



Internacja – i co dalej

Detention – and what's next?

ALFREDA RUZIKOWSKA, KRYSZYNA TARCZYŃSKA, ANNA WALCZYNA-LEŚKO

Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawienie propozycji skrócenia czasu oczekiwania na miejsce w oddziałach prowadzących detencję.

Przypadki. Przedstawiono kilka przypadków, w których stworzenie opieki ambulatoryjnej jako formy środka zabezpieczającego rozwiązywałoby skutecznie kliniczne, prawne i organizacyjne problemy związane z ich internacją.

Komentarz. Przedstawiono propozycję opieki ambulatoryjnej nadzorowanej przez sąd nad pacjentami zwolnionymi z internacji i nad pacjentami, którzy dzięki takiej opiece nie wymagałoby internacji w oddziałach psychiatrycznych o różnym stopniu zabezpieczenia. Opieka ambulatoryjna nadzorowana przez sąd wymaga modyfikacji przepisów prawa dotyczącego internacji zawartych w art. 93 i 94 kk.

SUMMARY

Objectives. To present a proposal how to reduce waiting times for placement in detention units.

Case reports. Several cases are presented where the provision of outpatient care as a form of safety measure would effectively solve clinical, legal and organizational problems associated with these patients' detention.

Commentary. According to the presented proposal, outpatient care should be provided under court supervision to patients released from detention and to those who due to such care would not require detention at psychiatric units representing various levels of safety measures. Court-supervised outpatient care would require a modification of legal regulations on detention under Articles 93 and 94 of the penal code.

Słowa kluczowe: internacja / środki zabezpieczające

Key words: detention / safety measures

Niepoczytalny sprawca czynu zabronionego dokonanego pod wpływem zaburzeń psychicznych może być kierowany na detencję, co jest szczegółowo unormowane w polskim prawie karnym w art. 93 i 94 kk [1].

trycznym, jeżeli przemawiają za tym okoliczności wymienione w § 1 lub w art. 93; zarządzenie nie może być wydane po upływie 5 lat od zwolnienia z zakładu.

Art. 93

Sąd może orzec przewidziany w tym rozdziale środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego; przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa.

Art. 94

§ 1. Jeżeli sprawca, w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzeka umieszczenie sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym.

§ 2. Czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry; sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne.

§ 3. Sąd może zarządzić ponowne umieszczenie sprawcy określonego w § 1 w odpowiednim zakładzie psychia-

Pobyt podczas internacji w szpitalu psychiatrycznym ma na celu poddanie pacjenta leczeniu farmakologicznemu i pozafarmakologicznemu, które ma przynieść poprawę stanu psychicznego, pozwalającą na powrót do życia społecznego, bez zagrożenia popełnianiem kolejnych przestępstw. U zdecydowanej większości osób, w stosunku do których orzekano środek zabezpieczający, rozpoznawano psychozy o przebiegu przewlekłym. Przy systematycznym, nadzorowanym leczeniu w warunkach oddziału szpitalnego w dużym odsetku przypadków można było osiągnąć poprawę stanu psychicznego. Jednak ze względu na sam charakter procesu chorobowego – tendencję do nawrotów i upośledzony krytycyzm chorobowy, nawet po zwolnieniu z wieloletniej internacji i w stanie dobrej remisji, istniało zawsze duże prawdopodobieństwo zaprzestania przez chorego kontynuowania terapii w warunkach ambulatoryjnych. Przewlekłe leczenie ambulatoryjne wymaga aktywnego, świadomego podejścia ze strony pacjenta. Leczenie to jest dobrowolne, ale może się często wiązać z pewnymi obciążeniami finansowymi. Trudno zdobyć się na to ludziom chorym przewlekle, często samotnym, u których świadomość choroby jest zwykle przemijająca lub powierzchowna.

W pracy Ciszewskiego zawierającej dokładną charakterystykę 850 osób, w stosunku do których w 1994r. stosowano w Polsce środek zabezpieczający, najczęściej rozpoznawane były psychozy schizofreniczne – 55,9%, a pacjenci ci często popełniali groźne przestępstwa, w tym 30% – przeciwko życiu. Zdecydowana większość grupy badanej – 80% stanowiły osoby samotne, przy czym dla 14,4 % była to kolejna detencja [2, 3].

W pracy obejmującej 107 osób internowanych w latach 1995–2006 w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie, również najczęściej były to osoby z rozpoznaniem schizofrenii. Stanowili oni 34% spośród wszystkich osób internowanych [4].

Z obu prac wynika, że najczęściej są internowane osoby z rozpoznaniem schizofrenii. Zjawisko to skłania do zastanowienia się nad specjalnym programem opieki ambulatoryjnej po zakończonej detencji w stosunku do chorujących na schizofrenię sprawców przestępstw.

Innym poważnym problemem dotyczącym detencji jest w ostatnich latach stały wzrost liczby opinii wnioskujących o konieczności internacji a przekazywanych do Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających. Skutkuje to niepokojącym wydłużaniem się czasu oczekiwania na miejsce w oddziałach detencyjnych. Przykładowo, według danych tej Komisji w 2004 r. wydano 285 opinii z wnioskiem o internację, w 2005 r. – 705 opinii, w 2006 r. – 969 opinii, a w 2007 r. – 1490 opinii. Jak widać w ostatnich czterech latach ilość wydanych opinii wzrosła pięciokrotnie.

Szybkiemu wzrostowi zapotrzebowania na miejsca detencyjne nie towarzyszy przyrost w podobnym tempie ilości miejsc przeznaczonych do stosowania środka zabezpieczającego. Jest to powodem znacznego wydłużania się czasu oczekiwania na miejsce w szpitalu o różnym stopniu zabezpieczenia i stanowi poważne zagrożenie dla porządku prawnego. Przedstawiamy propozycje, które naszym zdaniem wymagają nowelizacji prawa w stosunku do nieopieczalnych sprawców wymagających zastosowania środka zabezpieczającego.

Stworzenie podstaw prawnych do prowadzenia monitorowanego przez sąd leczenia i zabezpieczenia ambulatoryjnego pozwoliłoby skrócić wielomiesięczne oczekiwania na miejsce w oddziale psychiatrycznym stosującym środki zabezpieczające. Konsekwencje takiej nowelizacji prowadziłyby do:

1. skrócenia w wielu wypadkach okresu detencji, ponieważ przy obecnie obowiązujących przepisach psychiatrzy nadzorujący leczenie chorych internowanych wnioskuje bardzo ostrożnie o zakończenie stosowania środka zabezpieczającego. Mają oni świadomość, że wielu chorych, będących w oddziale w dobrej remisji, po opuszczeniu oddziału psychiatrycznego w krótkim czasie przerwie leczenie, co zwykle grozi nawrotem psychozy;
2. kierowanie od razu do leczenia ambulatoryjnego monitorowanego przez sąd części chorych psychicznie sprawców będących po leczeniu szpitalnym i uzyskaniu dobrej remisji.

Oczywiście musieli by być to chorzy psychicznie, u których krótkotrwałym leczeniem uzyskiwano dobre remisje i którzy w tych okresach prawidłowo funkcjonowali społecznie, a ich głównym problemem było w przeszłości przerywanie leczenia i szybki nawrót psychozy, grożący po-

nownym popełnieniem czynów zabronionych. Zastosowanie w okresie remisji monitorowanego leczenia ambulatoryjnego przez kilka lat pozwoliłoby wdrożyć tych chorych do systematycznego leczenia przy równoczesnym utrzymaniu ich w środowisku. Zapewniłoby to bardziej korzystne i trwalsze wyniki terapii niż kilkuletnie leczenie w sztucznych warunkach zamkniętego oddziału psychiatrycznego. Godne podkreślenia jest, że zastosowanie kontrolowanego leczenia ambulatoryjnego przynosi także wymierne korzyści finansowe.

Proponujemy stworzenie dwóch grup pacjentów leczonych pod nadzorem sądu, grupa pierwsza to objęcie opieką ambulatoryjną po zwolnieniu z internacji (pacjent PW) a grupa druga to pacjenci realizujący leczenie i zabezpieczenie w pośrednich formach opieki psychiatrycznej lub w poradni zdrowia psychicznego (pacjenci AK i AB.).

OPISY PRZYPADKÓW

Pacjent PW

Przykładem grupy pierwszej jest pacjent PW, kilkakrotnie hospitalizowany psychiatrycznie z powodu nasilonej agresji wobec rodziny z rozpoznaniem psychozy organicznej [5]. Nigdy nie chciał leczyć się ambulatoryjnie i do szpitala przyjmowany był bez zgody. W 2001 r. orzeczono środek zabezpieczający. Najpierw przebywał w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu, a po roku w normalnym oddziale psychiatrycznym. W połowie 2003 r. został zwolniony z zaleceniem kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Oczywiście nie zastosował się do tego zalecenia, bo nikt tego nie egzekwował. Z tych samych powodów co poprzednio, czyli zaostrożenia psychozy, był dwukrotnie hospitalizowany psychiatrycznie, w 2003 r. i 2004 r., zawsze bez zgody na podstawie art. 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Uozp) [3]. Podczas trzeciej hospitalizacji, w grudniu 2004 r. Sąd wydał postanowienie o umieszczeniu pacjenta w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu. Czekając na uprawomocnienie się postanowienia, ponieważ PW składał odwołania, a potem oczekując na miejsce w odpowiednim oddziale z postanowienia sądu, był hospitalizowany w całodobowym oddziale psychiatrycznym, w którym rozpoczął leczenie. Po kilku miesiącach, w połowie 2005 r. lekarze leczący sporządzili dla Sądu informację o dużych postępach w leczeniu pacjenta sugerując, że dalsze leczenie powinno odbywać się w warunkach oddziału dziennego. PW pozostawał powierzchownie krytyczny wobec konieczności leczenia się, nie ukrywał, że regularnie uczestniczy w zajęciach i przyjmuje leki w obawie przed internacją w oddziale zamkniętym. W kolejnych miesiącach wyraźnie poprawiło się jego funkcjonowanie społeczne i relacje z rodziną. Powołani przez Sąd biegli z początkiem 2006 r. potwierdzili wyraźną poprawę stanu psychicznego pacjenta, najlepszą jaką uzyskano na przestrzeni ostatnich 10 lat. Ze względu na powierzchowny krytycyzm chorobowy biegli uważali jednak, że konieczne jest dalsze leczenie opiniowanego w oddziale dziennym i powinno odbywać się ono pod nadzorem Sądu, np. przez ustanowienie kuratora. Sąd uznał jednak, że brak podstaw prawnych dla takiego rozwiązania i zwolnił pacjenta z detencji. Na wiadomość o tym postanowieniu,

pacjent po kilku dniach zażądał wypisu i przestał przychodzić na zajęcia. Po 6 miesiącach w bardzo złym stanie psychicznym został przyjęty do oddziału psychiatrycznego z art. 23 Uozp [3].

Omówiony pacjent był w 2003 r., 2004 r., 2007 r. przyjmowany do szpitala z powodu doznań psychotycznych i agresji, których można byłoby prawdopodobnie uniknąć, gdyby po zwolnieniu z internacji na początku 2003 r. miał zlecone leczenie ambulatoryjne dozorowane przez Sąd.

Pacjenci AK i AB

Przedstawimy poniżej historię dwójki pacjentów – kobiety, która realizowała leczenie i zabezpieczenie w pośrednich formach opieki psychiatrycznej i mężczyzny w stosunku do którego proponowaliśmy leczenie w poradni zdrowia psychicznego, ale z powodu braku takiej możliwości był skierowany na detencję do oddziału zamkniętego.

Pacjentka AK była oskarżona o to, że z okna mieszkania na czwartym piętrze wyrzuciła swojego dwumiesięcznego synka. AK od kilkunastu lat była leczona z powodu schizofrenii paranoidalnej [5]. Choroba przebiegała ze stosunkowo rzadkimi epizodami psychotycznymi i dobrymi remisjami, podczas których pracowała zawodowo jako sprzątaczką, zajmowała się domem i wychowaniem trójki dzieci. W okresach zaostrzeń zachowywała się w sposób niedostosowany, była agresywna do męża. Leczona była głównie ambulatoryjnie i tylko raz wymagała hospitalizacji psychiatrycznej. Rodzina i sama pacjentka bagatelizowali konieczność systematycznego leczenia i kontaktów z psychiatrą. W okresach zaostrzeń w przeżyciach psychotycznych dominowały treści religijne, urojenia oddziaływania, podejrzliwość i nieufność wobec męża. Wiosną 2004 r. pacjentka urodziła czwarte dziecko. W ciąży czuła się dobrze, nie brała leków. W miesiąc po porodzie pojawiły się zaburzenia zachowania, „mania religijna”, „bezpośredni kontakt z Bogiem”. Zaniedbała obowiązki domowe, wrogo odnosiła się do męża. W nocy, kiedy doszło do wypadku, źle spała, modliła się, a gdy mąż wyszedł do kuchni zapalić papierosa, wyrzuciła niemowlę przez okno. Tłumaczyła później, że widziała w nim szatana, bo było podobne do ojca, słyszała głos, żeby to zrobić i „musiałam to zrobić”. Po 2 miesiącach leczenia, m.in. lekiem przeciwpsychotycznym o przedłużonym działaniu, w szpitalu uzyskano u pacjentki bardzo dobrą poprawę, była w nieco obniżonym nastroju, adekwatnie do sytuacji, lecz równocześnie żywa emocjonalnie, aktywna, krytyczna. Za zgodą prokuratury, wychodziła na dłuższe przepustki do domu, gdzie funkcjonowała w sposób zadowalający. Biegli oceniając stan psychiczny badanej, również co do konieczności zastosowania środka zabezpieczającego, uznali, że niezbędne jest jedynie jej dalsze leczenie ambulatoryjne, pod nadzorem rodziny i Sądu. Wyznaczony został kurator i przez 4 lata pacjentka nie zawiodła lekarzy i kuratora, nie obserwowano nawrotów choroby, jej funkcjonowanie społeczne było bez zarzutu.

Pacjentka uniknęła pobytu w szpitalu, gdzie byłby realizowany środek zabezpieczający, ponieważ podjęła leczenie ambulatoryjne pod nadzorem Sądu.

Pacjent AB, lat 53, rozwiedziony. Przez kilkanaście lat pracował jako kierowca miejskich autobusów. Od około 35 lat choruje na schizofrenię paranoidalną z wyraźnymi

zaburzeniami afektywnymi o charakterze depresji i hipomanii [5]. Miał przedstawione zarzuty znęcania się nad siostrą i matką, pobicie matki ze stłuczeniem mózgu. AB był w przeszłości dwukrotnie hospitalizowany w 1971 r. i w 1986 r. Po drugiej hospitalizacji nie uzyskano remisji, miał przewlekłe objawy psychotyczne, szczególnie dotyczące posłannictwa religijnego, które z różnym natężeniem utrzymywały się przez kilkadziesiąt lat. Podczas obserwacji sądowo-psychiatrycznej z powodu nasilenia objawów psychozy paranoidalnej, zapowiedzi agresji fizycznej z powodów urojeniowych w stosunku do niektórych pacjentów i personelu, niezbędne było wdrożenie intensywnego leczenia. W efekcie poprawił się kontakt z pacjentem, ustąpiły urojenia ksobne, uspokoił się. W wydanej opinii po obserwacji, biegli wnioskowali dla pacjenta AB o internację w warunkach oddziału o podstawowym zabezpieczeniu. Po zakończonej obserwacji, czekając na miejsce w oddziale detencyjnym, przez kilka miesięcy kontynuował on leczenie w oddziale dziennym. Do oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia przeniesiony został w stanie dobrej remisji, bez wskazań lekarskich co do hospitalizacji, ale zgodnie z postanowieniem Sądu.

Uzyskana poprawa zarówno w trybie leczenia całodobowego, podczas obserwacji sądowo-psychiatrycznej jak i w trybie dziennym była związana ze stosowaniem systematycznego leczenia farmakologicznego i psychoterapii. Można było przewidywać, że kontynuacja dalszego i dłuższego leczenia ambulatoryjnego byłaby najkorzystniejszą formą opieki, ale z braku tej możliwości prawnej wnioskowano o internację.

OMÓWIENIE

Podane przykłady mają zwrócić uwagę jak ważną w wielu wypadkach rolę pełniłoby leczenie ambulatoryjne pod kontrolą sądu. Ma to istotne znaczenie w odniesieniu do chorych psychicznie, którzy przebyli już internację, obawiają się wieloletniego pobytu w oddziale zamkniętym i aby tego uniknąć gotowi są poddać się „przymusowemu” leczeniu w oddziałach dziennych czy w poradni zdrowia psychicznego, nawet jeśli ich krytycyzm chorobowy jest powierzchowny lub przejściowy. Gdyby nadzór nad leczeniem w otwartym leczeniu psychiatrycznym trwałby dostatecznie długo – kodeksowe 5 lat kontroli, istnieje duże prawdopodobieństwo, że większość chorych nabierze nawyku regularnych kontaktów z poradnią zdrowia psychicznego, co zminimalizuje niebezpieczeństwo niekontrolowanego nawrotu psychozy, a więc i popełnienia czynu karalnego. Ma to szczególne znaczenie, gdy czyn stanowił zagrożenie dla zdrowia i życia innych ludzi.

Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego nie stanowi dostatecznego zabezpieczenia przed zachowaniami agresywnymi i zagrażającymi porządkowi społecznemu ze strony chorych psychicznie [3]. Dotyczy to zwłaszcza osób samotnych, izolujących się społecznie, a taka wydaje się większość internowanych [2, 6]. Brak równocześnie w takich przypadkach dostatecznie wczesnych sygnałów o potencjalnym zagrożeniu. W przypadkach gdy choroba ma przebieg cykliczny, z dobrymi remisjami a chorzy psychicznie sprawcy przeszli efektywne leczenie w szpitalu przed

zakończeniu postępowania sądowego, można byłoby dopuścić możliwość kierowania ich od razu na kontrolowane leczenie ambulatoryjne, na wniosek biegłych. Jeśli biegli uznaliby, że:

1. uzyskana dotychczasowym leczeniem szpitalnym remisja jest wystarczająca aby sprawca nie stanowił poważnego zagrożenia dla porządku prawnego i nie wymagał izolacji społecznej (przykład pacjentki AK),
2. istnieje duże prawdopodobieństwo przerwania leczenia przez sprawcę, jeśli nie będzie on poddany kilkuletniej, rygorystycznie kontrolowanej terapii ambulatoryjnej,
3. z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że systematyczne, kilkuletnie leczenie zapobiegnie nawrotom choroby psychicznej stanowiącej przyczynę popełnienia czynu zabronionego, w takich przypadkach biegli, uzasadniając to odpowiednio, mogliby wnioskować o leczenie ambulatoryjne pod kontrolą sądu, zamiast kierować sprawcę (w dobrym stanie psychicznym) do oddziału zamkniętego.

W cytowanej pracy Ciszewskiego zawarta jest ważna informacja, że w ponad 18% przypadków internacja trwała ponad 10 lat, podczas gdy przeciętna hospitalizacja psychiatryczna trwa kilka tygodni [2, 6]. Można sądzić, że znaczna część tych przypadków to chorzy samotni, pozbawieni krytycyzmu i poczucia choroby, którym nie można zagwarantować opieki, szczególnie psychiatrycznej, po zakończeniu internacji. Zapewnienie im odpowiednich warunków bytowych, obok nadzoru nad systematycznym leczeniem, wydatnie skróciłoby długość internacji. Warunki bytowe powinny zapewnić służby społeczne, ale nadzór nad leczeniem powinien być kontrolowany przez kuratora wyznaczonego przez Sąd i obłożony groźbą powrotu do oddziału zamkniętego. Wtedy nadzór nad leczeniem ma odpowiednią wagę dla pacjenta, jest formą nacisku na kontynuowanie leczenia.

Skrócenie pobytu w oddziale zamkniętym jest, poza kosztami, bardzo istotne dla utrzymania w miarę prawidłowego funkcjonowania społecznego, ogranicza szkody jakie czyni choroba szpitalna. Zgadza się z wnioskami zawartymi w pracy Król i Łoży, że powinny zostać „usprawnione”, a faktycznie zaistnieć pośrednie formy opieki nad zwalnianymi z detencji – „ściślejsza i strukturalizowana organizacyjnie powinna być współpraca w pięcioletnim okresie próbnym, pomiędzy sądami a zakładami psychiatrycznymi” [7].

Autorzy z własnego doświadczenia wiedzą, że sądy tylko w wyjątkowych przypadkach przychylają się do sugestii, że leczenie ambulatoryjne po uchyleniu środka zabezpie-

czającego powinno być kontrolowane. Nie ma jednak możliwości zastosowania, w oparciu o przepisy kodeksowe, kontrolowanego leczenia ambulatoryjnego. Nasze postulaty idą w kierunku wykorzystywania coraz większych możliwości terapeutycznych w psychiatrii, zarówno farmakoterapii, jak i tzw. form pośrednich i opieki ambulatoryjnej. Pozwoli to na rozszerzenie kontroli zachowania i leczenia chorych psychicznie, którzy popełniają czyny karalne spełniające kryteria art. 93 i 94 kk [3]. Nadzór ze strony służb medycznych czy socjalnych nad procesem leczenia nie zastąpi kontroli i nadzoru funkcjonariuszy wymiaru sprawiedliwości. Pracownicy medyczni i socjalni starają się z chorymi utrzymywać kontakty terapeutyczne, bliższe przyjacielskim niż służbowym, wymagającym i restrykcyjno-formalnym.

Wprowadzenie zmian prawnych w zakresie stosowania środka zabezpieczającego w postaci pośrednich form terapii psychiatrycznej oraz leczenia ambulatoryjnego, zawsze pod nadzorem Sądu, przyczyni się do ograniczenia deficytu miejsc w oddziałach prowadzących internację, zmniejszy niebezpieczeństwa popełnienia czynów karalnych przez chorych psychicznie, pozwoli na ich lepszą integrację społeczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Kodeks Karny i inne teksty prawne. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck; 2004.
2. Ciszewski L. Niebezpieczne dla otoczenia zachowania pacjentów hospitalizowanych na zasadzie środka zabezpieczającego. *Post Psychiatr Neurol.* 1996; 5: 421–428.
3. Dąbrowski S, Pietrzykowski J. Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Komentarz. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
4. Bryndza Z, Matras K, Gałczyńska-Urbaniak M, Masłowska E, Domański M. Analiza przypadków internacji w Szpitalu Neuro-psychiatrycznym w Lublinie w latach 1995–2006. *Badania nad schizofrenią.* 2006; VII (7): 43–49.
5. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
6. Ciszewski L. Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatrycznych w Polsce środek zabezpieczający. *Doniesienie wstępne. Post Psychiatr Neurol.* 1995; 4: 149–156.
7. Król E, Łoża B. Problem opiniowania i postępowania w sprawie uchylenia stosowania środka zabezpieczającego w przypadku chorego psychicznie sprawcy czterech zabójstw. *Post Psychiatr Neurol.* 2002; 11 (suplement 1(14)): 121–124.

Wpłynęło: 05.03.2009. Zrecenzowano: 18.05.2009. Przyjęto: 18.05.2009.

Adres: Dr A. Ruzikowska, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN, al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa