

Rozdział I. Wprowadzenie

§ 1. Zakres opracowania

Wykorzystanie w tej książce tekstów przygotowanych na potrzeby Systemu Prawa Karnego nastąpiło przez ich szczególną adaptację, wobec tego, że w Systemie, w kolejnych tomach, przedstawiona została, przez innych autorów, ogólna problematyka okoliczności wyłączających odpowiedzialność karną, a także ogólna problematyka środków zabezpieczających. Na potrzeby książki, we Wprowadzeniu (rozdziale I), zagadnienia te zostały syntetycznie omówione w kontekście tytułowych instytucji prawa karnego. Także konieczne było przedstawienie relacji między karami i środkami karnymi a środkami zabezpieczającymi. W końcu, w części wstępnej, wobec tego, że kwestie zasadnicze wiążą się z niepoczytalnością i psychiatrycznymi środkami zabezpieczającymi, niezbędne było przedstawienie ogólnych zagadnień psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej w związku z medycznym postępowaniem psychiatrycznym, w tym w szczególności postępowaniem przymusowym.

Pozostałe rozdziały (II do V) stanowią trzy zasadnicze części: niepoczytalność i związane z nią ściśle psychiatryczne środki zabezpieczające (rozdziały II i III), postępowanie karne w przedmiocie psychiatrycznych środków zabezpieczających (rozdział IV) oraz wykonanie tych środków (rozdział V). Całość wieńczą ustalenia i wnioski końcowe, dotyczące zarówno uregulowań w zakresie prawa karnego materialnego, procesowego i wykonawczego, ale także odnoszące się do instytucji niepoczytalności i psychiatrycznych środków zabezpieczających, jak i postulatów w zakresie psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej.

Rozdziały II i III zawierają także rozważania dotyczące zagadnień prawnych, ale przede wszystkim pełne opracowanie problematyki niepoczytalności i psychiatrycznych środków zabezpieczających z punktu widzenia ostatnich osiągnięć psychiatrii, psychologii i seksuologii, także w świetle najnowszej literatury przedmiotu.

Zagadnienia procesowe (rozdział IV), poza problematyką opiniowania psychiatryczno-psychologiczno-seksuologicznego, w ogóle nie zostały przedstawione w tomach 4 i 7 Systemu Prawa Karnego. Tu kwestie te zostały omówione w odniesieniu do dwóch odrębnych trybów postępowania: poza rozprawą główną - na rozprawie niebędącej rozprawą główną albo, wyjątkowo, na posiedzeniu oraz po przeprowadzeniu rozprawy głównej.

Z kolei rozdział V syntetycznie rozważa prawną problematykę wykonania psychiatrycznych środków zabezpieczających, skupiając uwagę przede wszystkim na jego aspektach psychiatrycznych i psychologicznych, co w założeniu nie zostało przedstawione w tomie 7 Systemu, ani – wystarczająco wnikliwie – w jakiegokolwiek innej dotychczasowej publikacji.

Ustalenia i wnioski końcowe formułują także postulat przekształcenia modelu psychiatrycznych środków zabezpieczających, ujętych w Kodeksie karnym z 1997 r. oraz w Kodeksie karnym wykonawczym z 1997 r.

Bibliografia zawiera pełną informację także o najnowszym piśmiennictwie polskim i obcym, dotyczącym niepoczytalności i psychiatrycznych środków zabezpieczających, zwłaszcza tej z zakresu psychiatrii i psychologii sądowej.

§ 2. Okoliczności wyłączające albo ograniczające winę

Rozdział III Kodeksu karnego z 1997 r. zatytułowany został „Wyłączenie odpowiedzialności karnej”. Określone w nim zostały dwa rodzaje sytuacji, w których następuje wyłączenie albo ograniczenie odpowiedzialności tego rodzaju za popełnienie czynu zabronionego przez prawo karne. Pierwsza ma miejsce wówczas, gdy czyn co prawda wypełnia ustawowe znamiona czynu zabronionego określone przez prawo karne, jednak nie jest wówczas bezprawny (obrona konieczna – art. 25 KK, stan wyższej konieczności – art. 26 KK, ryzyko nowatorskie – art. 27 KK). Druga grupuje sytuacje, gdy czyn zabroniony nie stanowi przestępstwa, gdyż sprawcy nie można przypisać winy. W tych ostatnich wypadkach chodzi o zachowanie pod wpływem błędu (art. 28–30 KK) oraz niepoczytalność i poczytalność ograniczoną (art. 31 KK). Jeżeli sprawca popełnia czyn zabroniony w stanie niepoczytalności (art. 31 § 1 KK) albo poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym (art. 31 § 2 KK), to – o ile spełnione są wymogi określone w art. 93–100 KK – sąd musi albo może orzec wobec takiego sprawcy środek zabezpieczający o charakterze leczniczym albo administracyjnym.

Obowiązujący Kodeks karny nie definiuje pojęcia „wina”, a twórcy jego projektu wprost stwierdzają, że, choć ustawa ta „wprowadza jednoznacznie zasadę odpowiedzialności za czyn zawiniony”, to „nie przesądza jednak akceptacji określonej teorii winy, pozostawiając to doktrynie i orzecznictwu”¹. Jednakże jeden z twórców tego projektu, prof. A. Zoll, w kolejnych publikacjach konsekwentnie wyraża pogląd, że „winę sprawcy ustala się wtedy, gdy można mu zarzucić, że w czasie swego bezprawnego, karalnego i karygodnego czynu nie dał posłuchu normie prawnej, chociaż można było podporząd-

¹ I. Fredrich-Michalska, B. Stachurska-Marcińczak (oprac.), Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami, Warszawa 1997, s. 118.

kowania się normie prawnej od sprawcy wymagać”, a więc winą jest „ocenia-
na z punktu widzenia kryteriów społeczno-etycznych nieusprawiedliwiona
wadliwość procesu decyzyjnego”².

To jedna z bardzo wielu wypowiedzi w doktrynie, dotycząca istoty winy.
Nawiązują one, mniej czy bardziej konsekwentnie, do jednej z teorii winy, któ-
re przedstawiane są we wszystkich akademickich podręcznikach prawa kar-
nego materialnego i w większości komentarzy do Kodeksu karnego, ale także,
choć w nielicznych, opracowaniach monograficznych³.

W tym opracowaniu nie jest ani potrzebne, ani nawet możliwe obszernie
przedstawienie problematyki winy, gdyż wymagałoby to – o ile miałyby od-
znaczać się oryginalnością – odrębnego, bardzo pogłębionego studium. Tu wy-
starczy przypomnieć o psychologicznej i normatywnej teorii winy. Z punktu
widzenia teorii psychologicznej wina wyczerpuje się w stosunku psychicznym
sprawcy do popełnionego czynu (działania lub zaniechania). Z kolei „czysta”
teoria normatywna wyczerpuje się w zarzucalności (naganności) postępowania
z punktu widzenia określonych norm (wartości)⁴.

Wydaje się, że żadna z tych teorii, oddzielnie, nie wyjaśnia wystarczająco
istoty winy i dopiero dostrzeżenie tego, że wina to „zarzucalność” z powodu
wystąpienia albo braku stosunku psychicznego sprawcy do popełnionego
czynu zabronionego przez prawo karne, jak to postuluje teoria kompleksowa
(normatywno-psychologiczna), pozwala określić jej istotę. Właśnie ta ostat-

² A. Zoll, w: A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część ogólna, t. I, Komentarz do art. 1–116 KK, War-
szawa 2012, s. 54, 55; W. Wróbel, A. Zoll, Polskie prawo karne. Część ogólna, Kraków 2010, s. 314,
315, 323–327.

³ Tylko przykładowo na gruncie kodeksów karnych z 1969 r. i z 1997 r.: G. Rejman, Teorie i formy
winy w prawie karnym, Warszawa 1980, s. 131 i nast.; M. Król-Bogomilska, „Formy winy” w prawie
karnym w świetle psychologii, Warszawa 1991, s. 11 i nast.; I. Andrejew, Polskie prawo karne w za-
rysie, Warszawa 1986, s. 183 i nast.; J. Bafła, Polskie prawo karne, Warszawa 1989, s. 156 i nast.;
K. Buchała, Prawo karne materialne, Warszawa 1989, s. 293 i nast.; M. Cieślak, Polskie prawo karne.
Zarys systemowego ujęcia, Warszawa 1990, s. 144 i nast.; A. Gubiński, Zasady prawa karnego, Warszawa
1986, s. 59 i nast.; W. Świda, Prawo karne, Warszawa 1989, s. 158 i nast.; J. Giezek, w: M. Bojarski
(red.), Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna, Warszawa 2004, s. 159 i nast.; L. Wilk,
w: T. Dukiet-Nagórska (red.), Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa, Warszawa 2010,
s. 109 i nast.; 2012, s. 105 i nast.; L. Gardocki, Prawo karne, Warszawa 2011, s. 53 i nast.; A. Grze-
škowiak, w: A. Grześkowiak (red.), Prawo karne, Warszawa 2009, s. 80 i nast.; M. Budyn-Kulik,
w: M. Mozgawa (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna, Warszawa 2006, s. 255 i nast.; L. Pohl,
R.A. Stefański, Prawo karne materialne – część ogólna, Warszawa 2008, s. 117 i nast.; J. Warylewski,
Prawo karne. Część ogólna, Warszawa 2004, s. 290 i nast.; 2012, s. 322 i nast.; T. Bojarski (red.),
Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2012, s. 29 i nast.; J. Giezek, w: J. Giezek (red.), Kodeks karny.
Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2007, s. 64 i nast.; A. Grześkowiak, w: A. Grześkowiak, K. Wiak
(red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2012, s. 34 i nast.; G. Rejman, w: G. Rejman (red.), Kodeks
karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 1999, s. 148 i nast.; L. Pohl, Prawo karne. Wykład części
ogólnej, Warszawa 2012, s. 291 i nast.

⁴ A. Marek, Prawo karne, Warszawa 2011, s. 131; *tenże*, Kodeks karny. Komentarz, Warszawa
2010, s. 23.

nia teoria jest również w polskiej doktrynie najczęściej przyjmowana⁵, z najbardziej syntetycznym i jednocześnie w pełni trafnym ujęciem *W. Woltera*, że „wina jest zarzucalną (wadliwą) decyzją woli”, a więc zarzucalną umyślnością albo nieumyślnością⁶.

Właśnie w wypadku niepoczytalności (art. 31 § 1 KK), wobec tego, że sprawca czynu zabronionego przez prawo karne jako przestępstwo, w czasie czynu, nie mógł rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem, nie można mu postawić zarzutu naganności zachowania, a więc nie można mu przypisać winy. W wypadku ograniczenia poczytalności, także w stopniu znacznym (art. 31 § 2 KK), zarzucalność ta, w porównaniu do czynu będącego udziałem sprawcy w pełni poczytalnego, jest odpowiednio mniejsza, a więc i stopień winy jest niższy.

§ 3. Kary i środki karne a środki zabezpieczające

Sprawca czynu zabronionego przez prawo karne ponosi z tego tytułu odpowiedzialność prawną, na którą składa się przede wszystkim odpowiedzialność karna, w ramach której są orzekane wobec niego kary lub środki karne (kary dodatkowe), również odpowiedzialność cywilna, z którą wiąże się obowiązek naprawienia szkody spowodowanej przestępstwem, ale także odpowiedzialność prawna związana z popełnieniem czynu zabronionego przez prawo karne przez sprawcę niepoczytalnego albo przestępstwa popełnionego przez sprawcę, którego poczytalność w czasie czynu była ograniczona w stopniu znacznym, z czym wiąże się orzekanie wyłącznie środków zabezpieczających albo orzekanie takich środków obok kar. Z tego wynika oczywiste stwierdzenie, że kary i środki karne orzekane są, gdy sprawcy czynu zabronionego przez prawo karne można przypisać winę, natomiast środki zabezpieczające tylko wobec sprawcy niepoczytalnego, któremu winy przypisać nie można albo którego poczytalność była ograniczona w stopniu znacznym, z czym wiąże się znacznie niższy stopień winy.

Historia kary kryminalnej równa jest historii ludzkiej cywilizacji i historii państwa jako szczególnej formy organizacji społeczeństwa, można więc powiedzieć, że była zawsze. Koncepcja środków zabezpieczających, sformułowana przez szkołę pozytywną prawa karnego (najwyśmienitsi jej twórcy i przedstawiciele to: *C. Lombroso*, *R. Galofaro* i *E. Ferri*), postulowała rezygnację z kar na rzecz środków zabezpieczających, celem stosowania których jest wyłącznie przeciwdziałanie społecznemu niebezpieczeństwu sprawcy. Taką ideę formu-

⁵ *A. Marek*, Prawo karne, Warszawa 2011, s. 131; *A. Wąsek*, w: *O. Górniok* (red.), Kodeks karny. Komentarz, t. I, Art. 1–116, Gdańsk 2005, s. 33 i nast.; *tenże*, w: *M. Filar* (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2012, s. 19 i nast.; *K. Buchala*, Prawo karne, s. 293 i nast.; *W. Świda*, Prawo karne, s. 158 i nast.

⁶ *W. Wolter*, Nauka o przestępstwie, Warszawa 1973, s. 118.

łował opracowany w 1921 r. projekt Kodeksu karnego dla Włoch, który jednak nigdy nie stał się obowiązującym prawem. Kodeks „zabezpieczenia społecznego” nie został przyjęty w żadnym państwie, choć miał on wpływ na unormowania włoskiego kodeksu karnego z 1932 r., radzieckiego kodeksu z 1922 r. oraz wielu innych ustaw karnych przyjmowanych w okresie międzywojennym w Europie i Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Co więcej, idea stosowania wobec sprawców czynów zabronionych i przestępstw zamiast albo obok kary środków zabezpieczających nie została zarzucona i przejęta, w znacznym zakresie, przez „ruch obrony społecznej”⁷.

To właśnie swoisty spór między klasyczną a pozytywną szkołą prawa karnego o wyższość kar albo środków zabezpieczających doprowadził do sformułowania przez szkołę socjologiczną postulatów stosowania wobec sprawców przestępstw i czynów zabronionych przez prawo karne zarówno kar (środków karnych), jak i środków zabezpieczających. Na podstawie tej idei, za twórcę której uchodzi *F. Liszt*, powstały w pierwszej połowie XX w. tzw. kodeksy dwutorowe, określające zasady orzekania kar i środków zabezpieczających⁸.

Tego typu kodeksem były szwajcarski kodeks karny z 1937 r., ustawodawstwo niemieckie z 1934 r., austriacki kodeks karny z 1974 r. oraz polskie kodyfikacje prawa karnego z 1932 r. oraz 1969 r. i takim też kodeksem jest obowiązująca ustawa karna z 1997 r.⁹.

W kodeksach „dwutorowych”, w tym także w kodeksie z 1932 r., a nawet w kodeksie z 1969 r., środki zabezpieczające mogły być stosowane nie tylko wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych przez prawo karne i tych, których poczytalność była ograniczona w stopniu znacznym, ale także wobec wielokrotnych recydywistów (niepoprawnych), przestępców „z nawyknięcia”, przestępców „zawodowych” oraz sprawców czynów „pozostają-

⁷ Zob. *L. Tyszkiewicz*, Doktryna i ruch „obrony społecznej” we współczesnym prawie karnym, Poznań 1968; *T. Grygier*, Zbiór zasad obrony społecznej, Warszawa 1976 oraz zamieszczone tam Wprowadzenie *M. Cieślaka*, s. 8–20.

⁸ *A. Marek*, Prawo karne, Warszawa 2011, s. 25 i nast.; *K. Krajewski*, w: *L.K. Paprzycki* (red.), System Prawa Karnego, t. 7, Środki zabezpieczające, Warszawa 2012, s. 3 i nast.; *K. Zgrzyzek*, Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym, Katowice 1989, s. 14 i nast.; *A. Kwieciński*, Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonania, Wrocław 2009, s. 15 i nast.

⁹ *L.K. Paprzycki*, System środków zabezpieczających w ujęciu Kodeksu karnego z 1932 r. – koncepcja i rzeczywistość, w: *A. Grześkowiak, K. Wiak*, (red.), 80-lecie Kodeksu karnego z 1932 r., Lublin 2012, w druku; *I. Andrejew*, Polskie prawo karne, s. 312 i nast.; *J. Bafia*, Polskie prawo karne, s. 298–300; *K. Buchata*, Prawo karne, s. 503 i nast.; *M. Cieślak*, Polskie prawo karne, s. 477 i nast.; *A. Gubiński*, Zasady prawa karnego, 1986, s. 158 i nast.; *W. Świda*, Prawo karne, s. 331 i nast.; *Z. Sienkiewicz*, w: *M. Bojarski* (red.), Prawo karne materialne, s. 371 i nast.; *O. Sitarz*, w: *T. Dukiet-Nagórska* (red.), Prawo karne, 2012, s. 268 i nast.; *L. Gardocki*, Prawo karne, 2011, s. 208 i nast.; *F. Ciepły*, w: *A. Grześkowiak* (red.), Prawo karne, s. 233 i nast.; *M. Budyn-Kulit*, w: *M. Mozgawa* (red.), Prawo karne materialne, s. 445 i nast.; *R.A. Stefański*, Prawo karne materialne, s. 369 i nast.; *J. Warylewski*, Prawo karne, 2012, s. 392 i nast.; *W. Wróbel, A. Zoll*, Polskie prawo karne, s. 546 i nast.; *A. Kwieciński*, Lecznicze środki zabezpieczające, s. 35 i nast.

cych w związku ze wstętem do pracy” – art. 83 i 84 KK z 1932 r. oraz art. 64 i 65 KK z 1969 r.

Obecnie obowiązujący kodeks z 1997 r. przewiduje, w niewielkim zakresie, stosowanie nielecniczych środków zabezpieczających o charakterze administracyjnym w postaci obowiązków i zakazów oraz przepadku, określonych w art. 39 pkt 2 i 3 oraz w pkt 4 KK, stanowiących środki karne, w stosunku do sprawców niepoczytalnych – art. 99 i 100 KK, ale przede wszystkim środki zabezpieczające o charakterze leczniczym, orzekane wobec sprawców niepoczytalnych (umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym – art. 94 KK), wobec sprawców, których poczytalność w czasie czynu była ograniczona w stopniu znacznym (umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne – art. 95 KK), wobec sprawców o zakłóconej psychice na tle zaburzenia preferencji seksualnych (umieszczenie w zakładzie zamkniętym albo skierowanie na leczenie ambulatoryjne – art. 95a KK) oraz wobec sprawców uzależnionych od alkoholu lub innego środka odurzającego (umieszczenie w zakładzie zamkniętym albo skierowanie na leczenie ambulatoryjne – art. 96–98 KK). Kodeks ten nie przewiduje natomiast stosowania środków zabezpieczających wobec innych kategorii sprawców, w tym niepoprawnych, zawodowych czy wielokrotnych recydywistów. Ci ostatni (recydywiści i sprawcy, którzy z popełnienia przestępstw uczynili sobie stałe źródło dochodu – przestępcy zawodowi) ponoszą surowszą odpowiedzialność prawną, będącą odpowiedzialnością karną, jednak wyłącznie na zasadzie winy, w zakresie określonym w art. 64 i 65 KK.

§ 4. Przymus leczenia i terapii w psychiatrii, seksuologii i psychologii

Jednym z podstawowych dylematów związanych z instytucją środków zabezpieczających jest kwestia **ich przymusowego** czy dobrowolnego **charakteru**. Problem powyższy wiąże się bezpośrednio z ich prawnym charakterem, stosownymi regulacjami ustawowymi, a także z relacjami, jakie zachodzą pomiędzy zasadami postępowania z osobami ujawniającymi zaburzenia psychiczne objętymi „zwykłą” opieką psychiatryczną i świadczeniami zdrowotnymi a zasadami stosowania i realizowania środków zabezpieczających, tzn. postępowaniem leczniczym wobec osób zaburzonych psychicznie, które naruszyły porządek prawny. W daleko idącym uproszczeniu chodzi o zależności, jakie zachodzą pomiędzy ustawami karnymi – przepisami materialnymi, procesowymi i wykonawczymi a podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie związane ze zdrowiem psychicznym i leczeniem psychiatrycznym, tj. **ustawą z 19.8.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**.

Kontynuując i rozwijając postawiony wyżej problem, można zadać kolejne pytanie o to, jak mają się wskazać w ustawie psychiatrycznej cele i zadania

opieki psychiatrycznej w Polsce do celów realizowanych w ramach leczniczych środków zabezpieczających. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa **najogólniejsze zasady zabezpieczania tej wartości społecznej, którą jest zdrowie psychiczne**, i brak jest argumentów do przyjęcia, aby nie miały one obowiązywać także wobec tych, którzy w związku z ujawnianymi zaburzeniami naruszyli obowiązujące prawo. Oczywiście tylko w tych sytuacjach, kiedy inne, bardziej szczegółowe rozwiązania ustawowe tego nie wykluczają (np. internacja w zakładzie psychiatrycznym). Te ostatnie stanowią jednak tylko wyjątki od generalnej zasady. Instytucja detencji psychiatrycznej wyklucza oczywiście z definicji obowiązywanie **dobrowolności leczenia**, traktowanej w ustawie psychiatrycznej jako jedna z podstawowych zasad. Można od niej odstąpić tylko w wyjątkowych wypadkach, np. gdy osoba chora psychicznie stwarza bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia lub życia i zdrowia innych.

Jest sprawą oczywistą, że cele i zadania, które realizuje obowiązujący Kodeks karny, jedynie w pewnym zakresie będą zbieżne z przedmiotem regulacji ustawy psychiatrycznej. **Prawo karne**, w swej istocie, **chronić ma porządek prawny**, pełniąc przy tym również rolę prewencyjną. Środki zabezpieczające służyć więc będą przede wszystkim realizacji tej właśnie prewencyjnej roli czy funkcji. Nadrzędnym celem stosowania środków zabezpieczających jest ochrona społeczeństwa przed sprawcami, którzy stanowią niebezpieczeństwo czy zagrożenie dla porządku prawnego, natomiast dalszym celem jest izolacja sprawcy ujawniającego zaburzenia psychiczne i – może w ostatniej kolejności – jego leczenie. **Dobrem chronionym przez ustawę psychiatryczną** jest natomiast **zdrowie psychiczne człowieka**, przy czym stosowanie przymusu wobec chorych psychicznie jest wyjątkiem od ogólnej zasady dobrowolności leczenia¹⁰. Te różne cele obu porównywanych regulacji prawnych zdają się przesądzać o **nieuchronności** pewnych **kolizji**, w tym zwłaszcza trudności wynikających z konieczności pogodzenia interesów i racji społecznych z prawami jednostki. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie, aby uznać, że **strategicznym celem psychiatrii sądowej wykonującej środki leczniczo-zabezpieczające jest integracja pacjentów sądowo-psychiatrycznych ze społeczeństwem**, a nie ich izolowanie czy zabezpieczenie przed nimi. Integracja ta będzie możliwa tylko wtedy, gdy wypracowany zostanie spójny model postępowania wobec osób zaburzonych psychicznie naruszających prawo, w którego realizacji będą uczestniczyć nie tylko specjaliści w różnych dziedzinach, ale przede wszystkim całe społeczeństwo. Niestety, przy dzisiaj-

¹⁰ S. Dąbrowski, Regulacja prawna ochrony zdrowia psychicznego, w: S. Dąbrowski, J. Jarczyński, S. Pużyński (red.), *Psychiatria*, t. III, Warszawa 1989, s. 410; S. Dąbrowski, L. Kubicki, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień, Warszawa 1994, s. 13; S. Dąbrowski, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i jej realizacja, w: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Robakowski, J. Wciórka (red.) *Psychiatria*, t. III, Wrocław 2003, s. 367-399.

szym poziomie świadomości społecznej jest to zadanie bardzo trudne i skomplikowane¹¹.

Wspomniano o tym, iż stosowanie leczniczych środków zabezpieczających polega także na **podejmowaniu zdań leczniczych**, w jak najszerszym rozumieniu tego słowa. Obejmuje więc zarówno leczenie farmakologiczne, psychoterapię, psychoedukację, jak i oddziaływania rehabilitacyjne. **Zadania** te powinny być **realizowane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i psychologicznej**, z uwzględnieniem wszystkich współczesnych zasad i procedur, w ramach systemu, który ze swej natury i adekwatnie do aktualnego stanu nauki ma **charakter kompleksowego i interdyscyplinarnego modelu leczniczego**. Chodzi więc o maksymalne uwzględnienie aktualnych standardów i procedur terapeutycznych, a jedyne ograniczenia w sięganiu po nie mogą wynikać z konieczności realizacji warunków zabezpieczających społeczeństwo przed zagrożeniem czy niebezpieczeństwem, jakie stwarza zaburzony psychicznie i leczony sprawca czynu zabronionego. Przepisy prawa materialnego, procesowego i wykonawczego określają i precyzują zasady, na podstawie których funkcjonuje instytucja leczniczych środków zabezpieczających. Tworzą też zarazem zręby i podstawy modelu terapeutycznego, funkcjonującego, z jednej strony, w ramach konkretnego modelu prawa karnego, z drugiej, uwzględniającego aktualny stan i możliwości systemu leczniczego¹². Problem w tym, aby umiejętnie pogodzić obie perspektywy.

Uchwalona w 1994 r. **ustawa o ochronie zdrowia psychicznego** powszechnie uznawana jest za bardzo nowoczesny akt prawny, szeroko ujmujący kwestie opieki psychiatrycznej i ochrony zdrowia psychicznego. Trudno uwierzyć, iż przez cały niemal XX w. powyższe kwestie nie były w Polsce regulowane ustawowo, a w tak delikatnej i ważnej kwestii, jak stosowanie przymusowej hospitalizacji, posługiwano się podstawą prawną niedopuszczalnie niskiej rangi, tj. **instrukcją Nr 120/52 Ministra Zdrowia z 10.12.1952 r.** w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych¹³.

Zasadnicze cele ustawy to:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej i pomocy dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz promocja zdrowia i kształtowanie właściwych postaw wobec tych osób;
- 2) ochrona praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) szczegółowe określenie zasad przymusu bezpośredniego;

¹¹ J.K. Gierowski, J. Heitzman, M. Teleśnicki, Strategische und methodologische Voraussetzungen im Umgang mit psychisch gestoerten Rechtsbrechern im Rahmen der gesellschaftlichen Umgestaltung in Polen, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Werkstattsschriften 1997, Nr 1, s. 107–116.

¹² J.K. Gierowski, J. Heitzman, Das Integrativmodell der forensischen Psychiatrie auf der Schwelle zum neuen Jahrhundert, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Werkstattsschriften 2000, Nr 2, s. 103–116.

¹³ Dz.Urz. Min. Zdrowia Nr 24, poz. 240.

- 4) postępowanie wobec osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych, w tym szczególnie wobec osób leczonych bez zgody;
- 5) zasady postępowania przed sądem opiekuńczym;
- 6) ochrona tajemnicy związanej z wykonywaniem wszelkich czynności wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ochrona prawnokarna¹⁴.

Ustawa formułuje także **zasady dotyczące organizacji opieki zdrowotnej i promocji zdrowia psychicznego**, takie jak:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej i pomocy dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) promocja zdrowia – zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
- 3) kształtowanie właściwych postaw wobec osób ujawniających zaburzenia psychiczne – zrozumienia, tolerancji, zapobiegania dyskryminacji, wykluczeniu, stygmatyzacji itd. Powyższe zasady realizowane są aktualnie przez **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego**, ujęty w rozporządzeniu Rady Ministrów z **28.12.2010 r.**¹⁵.

Przechodząc do kwestii bardziej szczegółowych, warto zaprezentować, jak przedstawia się, w świetle aktualnie obowiązującego prawa, kwestia **stosowania przymusu w postępowaniu psychiatrycznym**. Punktem wyjścia do tych rozważań powinno być stwierdzenie, iż powszechnie akceptowanym w świecie standardem w medycynie jest **zgoda pacjenta** na proponowane mu postępowanie medyczne, tj. badanie, leczenie czy umieszczenie w szpitalu¹⁶. Zasadę tę realizuje ustawa psychiatryczna, stwierdzając w art. 3 pkt 4, iż **wyrażenie zgody na leczenie** to „swobodnie wyrażona zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”. Warto dodać, iż również **badanie psychiatryczne wymaga zgody**, chyba że zachowanie osoby wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób lub nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Odrębna jest także sytuacja **osób ubezwłasnowolnionych lub małoletnich** (do 16. roku życia) – wymagana jest tu **zgoda przedstawiciela ustawowego**.

Kluczowe zagadnienia dotyczące stosowania przymusu w leczeniu psychiatrycznym obejmują dwie grupy problemów. Pierwsze z nich dotyczą tzw.

¹⁴ A. Woźniak, K. Katarasińska-Pierzgalska, Zagadnienia prawne dotyczące postępowania leczniczego w psychiatrii, w: M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska (red.), Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, Warszawa 2011, s. 673–690.

¹⁵ Dz.U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128.

¹⁶ L.K. Paprzycki, Stosowanie przymusu w postępowaniu psychiatrycznym (w świetle obowiązującego prawa oraz projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), w: L.K. Paprzycki, Prawna problematyka opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w postępowaniu karnym oraz w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, Kraków 2006, s. 237–243.

przymusu bezpośredniego. Zostaną one omówione nieco szerzej, ponieważ jest to sprawa w pełni aktualna także w postępowaniu leczniczym realizowanym w ramach wykonywania środków zabezpieczających. Kolejna, druga grupa problemów związana jest z **przesłankami i zasadami przymusowej hospitalizacji.** Z oczywistych względów wspomniane zasady nie mogą dotyczyć środków leczniczo-zabezpieczających, stanowią jednak ważne odniesienie czy też tło dla tych procedur hospitalizacyjnych, które stosuje sąd, przystępując do realizacji wspomnianych środków.

Przymus bezpośredni to postępowanie mające na celu **uspokojenie i zabezpieczenie osoby stwarzającej zagrożenie** dla siebie lub otoczenia **przy użyciu określonych metod fizycznych i farmakologicznych.** Artykuł 18 OchrZdrPsychU oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.6.2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania¹⁷ precyzują uprawnienia i środki stosowania wspomnianego przymusu. I tak **przymus bezpośredni** (art. 18) musi być zawsze uzasadniony okolicznościami takimi, jak to, że osoba z zaburzeniami psychicznymi:

- 1) dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby czy bezpieczeństwu publicznemu;
- 2) gwałtownie niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu;
- 3) poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Trzeba dodać, iż przymus bezpośredni może być stosowany we wszystkich sytuacjach dotyczących postępowania bez zgody wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, np. w razie konieczności przeprowadzenia badania psychiatrycznego, zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się ze szpitala lub domu pomocy społecznej osoby przebywającej tam bez zgody, przyjęcia do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej bez zgody¹⁸. W ustawie jest jasno określone, co stanowi taki przymus, jakie są procedury jego stosowania, dokumentowania i kontrolowania.

Bezpośrednie „przymus bezpośredni” rozumie się **przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie za pomocą przystosowanych do tego celu pasów lub kaftana bezpieczeństwa oraz izolację** (wymagającą specjalnego pomieszczenia). Trzeba podkreślić, iż o ile w sytuacji bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia oraz w przypadku zachowań czynnie agresywnych można stosować wszelkie konieczne środki przymusu bezpośredniego, o tyle w sytuacji, gdy kiedy osoba z zaburzeniami psychicznymi zakłóca funkcjonowanie oddziału, domu pomocy społecznej itp., możliwe jest zastosowanie jedynie przytrzymania, ewentualnie przymusowego podania leków. **O zastosowaniu przymusu decyduje lekarz,** który okre-

¹⁷ Dz.U. z 2012 r. poz. 740.

¹⁸ A. Woźniak, K. Katarasińska-Pierzgalska, Zagadnienia prawne; J. Heitzman, Psychiatria i prawo, w: R.E. Hales, S.C. Yudofsky, G.O. Gabbard (red.), Psychiatria, t. I, Warszawa 2010, s. 335–406.

śla zarówno rodzaj zastosowanego środka, jak i osobiście nadzoruje jego wykonanie. Zastosowanie przymusu bezpośredniego musi zostać **odnotowane w dokumentacji** medycznej zawierającej także jego uzasadnienie. **Podlega** także kontroli¹⁹.

W sytuacjach stwarzania bezpośredniego zagrożenia przez osobę z zaburzeniami psychicznymi lekarz ma prawo **żądać pomocy ze strony pogotowia ratunkowego, policji lub straży pożarnej**. Istotne jest też, że przymus bezpośredni można stosować zarówno w szpitalu i na oddziale psychiatrycznym, w domu pomocy społecznej, jak i na innych oddziałach szpitalnych (a także w izbie wytrzeźwień). Ma to szczególne znaczenie wobec pacjentów z zaburzeniami świadomości, którzy z powodu pobudzenia czy agresji czynnej mogą wymagać unieruchomienia w trakcie leczenia na oddziale internistycznym lub chirurgicznym. Na koniec trzeba nadmienić, iż przymus bezpośredni **nie może być karą** lub ułatwieniem pracy personelu, a jedynie zabezpieczeniem innych osób lub samego pacjenta w związku z jego konkretnym, zagrażającym zachowaniem²⁰.

Z przedstawionych powyżej zasad i rozważań dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wynika jasno, iż w podobny sposób będzie on realizowany we wszystkich publicznych instytucjach psychiatrycznych, jak i w specjalnie sprofilowanych, zamkniętych, „odpowiednich” oddziałach psychiatrycznych wykonujących środki leczniczo-zabezpieczające. Ważne jest przy tym, aby przebywający tam pacjenci mieli jasność w zakresie wszystkich opisanych wyżej zasad i aby regulamin funkcjonowania oddziału sądowego precyzyjnie ujmował wszelkie ich prawa i obowiązki. Tak zwani „pacjenci sądowi” to bardzo specyficzna grupa osób, narażona na szczególną, **podwójną stygmatyzację** – z jednej strony chorego psychicznie, „wariata”, z drugiej – przestępcy, sprawcy poważnego naruszenia porządku prawnego. Fakt ten wymaga stworzenia możliwie jasnych i konkretnych warunków i zasad, w których odbywa się leczenie, a także wynika z niego konieczność podejmowania takich psychologicznych metod oddziaływania, jak psychoterapia i psychoedukacja.

Była już mowa o tym, iż ustawa psychiatryczna **uzależnia wszelkie czynności diagnostyczno-terapeutyczne od zgody pacjenta**, dość zresztą specyficznie ujmowanej, odmiennie od kryteriów, które w sprawach cywilnych dotyczą oświadczeń woli, a zwłaszcza ich wad (art. 82 KC). Najogólniej biorąc, osoba z zaburzeniami psychicznymi jest zdolna do wyrażania zgody (na leczenie), jeśli rozumie aktualną sytuację i umie wykorzystać przekazywane jej informacje. Zdarzyć się jednak może, iż pomimo braku zgody pacjenta trzeba podjąć konkretne działania medyczne, np. hospitalizować go. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje na taką okoliczność dwa tryby postępowania

¹⁹ J. Duda, Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Warszawa 2006; U. Drodowska, W. Wojtal, Zgoda i informowanie pacjenta, Warszawa 2010, s. 91–146; S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa 1997.

²⁰ A. Woźniak, K. Katarasińska-Pierzgalska, Zagadnienia prawne.

nia: przyjęcie w trybie nagłym (art. 23) i tryb wnioskowy (art. 29). **Tryb nagły przyjęcia** bez zgody pacjenta stosuje się, jak sama nazwa wskazuje, w nagłych przypadkach, bez zgody sądu, gdy nie można nawiązać kontaktu z osobą, np. z uwagi na jej psychotyczne zaburzenia. Osoba taka jest niezdolna do wyrażenia zgody (art. 22 ust. 2a OchrZdrPsychU). W omawianym trybie może też być przyjęta do szpitala osoba chora psychicznie (przesłanka medyczna) bez zgody, jeśli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że **z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu, lub życiu albo zdrowiu innych osób** (tzw. przesłanka behawioralna) (art. 23 OchrZdrPsychU). Istnieje jeszcze jedna, inna nieco sytuacja dotycząca osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu i zdrowiu innych, a **zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie**. Osoba taka może być przyjęta do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości **na obserwację** trwającą maksymalnie 10 dni (art. 24 OchrZdrPsychU).

Odmiernym postępowaniem wobec osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych jest **tryb wnioskowy przyjęcia bez zgody**. Odbywa się on na podstawie poprzedzającego przyjęcie postanowienia sądu opiekuńczego, a dotyczy osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że **nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego** lub która jest **niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych** (art. 29 OchrZdrPsychU). Z wnioskiem takim występują osoby uprawnione (najbliżsi, przedstawiciele ustawowi lub osoby sprawujące faktyczną opiekę nad chorym). Do wniosku należy dołączyć świadectwo lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym.

Specyficzne są także procedury dotyczące **postępowania przed sądem opiekuńczym** w sytuacji braku zgody pacjenta na hospitalizację. Przedstawiają się one następująco. O przyjęciu do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym decyduje lekarz psychiatra po zasięgnięciu opinii drugiego psychiatry lub psychologa. Przyjęcie takie jest w ciągu 48 godzin zatwierdzone przez ordynatora oddziału, następnie przez kierownika szpitala (72 godziny). Kierownik szpitala zawiadamia niezwłocznie o zdarzeniu sąd opiekuńczy właściwy dla miejsca siedziby szpitala, wskazując dodatkowo na okoliczności uzasadniające takie przyjęcie. Sąd opiekuńczy ma za zadanie kontrolować legalność przyjęcia i przebywania w szpitalu lub domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Sąd kontroluje też przestrzeganie praw pacjentów oraz warunki pobytu – w każdej chwili może skontrolować szpital. W przypadku przyjęcia do szpitala bez zgody sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę, której sprawa dotyczy (w ciągu 48 godzin od otrzymania zawiadomienia). O zasadności przyjęcia bez zgody sąd orzeka po przeprowadzeniu rozprawy (ma się odbyć w ciągu 14 dni od otrzymania zawiadomienia). Przed wydaniem postanowienia sąd zobowiązany jest uzyskać opinię sadowo-psychia-