnioskowym, podjęto analizę różnic zależnych od rozpoznania pacjentów. W przypadku spraw prowadzonych w trybie nagłym przedmiotem analizy było 400 akt. Zmniejszenie liczby badanych akt spraw w trybie nagłym wynikało z braku informacji o rozpoznaniach (36 spraw) osób, które wyraziły zgodę i sąd umorzył postępowanie. Jak się okazało, analiza spraw prowadzonych w trybie wnioskowym okazała się niecelowa, ze względu na znikoma reprezentację osób z rozpoznaniem psychoz afektywnych (3 osoby) wobec 121 osób z rozpoznaniem psychoz urojeniowych.

Po zakończeniu przeglądu akt, całość materiału opracowano statystycznie przede wszystkim z zastosowaniem prostych miar odsetkowych, ale także w ramach wybranych porównań z wykorzystaniem testu  $\chi^2$ .

## WYNIKI

### Ocena orzecznictwa w trybie nagłym

W trybie nagłym bez zgody przyjęto do szpitali psychiatrycznych 436 pacjentów. Ocena opinii psychiatrycznych w sprawach o przyjęcie bez zgody w trybie nagłym jest w skrócie przedstawiona już w innej publikacji [7]. Tu przedstawiono więcej szczegółów.

**Osoby, które wyraziły zgodę (36–8,2% ogółu).** W grupie było 19 mężczyzn i 17 kobiet, większość z nich (24 osoby) miała powyżej 30 lat. Siedem z nich wypisano wkrótce po posiedzeniu sądu. W aktach tej grupy pacjentów nie było opinii biegłego ani wzmianek o rozpoznaniu. Z uwag sędziów i lekarzy przyjmujących wynikało, że przeważały w niej krótkotrwałe ostre reakcje psychogenne. W 11 przypadkach przed przyjęciem miały miejsce zachowania lub groźby samobójcze, czyny agresywne przeciwko innym osobom powikłane nietrzeźwością. Na podstawie art. 23 przyjęto 72,2%, art. 24 – 22,2%, art. 28 – 2,8% (u pozostałych 3 osób brak danych o przesłance przyjęcia). W 52,8% przypadkach lekarz dyżurny uzasadnił przesłanki społeczne przyjęcia bez zgody: głównie zagrożenie innym, rzadziej sobie. W 47,2% brakowało uzasadnienia lub odnotowano nic nie mówiące, ogólnikowe wpisy („agresja” albo „jak w ustawie”). Większość przyjętych (91,7%) została wysłuchana przez sędziego wizytującego i podpisała (66,7%) protokół z wysłuchania. W 66,7% przypadków postępowanie umorzono na posiedzeniu niejawnym pod nieobecność uczestników, natomiast w 33,3% umorzenie nastąpiło w obecności pacjentów, spośród których 6 zgodziło się na pobyt i leczenie dopiero na rozprawie. W tych 6 sprawach sąd otrzymał zawiadomienie o wypisaniu uczestników rozprawy ze szpitala. Połowa spośród 24 posiedzeń niejawnych zbiegła się w czasie z datą wizytacji sędziego, dalszych 8 odbyło się w okresie od 1 do 5 dni po przyjęciu, a pozostałe – w okresie 6 dni do 3 tygodni po przyjęciu.

**Osoby niezdolne do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia (111 osób – 25,5%).** Częściej niż psychozy schizofreniczne (31,5%) powodem przyjęcia były tu psychozy pochodzenia organicznego – zespoły otępienie u 47 chorych (42,3%), w tym 9 osób z zespołami zaburzeń świadomości, 22,5% upośledzonych umysłowo oraz 3,6% osób z psychozami alkoholowymi. 12,6% pacjentów akceptowało przyjęcie, 27,9% protestowało, a 59,5% nie sprzeciwiało się. W 91,9% przypadków sąd stwierdził ustawowe przesłanki przyjęcia bez zgody. Kobiet było nieco więcej (52,3%) niż mężczyzn (47,7%). Przeważały osoby powyżej 50 roku życia (52,3%), wielokrotnie hospitalizowane 57,7%, ze skierowaniami wydanymi na podstawie osobistego badania 52,3%. Z domów pomocy społecznej skierowano 13,5% pacjentów. Pogotowie, często z udziałem policji, przywiozło 54,1% pacjentów.

Większość – 90 osób (81,1%) przyjęto na podstawie art. 23, 12 (10,8%) – art. 24, a 3,6% – art. 28. Odsetek przyjęć i zatrzymań z uzasadnioną przez lekarza dyżurnego przesłanką społeczną wynosił 32,4%, a z nieuzasadnioną – 60,4%. Wśród uzasadnionych przesłanek przeważało zagrożenie własnego życia lub życia innych osób, a wśród nieuzasadnionych – ogólniki („jak w ustawie” lub „w związku ze stanem psychicznym”). W 53,2% przypadków w przyjęciu uczestniczyli członkowie rodziny, rzadziej inne osoby. Tylko w 13,5% korzystano z opinii drugiego lekarza lub psychologa.

Z powodu braku kontaktu, sędzia wysłuchał tylko 19,8% pacjentów. W 25,2% w wysłuchaniu uczestniczył lekarz i tylko 4 pacjentów podpisało protokół wysłuchania. Przed rozprawą szpital wypisał 7 pacjentów. W rozprawie sądowej uczestniczyło tylko 26,1%. Większość rozpraw – 52,2% odbywała się w szpitalu. Biegły uczestniczył w 25,2%, a 15,3% pacjentów zaakceptowało pobyt w szpitalu. W 25,2% sąd otrzymał zawiadomienie o wypisaniu pacjentów ze szpitala. Na podstawie osobistego badania biegli wydali 98 (88,3%) opinii, a brak tego badania stwierdzono w 11,7% opinii. W sposób odrębny, częściowo lub całkowicie nieczytelny, sporządzono 19,8% opinii. W 4,5% biegły odnotował przedstawienie się pacjentowi, w 6,3% poinformował pacjenta o badaniu, w 6,3% stwierdził tożsamość badanego, w 9,0% zapytał o zgodę na badanie. Zgodę wyraziło 6,3%, 8,1% pacjentów jej odmówiło, 27,0% nie sprzeciwiało się. Według biegłych, przymus bezpośredni podczas pobytu w oddziale zastosowano wobec 22,5% pacjentów. Tylko 10,8% pacjentów uznano za niezdolnych do udziału w rozprawie sądowej.

Wzmiankę o stanie somatycznym, w formie opisu badania własnego lub powołania się na historię choroby, stwierdzono w 41,4% opinii. Biegli opisując przesłankę medyczną uwzględnili co najmniej 3 objawy w 31,5% opinii, a pojedyncze objawy lub ogólniki w 53 47,7%. Brak opisu stwierdzono w 20,7% opinii. We wnioskach stwierdzono, że przesłanka medyczna była dobrze i dostatecznie uzasadniona w 64,0% opinii, a niedostatecznie – w 28,0%. Brak uzasadnienia ujawniono w 8 opiniach (7,2%).

Zdaniem biegłych wśród przesłanek społecznych przy przyjęciu przeważało niezamierzone zagrożenie związane z ostrymi zespołami psychiatrycznymi 36,9%, a w 20,7% przypadkach przesłanki nie odnotowano. We wnioskach stwierdzono, że opinii z przesłanką dobrze uzasadnioną

było tylko 9%), dostatecznie – 15,3%, a niedostatecznie – 35,1%. Uzasadnienia brakowało w 40,5% opinii.

**Osoby, które nie wyraziły zgody na przyjęcie i pobyt w szpitalu (289 osób – 66,3%).** Psychozy schizofreniczne (40,8%, w tym: paranoidalne 33,9%, katatoniczne 1,7%, inne 5,2%) i zespoły paranoidalne (17,3%) przeważały nad innymi psychozami, w tym afektywnymi (16,4%), otępiennymi (5,9%) i innymi. Mężczyzn było nieco więcej (53,6%) niż kobiet (46,4%). Przeważały osoby od 30 do 49 r. ż., wielokrotnie hospitalizowane (63,7%), ze skierowaniami wydanymi na podstawie osobistego badania (62,6%). Prawie połowa (49,1%) nie brała leków przed hospitalizacją. Z domów pomocy społecznej skierowano 6,2% przyjętych. Pogotowie, często z pomocą policji, przywiozło 66,4% osób.

Podstawą przyjęcia był najczęściej art. 23 (75,4%), rzadziej art. 24 (12,8%) i art. 28 (11,4%).

Odsetek przyjęć i zatrzymań z uzasadnioną przez lekarza dyżurnego przesłanką społeczną wynosił 49,8% i był wyższy niż z przesłanką nieuzasadnioną (43,6%). Wśród przesłanek uzasadnionych przeważało zagrożenie przeciwko sobie i innym, a wśród nieuzasadnionych – niezamierzone związane z ostrym stanem psychiatrycznym i ogólniki („jak w ustawie”, „przyjęty w związku ze stanem psychicznym” albo „stanem zdrowia”).

W 53,6% przyjęciach uczestniczyli członkowie rodziny. W 19% przypadków korzystano z opinii drugiego lekarza, rzadziej psychologa. Sędzia wizytujący wysłuchał prawie wszystkich pacjentów (95,8%). W 17,6% przypadków przy wysłuchaniu był obecny lekarz, a protokół podpisało 11,4% osób.

Przed rozprawą wypisano ze szpitala 9,3% uczestników postępowania. W rozprawie uczestniczyło 47,1% osób, a 14,9% zaakceptowało pobyt i leczenie w szpitalu. Większość rozpraw – 169 (58,5%) odbywała się w szpitalu. Biegły uczestniczył w 31,8% rozprawach. W 95,5% sąd stwierdził ustawowe przesłanki przyjęcia bez zgody. Sąd otrzymał zawiadomienie o wypisaniu ze szpitala w 33,2% przypadkach.

Na podstawie osobistego badania biegli wydali 88,9% opinii. Brak tego badania ujawniono w 11,1% opiniach. Większość opinii (84,1%) była czytelna. Odrębnie sporządzono 12,1% opinii, w tym część trudno czytelnych, a 3,1% – w formie ustnej, do protokołu. Daty badania nie odnotowano w 5,8% opinii, a miejsca badania w 4,2%. Biegli odnotowali przedstawienie się badanym w 2,4% opiniach, poinformowanie o badaniu w 3,8%, stwierdzenie tożsamości w 4,2%, pytanie o zgodę na badanie w 37 (12,8%). Zgodę wyraziło 13,5%, odmowę werbalną lub w formie innych zachowań 2,1%, brak sprzeciwu – 37,7%.

Wzmiankę o stanie somatycznym (powołanie się na własne badanie lub historię choroby) ujawniono w 22,5% opinii, a o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w oddziale w 11,4%. Tylko 1,7% pacjentów z tej grupy uznano za niezdolnych do uczestnictwa w rozprawie. Opisując przesłankę medyczną biegli uwzględnili co najmniej 3 objawy w 46,7% opinii. Pojedyncze objawy lub ogólniki, np. „urojenia”, „halucynacje”, „pacjent psychiatryczny” w 39,8%. Brak opisu stwierdzono w 13,5%. Według autorów badania przesłanka medyczna była w 72,7% opinii dobrze i dostatecznie uzasadniona, w 18,3% – niedostatecznie, a w 9% przesłanki nie uzasadniono.

Zdaniem biegłych wśród przesłanek społecznych zagrożenie wobec innych osób i siebie (37,4%) przeważało nad groźbami (18,9%) i niezamierzonym zagrożeniem związanym z ostrymi zaburzeniami psychicznymi (14,2%). Brak opisu przesłanki stwierdzono w 13,8% opinii. Zdaniem autorów przesłanka społeczna była dobrze uzasadniona w 14,5% opinii, dostatecznie w 20,8%, niedostatecznie w 28,4%, a w 36,3% zagrożenia nie uzasadniono

**Porównanie osób niezdolnych do wyrażenia zgody (stosunku do przyjęcia) z niewyrażającymi zgody.** Porównanie zmiennych charakteryzujących te dwie grupy osób przedstawia tabl. 1.

Wynika z niej, że w porównaniu z grupą osób niezdolnych do wyrażenia zgody (różnice przekraczające 10% są istotne statystycznie), w grupie osób niewyrażających zgody:

- rozpoznanie psychoz schizofrenicznych (40,8%) przeważa nad rozpoznaniem psychoz organicznych (19,4%), odwrotnie niż w grupie niezdolnych do wyrażenia zgody, gdzie częstość psychoz organicznych (otępienych, alkoholowych, upośledzenia umysłowego, zaburzeń świadomości) jest wyższa (42,3% vs 31,5%);
- przyjęcia są częściej należycie uzasadnione przez lekarza dyżurnego jako zagrażające – 49,8% vs 32,4%;
- uczestnicy są znacznie częściej wysłuchani przez sędziego wizytującego – 45,8 vs 19,8%.
- pacjenci są znacznie częściej przywożeni przez pogotowie z udziałem policji lub bez niego – 66,4% vs 54,1%;
- pacjenci znacznie częściej uczestniczą w rozprawie sądowej – 47% vs 26,1%;
- biegły rzadziej powoływał się na badanie somatyczne wykonane osobiście lub przez lekarza przyjmującego – 22,5% vs 41,4%;
- pacjenci częściej akceptują badanie stanu psychicznego wykonane przez biegłego – 13,5% vs 6,3%;
- a także częściej nie sprzeciwiają się temu badaniu – 37,7 vs 27%;
- rzadziej są niezdolni do uczestniczenia w rozprawie sądowej;
- przesłanka medyczna jest częściej dobrze opisana (46,7% vs 31,5%), a rzadziej takiego opisu brak (13,5% vs 20,8%),
- przesłanka medyczna jest przez biegłych częściej dobrze uzasadniona – 41,2% vs 28,8%;
- częściej występuje przesłanka społeczna w formie bezpośredniego zagrożenia innym i sobie 37,7% vs 22,5% (w grupie niezdolnych do wyrażenia zgody przeważało niezamierzone zagrożenie związane z ostrymi zespołami psychotycznymi – 36,9%, obok niszczenie przedmiotów 5,4% i odmowy jedzenia – 5,4%);
- przesłanka społeczna jest częściej dobrze i dostatecznie uzasadniona 35,4% vs 24,3%.

#### **Orzecznictwo w trybie nagłym u osób z psychozami urojeniowymi i afektywnymi**

Wśród 400 pacjentów z uchwytymi rozpoznaniem, u 178 (53,2%) osób rozpoznano psychozę urojeniową, tzn. u 118 (38,2%) – schizofrenię paranoidalną i u 60 osób (15%) – zespoły paranoidalne. Również u 60 osób (15%) rozpoznano psychozy afektywne. Przedstawienie wyników koncentruje uwagę na opisie tych dwóch grup diagnostycznych.

**Psychozy urojeniowe.** Między dwiema grupami rozpoznań – schizofrenią paranoidalną i zespołami paranoidalnymi – w zakresie wybranych 17 zmiennych zaobserwowano wiele różnic, ale tylko w dwóch przypadkach: liczby hospitalizacji i przesłanek społecznych, stwierdzone przy przyjęciu różnice były znamienne statystycznie. W grupie z zespołami paranoidalnymi notuje się znacznie mniejszy odsetek osób wielokrotnie hospitalizowanych (46,7%) w porównaniu do grupy pacjentów z diagnozą schizofrenii paranoidalnej (85,6%). Wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, behawioralnymi przesłankami przyjęcia były według częstości: agresja wobec innych ludzi (29,7%), groźby (15,3%), ostre zespoły psychotyczne (11,9%) i niszczenie przedmiotów (10,2%). W przypadku zespołów paranoidalnych na pierwszym miejscu lokowały się groźby (33,3%), a następnie agresja wobec innych (20,0%), niszczenie przedmiotów (18,3%) i ostre zespoły psychotyczne tylko 2,3%.

W porównaniu całej grupy osób z rozpoznaniem psychoz urojeniowych (53,2% z ogółu 400 osób) z grupą osób z wszystkimi pozostałymi rozpoznaniem, na 17 wybranych do analizy zmiennych odnotowano występowanie znamienych statystycznie różnic w zakresie następujących 8 zmiennych: wieku, liczby hospitalizacji, wizytacji sędziego, odmowy zgody na pobyt w szpitalu, niezdolności do wyrażenia sprzeciwu lub akceptacji, uczestnictwa w rozprawach sądowych, przesłanki medycznej we wnioskach biegłych i przesłanki społecznej opisywanej przy przyjęciu do szpitala. Pacjentów z psychozami urojeniowymi cechował następujące cechy:

- przeciętnie młodszy wiek (przewaga osób w wieku poniżej 50 lat),
- wielokrotne hospitalizacje,
- częstsze wysłuchiwanie przez sędziego wizytującego (84,8% vs 66,7%),
- częstsza odmowa zgody na pobyt w szpitalu (77,5% vs 59,0%),
- rzadsza niezdolność do wyrażenia sprzeciwu lub akceptacji (16,9% vs 36,5%)
- częstsze uczestnictwo w rozprawach (51,1% vs 33,3%),
- lepiej opisana przesłanka medyczna (78,2% opinii dobrze i dostatecznie uzasadnionych vs 63,5%, przy braku uzasadnienia, odpowiednio, w 5,1% vs 11,3% opinii)
- inny rozkład odnotowanych przesłanek społecznych (agresja wobec innych – 26,4%, groźby – 21,3%, niszczenie przedmiotów – 12,9%, ostre zespoły psychotyczne – 9,0%) niż w przypadku innych rozpoznaj (agresja wobec innych – 25,7%, usiłowanie agresji wobec innych – 21,6%, usiłowanie agresji wobec siebie – 14,4% i agresja dokonana wobec siebie – 11,7%)

**Psychozy afektywne.** Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych, w tym psychoz afektywnych, jest znaczne. Psychozy te należą do drugiej co do wielkości (po schizofrenii) grupy zaburzeń leczonych w opiece całodobowej (10,7%). Z naszych danych wynika, że psychozy afektywne w przyjęciach bez zgody w trybie nagłym stanowią trzecią co do wielkości grupę (15%), po schizofrenii paranoidalnej (34,7%), innych psychozach schizofrenicznych i zespołach paranoidalnych (34,1%). Udział osób w przedziale od 30 do 49 lat był prawie dwa razy wyższy niż przed tym okresem i po nim. Wbrew naszym oczekiwaniom nie ma różnic

Tabela 1. Orzecznictwo w sprawach o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym.  
 Table 1. Forensic expert opinions in cases of emergency admission to mental hospital.

Analizowane zmienne i przesłanki oceny		Ogółem (N = 400)		Niezdolni do wyrażenia zgody (n = 111)		Niewyrażający zgody (n = 289)	
		liczba	%	liczba	%	N = 289	%
<b>Informacje ogólne</b>							
Płeć	męska	208	52,0	53	47,7	155	53,6
	żeńska	192	48,0	58	52,3	134	46,4
wiek	do 29 lat	70	17,5	15	13,5	55	19,0
	30–49 lat	156	39,0	31	27,9	125	43,3
	50 lat i więcej	160	40,0	58	52,3	102	35,3
Miejsce zamieszkania	m. wojewódzkie	133	33,3	33	29,7	100	34,6
	m. powiatowe	120	30,0	39	35,1	81	28,0
	gmina, wieś	141	35,3	36	32,4	105	36,3
Miejsce hospitalizacji	szpital psychiatryczny	338	84,5	98	88,3	240	83,0
	oddział psychiatryczny szpitala ogólnego	62	15,5	13	11,7	49	17,0
Hospitalizacja wielokrotna		248	62,0	64	57,7	184	63,7
Badanie przed skierowaniem		239	59,8	58	52,3	181	62,6
Postępowanie z:	art. 23	308	77,0	90	81,1	218	75,4
	art. 24	49	12,3	12	10,8	37	12,8
	art. 28	37	9,3	4	3,6	33	11,4
	w tym z art. 26	17	4,3	4	3,6	13	4,5
<b>Informacje z opinii biegłych</b>							
Uczestnictwo pacjenta w rozprawie		165	41,3	29	26,1	136	47,1
Ocena zagrożenia wg lekarza dyżurnego	uzasadnione	180	45,0	36	32,4	144	49,8
	nieuzasadnione	193	48,3	67	60,4	126	43,6
Wysłuchanie pacjenta przez sędziego	tak	299	74,8	22	19,8	277	95,8
	nie	93	23,3	88	79,3	5	1,7
Stosunek do hospitalizacji podczas wysłuchania	zgoda	11	2,8	0	0,0	11	3,8
	sprzeciw	269	67,3	0	0,0	269	93,1
	niezdolność do wyrażenia zgody	111	27,8	111	100,0	0	0,0
Badanie osobiste przez biegłego		355	88,8	98	88,3	257	88,9
Spełnia kryteria czytelności opinii		331	82,8	88	79,3	243	84,1
Stosunek do badania przez biegłego	zgoda; brak sprzeciwu	185	46,2	37	33,3	148	51,2
	sprzeciw	19	4,8	9	8,1	10	3,5
<b>Rozpoznanie i ocena przesłanek</b>							
Rozpoznanie	otępienie	42	10,5	25	22,5	17	5,9
	schizofrenia	153	38,3	35	31,5	118	40,8
	w tym: paranoidalna	118	29,5	20	18,0	98	33,9
	zespół paranoidalny	60	15,0	10	9,0	50	17,3
	psychozy afektywne	60	15,0	13	11,7	47	16,3
	w tym: depresyjne	30	7,5	9	8,1	21	7,3
	psychozy alkoholowe	20	5,0	4	3,6	16	5,5
	stany psychotyczne, inne psychozy	21	5,3	9	8,1	12	4,2
	upośledzenie umysłowe	20	5,0	9	8,1	11	3,8
	inne i brak rozpoznań	24	10,2	6	13,5	18	9,0
Ocena objawów: dobrze opisane		170	42,5	35	31,5	135	46,7
Ocena uzasadnienia przesłanki medycznej	dobra	151	37,7	32	28,8	119	41,2
	dostateczna	131	32,8	40	36,0	91	31,5
	niedostateczna	84	21,0	31	27,9	53	18,3
	brak	34	8,5	8	7,2	26	9,0
Ocena uzasadnienia przesłanki społecznej	dobra	52	13,0	10	9,0	42	14,5
	dostateczna	77	19,2	17	15,3	60	20,8
	niedostateczna	121	30,3	39	35,1	82	28,4
	brak	150	37,5	45	40,5	105	36,3
Przesłanka społeczna: agresja wobec siebie	36	9,0	7	6,3	29	10,0	

dopełnienie do 100 % – brak danych lub nie dotyczy

między liczbą mężczyzn (51,7%) i kobiet (48,3%) oraz między pacjentami depresyjnymi i maniakalnymi. Znaczenie tej grupy w orzecznictwie psychiatrycznym w sprawach cywilnych przewidzianych w Uozp psychicznego jest znaczący nie tylko pod względem ilościowym, lecz również ze względu na ocenę jakości tego orzecznictwa.

Psychozy afektywne różniły się istotnie od innych psychoz przede wszystkim pod względem częstości wykorzystania trybu nagłego lub wnioskowego. Przeważająca większość pacjentów z psychozami afektywnymi była przyjęta w trybie nagłym – 60 (95,2%), a w trybie wnioskowym tylko – 3 (4,8%). Fakt ten mógłby świadczyć, że osoby z tymi zaburzeniami stwarzają znacznie większe bezpośrednie zagrożenie dla siebie i innych oraz wymagają bezzwłocznej hospitalizacji. W celu sprawdzenia tego przypuszczenia analizowano szereg zmiennych, które pośrednio lub bezpośrednio wiążą się z zagrożeniem własnego życia lub życia albo zdrowia innych osób. Porównanie to wskazuje na:

- brak istotnych różnic w zakresie: wieku, płci, badania poprzedzającego skierowanie do szpitala, wysłuchania przez sędziego wizytującego, stosunkiem do przyjęcia i pobytu wyrażonym wobec sędziego, uczestnictwem w rozprawie, liczbą rozpraw i szeregiem innych zmiennych,
- występowanie istotnej różnicy w zakresie: zatrzymania w szpitalu na mocy art. 28, uzasadnienia przesłanki społecznej przez lekarza dyżurnego, czytelności opinii, stosunku uczestnika do badania przez biegłego, uzasadnienia przesłanki medycznej, szczegółowego wskazania rodzaju bezpośredniego zagrożenia oraz ogólnego uzasadnienia przesłanki społecznej.

W celu wyjaśnienia znaczenia przesłanki społecznej porównano rodzaj zagrożenia i jej ogólne uzasadnienie. Z tej analizy wynika, że w psychozach afektywnych:

- zagrożenie dla własnego życia jako rodzaj przesłanki społecznej występuje istotnie częściej (21,7%) niż w innych psychozach – w otępieniu (7,1%), w nieparanoidalnych psychozach schizofrenicznych (1,7%) i w schizofrenii paranoidalnej (6,8%),
- lepsze – dobre lub dostateczne – jest uzasadnienie ogólnego zagrożenia bezpośredniego
- najniższa jest częstość braku ogólnego uzasadnienia zagrożenia bezpośredniego, tzn. że opinie w tych psychozach istotnie lepiej spełniają wymóg należytej staranności (art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza).

Wyższe wskaźniki należytej staranności nie ograniczają się do lepszego uzasadnienia zagrożenia, lecz wyrażają się również niższymi odsetkami „braków danych” w większości omawianych wcześniej zmiennych.

### **Ocena orzecznictwa psychiatrycznego w trybie wnioskowym**

Wśród 124 aktów spraw w trybie wnioskowym akta kobiet (58%) przeważały nad aktami mężczyzn (42%). Młodsze osoby (do 30 lat) stanowiły 14,5%, a starsze – 72% uczestników. Uczestnicy z miast wojewódzkich (40,3%) przeważali nad mieszkańcami miast powiatowych (30,6%) i wsi (21,6%), a wielokrotnie hospitalizowani (61,5%) nad przyjętymi pierwszy raz (12%). Odsetki te nie sumują się do 100% z powodu braku odpowiednich danych. Przeprowadzona analiza ujawniła następujące fakty.

- Wśród uczestników trybu wnioskowego przeważają wielokrotnie hospitalizowane kobiety.
- Znaczna część (43%) uczestników i biegłych (35%) nie brała udziału w rozprawie. Odsetek odwołań od postanowienia sądu i udziału adwokata był znikomy. Przeważały rozprawy trwające powyżej 11 minut, a większość spraw (74%) kończyła się w okresie 12 tygodni. Wbrew rozpowszechnionej opinii odsetek zwrotów, umorzeń, rzadziej oddalen wniosków wynosi 25%, a większość postępowań (75%) kończy się postanowieniem o skierowaniu uczestnika do szpitala.
- Bardzo znaczną część świadectw (45%) załączonych do wniosków wydano bez osobistego badania i bez szczegółowego uzasadnienia potrzeby leczenia w szpitalu psychiatrycznym.
- Przeważającą większość opinii biegłych wydano na podstawie osobistego badania, najczęściej w domu uczestnika (46%), rzadziej w poradni (21%) lub szpitalu (11%). Niski był odsetek biegłych, którzy przedstawili się badanemu (10%), poinformowali o celu badania (12%), ustalili jego tożsamość (6%). Nieco częściej biegli pytali o zgodę na badanie (21%). Na badanie zgodziło się 15% uczestników, 20% odmówiło lub w inny sposób sprzeciwiło się badaniu. Znaczna część nie sprzeciwiała się (41%). Wśród rozpoznań przeważają psychozy schizofreniczne (17%) i zespoły paranoidalne (26%). Przesłanka medyczna była w 41% dobrze uzasadniona, w 26% – dostatecznie, w 14% – niedostatecznie, w 21% brak było uzasadnienia potrzeby leczenia.

### **OMÓWIENIE**

Trzydziestu sześciu pacjentów wkrótce po przyjęciu bez zgody wyraziło zgodę na pobyt w szpitalu, stosowanie do art. 26 Uozp. Wątpliwości budzi: po pierwsze – umorzenie postępowania na posiedzeniu niejawnym pod nieobecność pacjenta, po drugie – okoliczność, że postępowanie umarzał ten sam wizytujący sędzia. Według danych zbieranych od kilku lat ze wszystkich szpitali odsetek pacjentów przyjmowanych na podstawie art. 26 wynosi około 30% rocznie. Porównując te dane z naszymi (8,2%) nasuwa się pytanie, co się dzieje z resztą. Zasadne jest przypuszczenie, że szpitale psychiatryczne nie zgłaszają do sądu tych, którzy po przyjęciu bez zgody akceptują pobyt w szpitalu. Postępowanie takie byłoby sprzeczne z art. 26 i § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z listopada 1995 r.

Związła charakterystyka medyczno-procesowa grupy niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia wskazuje, że są to osoby z przewagą przewlekłych psychoz organicznych nad schizofrenicznymi, które względnie rzadziej (w porównaniu z osobami, które nie wyrażały zgody) są przywożone do szpitala przez pogotowie z udziałem lub bez policji. Większość z nich nie jest zdolna do wysłuchania przez sędziego wizytującego, częściej korzystają ze świadczeń somatycznych lekarza przyjmującego i biegłego, a rzadziej uczestniczą w rozprawie sądowej i rzadziej akceptują badanie biegłego lub nie sprzeciwiają się mu. Natomiast chorzy ci częściej przejawiają niezamierzone i niedostatecznie uzasadnione zagrożenie związane z ostrymi zaburzeniami psychotycznymi.

Natomiast zwięzła charakterystyka medyczno-proceso- wa grupy osób, które nie wyrażały zgody na przyjęcie wskazuje, że są to częściej osoby z rozpoznaniem psychoz urojeniowych (schizofrenia i zespoły paranoidalne) niż organicznych, które: znacznie częściej są przywożeni do szpitala przez pogotowie z udziałem lub bez policji. Przeważająca większość z nich jest zdolna do wysłuchania przez sędziego wizytującego, natomiast rzadziej korzystają ze świadczeń somatycznych lekarza przyjmującego i biegłego. Osoby z tej grupy częściej uczestniczą w rozprawie sądowej i akceptują lub nie sprzeciwiają się badaniu biegłego oraz częściej przejawiają lepiej uzasadnione zagrożenie dla innych lub dla siebie.

Analiza charakterystyki grupy chorych z psychozami afektywnymi dowodzi, że stanowią one znaczącą grupę (15%) wśród 400 przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody w trybie nagłym. W tym trybie przyjęto niemal wszystkich (95,2%) chorych z takim rozpoznaniem. W grupie tej przeważały osoby wielokrotnie hospitalizowane w przedziale wieku od 30 do 49 lat. Osoby z psychozami afektywnymi wyróżniały się istotnie wyższym wskaźnikiem częstości zatrzymania w szpitalu (co czwarta osoba) i bezpośredniego zagrożenia dla siebie przy przyjęciu. Opinie psychiatryczne w tych sprawach mają wyższe wskaźniki uzasadnienia przesłanki medycznej i społecznej, lepszą dokumentację wielu zmiennych oraz są staranniejsze sporządzone.

Na zakończenie chcielibyśmy wrócić do przesłanki medycznej przyjęcia bez zgody. Z naszych badań wynika, że liczba pacjentów bez zaburzeń psychotycznych była bardzo niska (1,8%). Powinna jednak wynosić zero, ponieważ art. 23, 24, 28, 29 stosuje się wyłącznie wobec chorych psy-

chicznie, czyli wobec chorych z zaburzeniami psychotycznymi. Podkreśla to aktualność wymogu rzetelnego i szczegółowego uzasadnienia zarówno przesłanki medycznej, jak i społecznej przyjęć bez zgody, jak też niezwykłą istotność tego wymogu w praktyce klinicznej psychiatrii.

## PIŚMIENNICTWO

1. Paulsen HD. Diagnoses among committed and detained psychiatric patients in Denmark, *Int J Law and Psychiatry*. 1997; 20 (4): 459–468.
2. Hiday VA. Coercion in civil commitment: process, preferences, and outcome, *Int J Law and Psychiatry*. 1992;15 (3): 359–377.
3. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law and Psychiatry*. 2003; 26 (2): 139–150.
4. Bonsack Ch, Borgeat F. Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *Int J Law and Psychiatry*. 2005; 28 (4): 342–347.
5. Brodniak WA, Langiewicz W, Welbel S. Monitoring of the Polish Mental Health Act implementation in the years 1996–2005. *BMC Psychiatry*. 2007; 7 (suppl I):1001.
6. Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii z dnia 21 października 2003 r. w sprawie sposobu sporządzania opinii i świadectw wydawanych przez biegłych i uprawnionych lekarzy na użytek orzecznictwa sądowego w sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego lub wypisania jej z takiego szpitala. *Post. Psychiatrii Neurol*. 2003; 12(4): 511–515.
7. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. Opinie psychiatryczne w sprawach o przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym. *Psychiatria Polska*, 2004; 38 (3, suppl): 48–49.

*Adres do korespondencji: Dr Włodzimierz A Brodniak, Pracownia Suicydologiczna ZOOZ, Instytut Psychiatrii i Neurologii, al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa; e-mail: brodniak@ipin.edu.pl*