

## Problematyka zaburzeń reaktywnych w aktualnym orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym

*Reactive disorders in current forensic-psychiatric jurisdiction*

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

**STRESZCZENIE.** Autorka przedstawiła różnice w rozpoznawaniu zaburzeń reaktywnych i postaw obronnych (ich obrazu, nasilenia) u sprawców czynów karalnych, prowadzące do dwutorowości ocen zawartych w opiniach sądowo-psychiatrycznych biegłych psychiatrów i w zaświadczeniach psychiatrów, nie będących w danej sprawie biegłymi.

**SUMMARY.** The author presents differences in diagnosis of reactive disorders and defensiveness (their characteristics, intensity) in criminal offenders, leading to two-track evaluations in the forensic-psychiatric opinions of psychiatric experts and in certificates issued by psychiatrists who are not acting as experts in the case in question.

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia reaktywne / postawy obronne / orzecznictwo sądowo-psychiatryczne  
**Key words:** reactive disorders / defensiveness / forensic-psychiatric jurisdiction

---

Zarówno dawniejsi autorzy prac omawiających zagadnienia zaburzeń reaktywnych u osób pozbawionych wolności z Uszkiewiczową na czele (Łuniewski, Dreszer, Korzeniowski, Malinowski, Spett), jak i autorzy prac z lat ostatnich (Szymusik, Majchrzyk) zwracają uwagę na skomplikowaną problematykę zaburzeń reaktywnych i symulacji, dotyczącą tak związanych z tym zagadnień teoretycznych, jak i praktyki sądowo-psychiatrycznej, w tym orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego.

Kiedyś uważano, że zaburzenia reaktywne występujące u osób pozbawionych wolności są specyficzne dla „warunków więziennych i osobowości przestępców”. Dziś termin „psychozy więzienne” ma jedynie historyczne znaczenie, gdyż zgodnie przyjmuje się, że zaburzenia reaktywne u tych osób nie stanowią odrębnej jednostki klinicznej, bo występują również poza zakładami karnymi [1, 4, 7, 14]. Jednakże w warunkach zakładu karnego wy-

stępują one stosunkowo często, a pewne formy reakcji, rodzaj objawów i przebieg mają specyficzny charakter, dość typowy dla sytuacji osoby pozbawionej wolności [14].

Zgodnie przyjmuje się, że zaburzenia reaktywne u tej grupy osób powstają, podobnie jak inne zaburzenia reaktywne, w wyniku współdziałania kilku czynników traumatyzujących. Są to uraz psychiczny czy długotrwała sytuacja urażająca (w tym przypadku sytuacja pozbawienia wolności, tocząca się sprawa karna), trwałe podłoże usposabiające do takich reakcji (cechy osobowości, infantylnizm psychiczny, upośledzenie umysłowe, zespoły psychoorganiczne, starszy wiek itp.) oraz dodatkowe czynniki usposabiające (dodatkowe przeżycia psychiczne lub czynniki somatyczne – wyczerpanie, przemęczenie, rekonwalescencja po ciężkiej chorobie, zabiegi operacyjne itp.).

Spett, omawiając dwie grupy czynników wpływających na psychikę człowieka

pozbawionego wolności (pierwsza grupa – to ograniczenie lub niemożność zaspokojenia elementarnych popędów, druga grupa – brak życia rodzinnego ze zmianą dotychczasowego stereotypu stosunków społecznych), stwierdza, że w areszcie śledczym częściej zdarzają się „objawy patologiczne i samobójstwa niż u więźniów odbywających karę”, gdyż „adaptacja psychiczna w początkowym okresie pozbawienia wolności w areszcie śledczym jest trudniejsza niż adaptacja do warunków więziennych po wyroku. Wyjątek stanowią osoby skazane na karę dożywotniego pozbawienia wolności, istotnym ujemnym bodźcem psychicznym jest brak nadziei na powrót do życia na wolności” [1]. Podobnie, Łuniewski stwierdzał, że „ciężki wyrok skazujący, a zwłaszcza nieoczekiwany przez oskarżonego, staje się urazem psychicznym, który nawet u osób dalekich od chęci udawania wywołać może poważną reakcję psychiczną”, a „szczególnie wyrok śmierci stwarza wyjątkowo podatne podłoże” [8].

Nawiązując do skomplikowanej problematyki tych zaburzeń należy stwierdzić, iż mamy tu do czynienia z dużymi trudnościami diagnostycznymi. Dotyczy to oceny zaburzeń – czy są to zaburzenia reaktywne, czy też może uraz psychiczny spowodował ujawnienie się choroby endogennej? Jeśli są to zaburzenia reaktywne, to jakie? Na różnorodność form reakcji, złożoność obrazów, zmienność objawów i ich nasilenia, co utrudnia zaliczenie ich do określonej grupy – zwraca uwagę Uszkiewiczowa. Pomijając reakcje nerwicowe i psychotyczne może dochodzić do reakcji zaostrenia lub dekomensacji cech osobowości nieprawidłowych, a niejednokrotnie zachodzą najróżniejsze powiązania zaburzeń reaktywnych z symulacją. Te trudności diagnostyczne komplikują ustalenie dalszego postępowania z osobami przejawiającymi takie zaburzenia [14].

Stwierdzenie lub podejrzenie istnienia u sprawcy czynu karalnego zaburzeń reaktywnych powinno pociągać za sobą skierowanie go na obserwację w szpitalu psychiat-

rycznym, w celu wykluczenia innych zaburzeń niż reaktywne oraz leczenia [1, 2, 14]. Spett i Szymusik stwierdzają, że leczenie w warunkach więziennych jest mało skuteczne, dlatego niezbędne jest skierowanie go do ogólnego szpitala psychiatrycznego, ponadto zwracają uwagę, że niejednokrotnie zaburzenia reaktywne trzeba różnicować z symulacją, co w czasie jednorazowego badania jest praktycznie niemożliwe [2].

Jakkolwiek wszyscy autorzy zgodnie stwierdzają, że zaburzenia reaktywne, które wystąpiły już po dokonaniu zarzucanego sprawcy czynu, nie dają podstaw do kwestionowania poczytalności, to jednak uważają, że przed ich ustąpieniem nie należy tej sprawy rozstrzygać, bo być może samo podłoże, na którym zaburzenia wystąpiły miało jakiś wpływ na poczytalność [1, 8, 14]. Nie można zapomnieć, że uraz psychiczny mógł ujawnić jakąś chorobę endogenną [14] lub że zaburzenia reaktywne nałożyły się na istniejące wcześniej zaburzenia psychotyczne [2, 12]. Ocenę poczytalności przed ustąpieniem zaburzeń można wydać tylko wtedy, gdy biegły zna badanego z wcześniejszego okresu i dysponuje informacjami, że w międzyczasie nie doszły nowe czynniki mogące mieć wpływ na ocenę poczytalności [2, 8, 14].

Autorzy stwierdzają, iż najczęstszą i psychologicznie najbardziej zrozumiałą reakcją na przewlekły uraz psychiczny jest reakcja depresyjna, z typowymi cechami depresji, jednak niegłęboka i często przejawiana dość demonstracyjnie, z niechętnym i nieufnym nastawieniem do otoczenia, ale bez urojeń grzeszności i samoponizenia [1, 2, 4]. Uszkiewiczowa zwraca uwagę, że sytuacja więźnia sprzyja postawom nieufności i podejrzliwości, a to wytwarza skłonność do nastawień urojeniowych, które mogą się przekształcić w urojenia [14]. Warunki izolacji w zakładzie karnym sprzyjają koncentrowaniu się na swoich przeżyciach, czemu towarzyszy lęk, niepokój, przygnębienie, które z biegiem czasu mogą wyzwalać swoiste postawy obronne (reakcje agresywne,

pieniacze, czy też poprzez mechanizmy historyczne „ucieczki od rzeczywistości”, „ucieczki w chorobę”. Stąd w zaburzeniach reaktywnych tyle cech demonstracyjności, teatralności i celowości zachowań). Te same mechanizmy historyczne wpływają na przezwlekanie się zaburzeń reaktywnych, gdyż chory bardziej lub mniej świadomie – nie chce wyzdrowieć [4, 8, 13]. „Nawet najskrupulatniejsze badania nie pozwalają w znacznej ilości przypadków określić, ile w obserwowanych objawach jest nieświadomej reakcji, a ile półświadomego lub świadomego celowego udawania, obliczonego na to, aby uchronić się od konsekwencji wyroku skazującego lub przynajmniej, aby odroczyć ten wyrok” (Łuniewski).

Korzeniowski stwierdza, że „leczenie psychoz reaktywnych polega na usunięciu patologicznej sytuacji...”, a Dreszer uważa, że rokowanie „zasadniczo jest pomyślne” ze względu na czynnościowy charakter zaburzeń i „sprawa chorobowa ulega likwidacji po usunięciu czynnika szkodliwego, a więc istniejącego konfliktu uczuciowego, czy traumatyzującej sytuacji życiowej”. Doświadczenie jednak poucza, że niekiedy zaburzenia reaktywne ciągną się nawet latami, a czasem przez całe życie” [4, 7, 12]. Szymusik stwierdza, iż „w przypadku wystąpienia zaburzeń reaktywnych należy dążyć do zakończenia śledztwa i doprowadzenia do rozprawy sądowej, gdyż przedłużanie się postępowania jest jednym z czynników pogarszających rokowanie” [13]. Autor ten uważa, iż wnioskowanie o niemożności stawiania przed sądem w każdym przypadku zaburzeń reaktywnych, nawet kiedy znajdują się one na poziomie nerwicy jest błędem, gdyż przeciąga proces, a jednocześnie możliwość ustąpienia objawów chorobowych przed zakończeniem sprawy jest niewielka [12]. Podziela to stanowisko Dreszer [4] stwierdzający, że „najlepszym lekarstwem na psychozę reaktywną jest wyrok bez względu na jego treść”. Podobnie to widzi Łuniewski [8] uważając, że „takie czy inne definitywne ustalenie losu oskarżonego mogłoby przy-

czynić się do ustąpienia choroby, ściśle związanej z sytuacją”, a jednocześnie stwierdza, że tak długo jak trwa choroba (sięgająca psychozy) staje się to niemożliwe.

W razie przedłużania się zaburzeń uniemożliwiających wydanie opinii o poczytalności oraz uczestnictwo chorego w postępowaniu karnym może być zastosowane postępowanie przewidziane w art. 15 § 1 kpk o zawieszeniu postępowania z powodu długotrwałej przeszkody uniemożliwiającej prowadzenie postępowania z powodu choroby psychicznej [5]. W Kodeksie postępowania karnego z 1997 r. jest to art. 22 § 1.

W zasadzie nie ma przeszkód, by osoba, u której ustąpiły zaburzenia reaktywne wróciła do zakładu karnego i brała udział w postępowaniu przygotowawczym lub karnym. Uszkiewiczowa zwraca uwagę, że niekiedy napięcie związane z oczekiwaniem na rozprawę i niepewność rozstrzygnięć sądu w warunkach zakładu karnego mogą spowodować nawrót zaburzeń reaktywnych. Zdaniem autorki, w przypadkach długotrwałych zaburzeń reaktywnych lub już wcześniej przebiegających z nawrotami, a niekiedy w przypadkach metasymulacji, wskazane jest pozostawienie takiej osoby w szpitalu do czasu rozprawy. Natomiast w przypadkach, gdy mimo długotrwałej hospitalizacji i leczenia nie uzyskuje się poprawy, uważa ona za celowe zwolnienie chorego na pewien czas do domu. Taki umotywowany wniosek wydają lekarze szpitala, z zaznaczeniem, że pozostawienie takiej osoby na wolności nie grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego, a rozstrzyga sąd. Choć żadne podstawy prawne tego nie regulują, zaleca ona systematyczną opiekę poradni zdrowia psychicznego [14].

Po ustąpieniu zaburzeń reaktywnych, osoba skazana na karę pozbawienia wolności, może ją odbywać pod warunkiem pozostawania w ambulatoryjnej opiece psychiatry zakładu karnego [13]. Natomiast w przypadku wystąpienia choroby psychicznej (w tym reaktywnej) skazanego, uniemożliwiającej wykonanie kary, zgodnie z treścią art. 65 § 1

kkw, sąd odracza wykonanie kary pozbawienia wolności do czasu ustania przeszkody. Sąd penitencjarny, zgodnie z treścią art. 68 § 1 kkw (art. 153 § 1 kkw z 1997 r.), udziela przerwy w odbywaniu kary do czasu wyzdrowienia. Czyni to na podstawie opinii sądowo-psychiatrycznej, w której biegły ocenia stan zdrowia skazanego i wydaje opinię, czy i jakie środki lecznicze są potrzebne [5].

Majchrzyk i wsp. przedstawili wstępne wyniki pracy pt. *Zmiany w obrazie reaktywnych zaburzeń psychicznych i ich związek z rodzajami popełnianych przestępstw*. Wynika z nich, że w porównaniu z wynikami badań Uszkiewiczowej obecnie u podsądnych zmienił się obraz zaburzeń reaktywnych i rodzaj czynów, które popełniali. Podczas, gdy w latach sześćdziesiątych u sprawców zabójstw zaburzenia reaktywne występowały u 25–30% badanych, obecnie występują istotnie rzadziej – 10%. Nie stwierdza się obecnie utrzymujących się dawniej latami zaburzeń reaktywnych, głównie takich zespołów, jak: pseudodemencja, zespół Gansera, puerylizm, a jeśli zdarzają się to sporadycznie. Obecnie przeważają zespoły reaktywne depresyjne – głównie nerwicowe. W latach sześćdziesiątych zaburzenia reaktywne występowały często u recydywistów – 70–80%, obecnie jedynie 8%, ale spotykamy je często u osób podejrzanych o przestępstwa gospodarcze, u co drugiego badanego – 50% [9].

W całej badanej grupie osób wykazujących zaburzenia reaktywne, 56% stanowiły reakcje nerwicowe, 26% reakcje psychotyczne, a 18% to postawy obronno-symulacyjne. Wśród zaburzeń reaktywnych sprawców zabójstw przeważały reakcje nerwicowe – 60% zaburzeń, a sprawców przestępstw gospodarczych – 67% [9].

Wśród osób przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej lub badanych w Klinice Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie największe problemy orzecznicze powstawały w grupie sprawców przestępstw gospodarczych. Osoby te kierowano do Kliniki

po dłuższym okresie trwania postępowania przygotowawczego bądź karnego, co jednak nie oznacza, że zaburzenia reaktywne były wynikiem przewlekłości postępowania. W wielu przypadkach osoby te trafiały do psychiatry w ciągu pierwszych dni od przedstawienia im zarzutu, względnie bezpośrednio po zwolnieniu z aresztu. W wielu przypadkach ten pierwszy kontakt z psychiatrą skutkowało skierowaniem do szpitala psychiatrycznego z powodu różnych „zespołów depresyjno-urojeniowych” oraz zaświadczeniami o niemożności udziału w postępowaniu przygotowawczym lub sądowym. Wpływało to na przewlekanie postępowania nawet wtedy, gdy powoływani przez prokuraturę lub sąd biegli psychiatrzy stwierdzali, że zaburzenia reaktywne nie przekraczają poziomu nerwicy i pozwalają na ich udział w postępowaniu.

W jednym z przypadków, prowadziło to do dwutorowości działania psychiatrów: powoływani przez sąd biegli (wielokrotnie w tej samej sprawie kolejni różni biegli) nie dopatrywali się (w większości przypadków) podstaw do kwestionowania poczytalności, oceniali zaburzenia reaktywne jako niegłębokie, nerwicowe, pozwalające na branie udziału badanego w postępowaniu karnym i na ewentualne odbywanie kary., równolegle psychiatrzy nie będący – w danej sprawie – biegłymi, te same zaburzenia reaktywne oceniali jako psychotyczne, kierowali badanego do szpitala, w którym potwierdzano u niego „Psychozę paranoidalną. Zespół urojeniowo-depresyjny”. W historii choroby opisy zachowania, nastroju, skarg, innych wypowiedzi nie przekonywały ani do psychotycznej głębokości depresji, ani do urojeniowego charakteru wypowiedzianych treści, które zresztą prowadzący tę dokumentację odnotowywali, jako „nastawienia urojeniowo-ksobne do otoczenia, poczucie krzywdy i niewydolności psychicznej”. Niekonsekwentnie do postawionego rozpoznania stosowano niewielkie dawki leków, udzielano częstych przepustek (co najmniej połowa czasu wykazanego jako hospitalizacja), mimo że

wydawano zaświadczenie, że wypisanie ze szpitala grozi dokonaniem samobójstwa.

Oczywiście obrońca lub sam oskarżony, powołując się na zaświadczenia z poradni lub szpitali, podważali słusność opinii biegłych. Zarzucali im wydanie opinii „pochopnej, nieprecyzyjnej, sztywnej, mało szczegółowej, nacechowanej dużą dozą subiektywności badających, lakonicznością i brakiem logiki” lub że wydali opinię na podstawie akt sprawy i „półgodzinnej konsultacji”, a więc wnioski opinii „nie mogą się ostać” wobec danych z leczenia szpitalnego. Oczywiście przymiotniki bywają różne. Częstym zarzutem jest, że badał tylko jeden psychiatra, badanie trwało 5–6 minut, tj. czas na „wypalenie papierosa”.

Bywają zarzuty pod adresem sądu, że pominął zaświadczenie lekarskie, potwierdzające „poważną chorobę podejrzanego” („zespół depresyjny reaktywny, stan urojeniowy na podłożu organicznym”), a „wyeksponował zaświadczenie innych biegłych, a między tymi zaświadczeniami występuje sprzeczność” (obrona nie pisze, że „wyeksponowanym zaświadczeniem” była opinia sądowo-psychiatryczna wydana przez psychiatrów powołanych przez sąd). W innym przypadku obrońca, powołując się na wypowiedź podejrzanego, że badał go tylko jeden psychiatra ograniczający się do „kilkunastominutowego wywiadu i jedynie kilkuminutowej rozmowy na temat stanu psychicznego”, stwierdza, że opinia biegłych „jest co najmniej opinią niepełną, a pozostając w rażącej sprzeczności z późniejszą opinią – innego lekarza psychiatry sądowego – jest również opinią niejasną”, a dotychczasowy pobyt podejrzanego w szpitalu dodatkowo podważa opinię biegłych. Wspomniana „opinia innego lekarza sądowego” jest skierowaniem do szpitala z powodu „depresyjnego zespołu reaktywnego i stanu urojeniowego”, zaś znajdująca się w aktach opinia sądowo-psychiatryczna omawia wyczerpująco dane z akt sprawy, zawiera pełne badanie psychiatryczne, z dokładnym wywiadem chorobowym, rodzinnym, autoanamnezą,

aktualnym samopoczuciem badanego, tematem sprawy karnej z pełną oceną stanu psychicznego, fizycznego (w tym neurologicznego). Jest też dość obszerny wywiad od żony. Biegli nie stwierdzili objawów upośledzenia umysłowego ani choroby psychicznej, lecz objawy sytuacyjnej reakcji nerwicowo-subdepresyjnej, która pozwala na uczestnictwo w czynnościach procesowych, a w przypadku umieszczenia w areszcie wskazywali potrzebę opieki psychiatry.

W jednym przypadku, w ciągu rocznego pobytu sprawcy w areszcie, nie stwierdzono zaburzeń reaktywnych (badany przez biegłych, a także przez psychiatrę w areszcie), a następnego dnia po uchyleniu aresztu psychiatra w poradni stwierdził „epizodyczny stan reaktywno-depresyjny (po opuszczeniu aresztu)”, czyniący go niezdolnym do brania udziału w rozprawie sądowej.

Opisane postępowanie obrony i osób podejrzanych lub oskarżonych jest celowym przewlekaniem postępowania, zaś psychiatrzy nie będący w sprawie biegłymi, więc nie dysponujący wszystkimi danymi, mogącymi mieć znaczenie dla rozpoznania i pozostałych ocen, przez wydawanie nieuprawnionych zaświadczeń, pomagają im w tym. Zapominają, że przedłużanie się sytuacji urazowych sprzyja powstawaniu u badanego postaw pokrzywdzenia (w ich odczuciu – przez prokuratora, sądy, współoskarżonych, najbliższe otoczenie, sytuację ekonomiczną w Polsce, wreszcie przez psychiatrów), nastawień urojeniowo-ksobnych, utrwalaniu się tych nastawień, które z biegiem czasu mogą się przekształcić w urojenia. Przed taką „pomocą” przestrzega psychiatrów Pobocho, zalecając biegłym maksymalny obiektywizm i bardziej racjonalny stosunek do osoby badanej [11].

Podobne przewlekanie sytuacji napięcia i oczekiwania występuje, gdy mimo ustąpienia głębszych zaburzeń reaktywnych a utrzymywania się objawów nerwicowych, lekarze prowadzący osobę już skazaną na karę pozbawienia wolności, latami informują sąd, iż nie może ona odbywać kary

z powodu „zespołu depresyjnego na podłożu schizofrenii”. Uporczywie podtrzymują to rozpoznanie, mimo że zarówno obserwacja sądowo-psychiatryczna, jak późniejsze hospitalizacje, wykluczyły u niego schizofrenię, a stwierdzały różne nasilenie zaburzeń reaktywnych. Stan pacjenta od ponad roku pozwalał na odbywanie przez niego kary, ze wskazaniem konieczności psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w zakładzie karnym. Oczywiście nie można wykluczyć, iż pobyt w zakładzie karnym nie nasili objawów reaktywnych, ale przedłużanie sytuacji stałego zagrożenia koniecznością odbycia kary pozbawienia wolności, może być silniejszym czynnikiem urażającym, niż samo odbywanie kary. Przerwanie tego czynnika zagrożenia, nawet pod postacią stawienia mu czoła, może wpłynąć korzystnie na osłabienie, a nawet ustąpienie zaburzeń.

## OMÓWIENIE

Badania przeprowadzane w Klinice Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie potwierdzają stwierdzenie doświadczonych psychiatrów sądowych, iż również aktualnie rozpoznawanie w stanach zaburzeń reaktywnych lub postaw obronnych następcza nadal znaczne trudności. Wydaje się, że rozbieżności ocen zależą nie tylko od spotykanych w tych zaburzeniach zmienności obrazów, nasilenia i przebiegu zaburzeń, mieszania się form reaktywnych z obronnymi, ale w nie mniejszym stopniu od wiedzy i doświadczenia psychiatry. W niektórych przypadkach, niestety, nie można wykluczyć czynników pozamerytorycznych.

W Komentarzu do *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* autorzy piszą, iż „Lekarz nie powinien być biegłym w sprawach osoby, z którą łączy go związek terapeutyczny” [3].

Dwutorowość działań psychiatrów pogłębia możliwość rozbieżności ocen, wydłuża przebieg postępowania przygotowawczego-karnego, stawia w kłopotliwej i niejasnej

sytuacji sąd, przyczynia się do kolejnych ekspertyz sądowo-psychiatrycznych, a przede wszystkim wpływa niekorzystnie na stan psychiczny osoby podejrzanej czy oskarżonej. Należy zaznaczyć, że działalność ta zaczyna się najczęściej wkrótce po rozpoczęciu dochodzenia, a przejawy nerwicowych reakcji sytuacyjnych występują również u osób, które nie zostały pozbawione wolności. Podsumowanie to pozwala na wysunięcie następujących wniosków.

## WNIOSKI

1. Opinie sądowo-psychiatryczne w sprawach osób podejrzanych lub oskarżonych o dokonanie przestępstwa winni wydawać powołani przez prokuraturę lub sąd biegli, dysponujący całokształtem materiału.
2. Pozostali psychiatry, zwłaszcza zajmujący się leczeniem wyżej wymienionych osób, nie powinni wydawać innych zaświadczeń niż potwierdzających leczenie, zaś w sprawie ocen sądowo-psychiatrycznych winni sugerować sądowi powołanie biegłych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Cieślak M., Spett K., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. II. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1977, 374–385.
2. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. III. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991, 348–357.
3. Dąbrowski S., Pietrzykowski J.: *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. IPiN, Warszawa 1997, 223.
4. Dreszer R.: *Zarys psychiatrii sądowej dla medyków i prawników*. PZWL, Warszawa 1962, 96–101.
5. *Kodeks karny wykonawczy*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1969.
6. *Kodeks postępowania karnego*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1969.
7. Korzeniowski L.: *Zarys psychiatrii*. Kompendium. PZWL, Warszawa 1954, 170–173.

8. Łuniewski W.: Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna. Oprac. S.Batawia. PZWL, Warszawa 1950, 17, 42–43.
9. Majchrzyk Z., Gordon T., Szablewska E.: Zmiany w obrazie reaktywnych zaburzeń psychicznych i ich związek z rodzajami popełnianych przestępstw. Post. Psychiatr. Neurol. 1998.
10. Malinowski A.: Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Kompendium dla lekarzy i prawników. PZWL, Warszawa 1961, 158–162.
11. Pobocho J.: Kodeks etyczny biegłego psychiatry – zasady dobrych obyczajów. Mat. XII Kraj. Konf. Psychiatrii Sądowej nt. „Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w nowych uwarunkowaniach prawnych i psychospołecznych”, Bełchatów, 24–25.11.1994. Psychiatr. Pol. 1996.
12. Szymusik A.: Psychiatria sądowa. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. T. III. PZWL, Warszawa 1989, 426–449.
13. Szymusik A.: Zaburzenia reaktywne. W: Pużyński S. (red.): Leksykon psychiatrii. PZWL, Warszawa 1993, 527–528.
14. Uszkiewiczowa L.: Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. PZWL, Warszawa 1966.

*Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN,  
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*