

JOLANTA PACIAN, MONIKA BARTNIK

Przymusowe leczenie psychiatryczne osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda*

Involuntary Psychiatric Treatment of People Admitted to Psychiatric Hospital Under the Terms of the Act of 19.08.1994 on the Protection of Mental Health. Remarks *De Lege Lata* and *De Lege Ferenda*

Abstract

Admission to a psychiatric hospital and treatment of people with mental disorders are associated with temporary deprivation of liberty. This is why the prerequisites specified in the Mental Health Protection Act of 19.08.1994 determine strictly both the admission and stay of such people in psychiatric hospitals. A stay in a psychiatric hospital is an extremely difficult time for patients who are often subjected to compulsory treatment. The aim of the article is to present the legal regulations concerning the circumstances where a patient's consent to psychiatric treatment is not necessary.

KEYWORDS: consent, doctor, a person with mental disorders

SŁOWA KLUCZOWE: zgoda, lekarz, osoba z zaburzeniami psychicznymi

JOLANTA PACIAN – doktor habilitowany nauk prawnych, profesor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ORCID – 0000-0003-0687-9100, e-mail: jolanta.pacian@umlub.pl

MONIKA BARTNIK – doktor nauk prawnych, profesor Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie, ORCID – 0000-0002-5877-6173, e-mail: m.bartnik@ujd.edu.pl

1 | Wstęp

Leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi stanowi wyzwanie i zarazem odpowiedzialność, która spoczywa zarówno na lekarzach psychiatrach, jak i innych osobach wykonujących zawody medyczne. Co do zasady przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i leczenie takich osób jest tak samo dobrowolne, jak w przypadku każdego innego szpitala. Przyjęcia przymusowe (art. 23, art. 24 i art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego^[1]) stanowią wyjątek – w ujęciu tak logicznym, jak i statystycznym, dlatego też przesłanki zawarte w u.o.z.p. determinują ściśle zarówno przyjęcie, jak i leczenie takich osób w szpitalach psychiatrycznych. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest czasem niezwykle trudnym dla takich pacjentów, a zwłaszcza dla tych, którzy leczeni są przymusowo. Leczenie zarówno psychiatryczne, którego formą jest stosowanie środków farmakologicznych, jak i terapia psychologiczna, która dopełnia leczenie, stanowią dla tych osób szansę na powrót do funkcjonowania w społeczeństwie oraz wykonywania obowiązków zawodowych, co przekłada się na ich samodzielność i samowystarczalność, a to z kolei skutkuje niższymi kosztami leczenia oraz utrzymania.

Pojęcie „choroby psychicznej” na gruncie u.o.z.p. jest pojęciem węższym od pojęcia zaburzeń psychicznych. Zatem stwierdzenie u chorego istotnych zaburzeń psychicznych, niebędących chorobą psychiczną, nie stanowi – wobec konieczności stosowania wykładni zawężającej – przesłanki pozytywnej do wydania postanowienia, które uwzględniałoby wniosek osoby trzeciej o leczenie psychiatryczne. *De lege ferenda* należy postulować zmianę zakresu przedmiotowego definicji „choroby psychicznej”, z uwagi na jej anachroniczny charakter, tak aby w dalszym ciągu występowanie u chorego innych zaburzeń psychicznych niż „choroba psychiczna” również wykluczało możliwość złożenia takiego wniosku. W kontekście obowiązujących standardów w psychiatrii odchodzi się od definiowania choroby psychicznej na rzecz konstruowania definicji osoby z zaburzeniami psychicznymi, to jednak w tym przypadku jest to uzasadnione. Ze względu na to, że w oficjalnej, międzynarodowej nomenklaturze już od czasów ICD-10 nazwa „choroba psychiczna” przestała być używana, ponieważ zrezygnowano z niej na rzecz jednolitego terminu „zaburzenia psychiczne”, to nazwa „choroba” w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego jest z tego

¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917), dalej: u.o.z.p.

punktu widzenia nieaktualna. Jednak nie stwarza to kłopotu praktycznego, ponieważ znane jest jej dawne znaczenie w medycynie, a przede wszystkim, co należy podkreślić, ma ona ustawową definicję, dlatego też *de lege ferenda* należy postulować, aby ustawa posługiwała się jednym, konkretnym kryterium „osoby z zaburzeniami psychicznymi”, wobec czego pojęcie choroby psychicznej stałoby się w języku prawnym zbędne. Dlatego *de lege ferenda* niezbędne jest precyzyjne i skrupulatne definiowanie pojęć oraz przesłanek dopuszczających ingerencję w prawa i wolności. Miałyby to na celu rzetelną kontrolę i zapobieganie sytuacjom wyjątkowym, aby nie stawały się normą postępowania, a jedynie wyjątkiem w danej sytuacji.

Celem artykułu jest analiza uregulowań prawnych dotyczących przymusowego leczenia psychiatrycznego osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. W związku z tak sformułowanym celem określono następujący główny problem badawczy: Jaki jest zakres uregulowań prawnych dotyczących przymusowego leczenia psychiatrycznego osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego? Ponadto sformułowano następujące problemy szczegółowe: W jaki sposób pacjent leczony psychiatrycznie wyraża zgodę na leczenie? Jak przebiega leczenie pacjenta psychiatrycznego bez zgody w trybie nagłym? Czym jest uzasadniona zmiana trybu hospitalizacji z art. 22 na art. 23 u.o.z.p.? Jak regulowane jest leczenie pacjenta psychiatrycznego bez zgody w trybie wnioskowym?

2 | Zgoda pacjenta leczonego psychiatrycznie

Zgoda pacjenta leczonego psychiatrycznie na czynność medyczną 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 dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Przy tym przez osobę chorą psychicznie rozumie się osobę wykazującą zaburzenia psychotyczne (art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.). W literaturze wskazuje się jednak, że w zakres

pojęcia choroby psychicznej wchodzić będą również stany ciężkiej depresji z myślami samobójczymi, w których brak objawów psychotycznych^[2].

Termin „osoba z zaburzeniami psychicznymi” odnosi się zarówno do osoby wykazującej zaburzenia psychotyczne, jak i osoby upośledzonej umysłowo czy też osoby wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (art. 3 pkt 1 u.o.z.p.). Należy zauważyć, że nie było dotychczas wolą ustawodawcy obejmowanie możliwością przymusowego leczenia wszystkich osób z tej grupy, ponieważ przymusowe leczenie w szpitalu psychiatrycznym dotyczy jedynie pewnych wyjątkowych przypadków określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. A takie objawy jak: nastroje dysforyczne, lęki, parahalucynacje, propazognozja, derealizacja, depersonalizacja, kompulsje, katatymia, zaburzenia łaknienia, pragnienia, snu i popędu płciowego, nadmierna lub obniżona wrażliwość na bodźce czy somatyzacje nerwicowe nie dawały i nie dają obecnie zasadnej podstawy do stosowania środków przymusowych na zasadach z ustawy. Objęcie na gruncie u.o.z.p. możliwością przymusowego leczenia jedynie psychoz, a pominięcie pozostałych zespołów zaburzeń psychicznych, było przemyślaną decyzją legislacyjną, którą należy ocenić pozytywnie.

Szczególnie ważny w zakresie wyrażenia zgody^[3] na leczenie jest sposób komunikowania się lekarzy psychiatrów z osobami z zaburzeniami psychicznymi, w tym jasne i zrozumiałe przekazanie informacji na temat stanu ich zdrowia. Zgodnie z art. 3 pkt 4 u.o.z.p. na proces informowania takich pacjentów składają się: 1) zdolności pacjenta do zrozumienia przekazywanych informacji medycznych; 2) sposób przekazania informacji; 3) zakres danych udzielanych osobie z zaburzeniami psychicznymi. Trafnie przyjmuje A. Golonka, że

jeżeli zgoda na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i poddanie się leczeniu psychiatrycznemu zostanie wyrażona przez osobę, która została ubezwłasnowolniona z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, albo

² Piotr Gałeczki, Kinga Bobińska i Krzysztof Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2016), 14.

³ Zob. Agnieszka Wojcieszak-John, „Sądowa ocena zasadności umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu psychiatrycznym bez zgody (wybrane zagadnienia),” *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny*, nr 1 (2023): 169–182.

innego zakłócenia czynności psychicznych, to oceny prawnej skuteczności jej oświadczenia woli w tym względzie należy dokonywać z uwzględnieniem art. 3 ust. 4 u.z.o.p. [...] Powinna ona zostać uzależniona od tego, czy – w opinii lekarza specjalisty przyjmującego pacjenta na leczenie psychiatryczne, osoba taka, mimo zaburzenia psychicznego, na które cierpi i z powodu którego została ubezwłasnowolniona, jest zdolna do zrozumienia przekazywanej jej w przystępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, o jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych oraz dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania^[4].

Osoba z zaburzeniami psychicznymi musi być zdolna do zrozumienia przekazywanych informacji. W sytuacji gdy nie jest w stanie przyswoić wiadomości niezbędnych do podjęcia decyzji, należy stwierdzić, że nie jest możliwe spełnienie przez nią kryteriów stawianych oświadczeniu o zgodzie uświadomionego pacjenta^[5]. Zgodnie z art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry^[6] lekarz może również, przy powoływaniu się na przywilej terapeutyczny, w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi, pominąć dane o rokowaniu. Takie znaczenie mogą mieć informacje chociażby dotyczące wyników leczenia. I chociaż zakres danych medycznych obejmuje: cel przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, stan zdrowia, proponowane czynności lecznicze i diagnostyczne oraz rokowania, to jednak kolizję przepisów także art. 82 kodeksu cywilnego^[7] i art. 3 ust. 4 u.o.z.p. należy usunąć, przyznając pierwszeństwo ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Co więcej, jak orzekł WSA w Warszawie w wyroku z dnia 2 marca 2017 r., również „przepisy ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowią *lex specialis* do określonego w ustawie z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obowiązku wyrażenia zgody przez pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego”^[8]. Zatem w przypadkach kolizji, nie tylko z kodeksem

⁴ Anna Golonka, „Problematyka zgody na leczenie wyrażonej przez osobę z tzw. zaburzeniami psychicznymi,” *Wojskowy Przegląd Prawniczy*, nr 2 (2013): 106–122.

⁵ Zob. postanowienie SN z dnia 26 lutego 2020 r., V CSK 601/19, OSNC 2020/12/06.

⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287 ze zm.), dalej: u.z.l.

⁷ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1974 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm.).

⁸ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 2 marca 2017 r., VII Sa/Wa 786/16, LEX nr 2374217.

cywilnym, ale i powyższą ustawą, pierwszeństwo mają przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Dodatkowo należy podkreślić, że wyróżnienie kategorii pacjentów chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo miało na celu, jak podkreśla B. Janiszewska, dostosowanie rozwiązań prawnych do grupy osób, które mimo doznanych zaburzeń nie zostały ubezwłasnowolnione^[9]. Twierdzenie to, z którym trudno się zgodzić, w jej ocenie znajduje uzasadnienie w art. 13 i 16 k.c., w których przesłanki ubezwłasnowolnienia zostały określone wąsko, a praktyka stosowania prawa dowodzi dodatkowo, że są poddawane dalszej zwiężającej wykładni^[10]. Przyjęcie tego stanowiska jest nieuzasadnione z następujących powodów. Po pierwsze, co do zasady takie osoby samodzielnie wyrażają zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Natomiast w sytuacji niezdolności do świadomego wyrażenia zgody, zgodnie z art. 32 ust. 2 u.z.l. *in fine*, zezwolenia na interwencję medyczną udziela sąd opiekuńczy. Po drugie, w odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych częściowo, w których imieniu, w przypadku ich niezdolności do wyrażenia zgody, decyzję podejmuje kurator, o ile został powołany orzeczeniem sądu opiekuńczego, zarówno pacjent chory psychicznie, jak i upośledzony umysłowo może sprzeciwić się interwencji medycznej, ale nie może odmówić zgody ze skutkiem całkowitego odstąpienia od udzielenia świadczenia zdrowotnego. Identycznie jak osoba będąca pacjentem ubezwłasnowolnionym. Uprawnienie do złożenia sprzeciwu zostało przyznane w art. 22 ust. 2c u.o.z.p. osobom chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo. Natomiast przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody w trybie nagłym dotyczy jedynie osób chorych psychicznie, z wyłączeniem upośledzonych umysłowo.

Inne stanowisko, z którym należy się zgodzić, prezentuje M. Boratyńska, która zgłosiła krytykę tego rozwiązania normatywnego ze względu na to, że przede wszystkim w jednakowy sposób traktuje sprzeciw pacjentów ubezwłasnowolnionych oraz chorych psychicznie lub dotkniętych upośledzeniem umysłowym^[11]. Zatem należy postulować wprowadzenie zmian w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych

⁹ Beata Janiszewska, "Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego," w *Regulacja prawna czynności medycznych. System Prawa Medycznego*, red. Eleonora Zielińska (Warszawa: Wolters Kluwer, 2019), 551.

¹⁰ Beata Janiszewska, "O podstawach ubezwłasnowolnienia," *Monitor Prawniczy*, nr 11 (2015): 598–600.

¹¹ Maria Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samostanowienia* (Warszawa: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, 2012), 88–89.

umysłowo z uwagi na inny charakter przesłanek uzasadniających ubezwłasnowolnienie. Dlatego też *de lege ferenda* należy zgłosić postulat zmiany treści art. 32 ust. 6 u.z.l. w tym zakresie. Również M. Świdorska rozwiązanie umożliwiające podważenie orzeczeniem sądu opiekuńczego skutków sprzeciwu pacjenta dotkniętego chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym ocenia krytycznie^[12]. Także U. Drozdowska i W. Wojtal oceniają negatywnie to rozwiązanie, gdyż sprzeciw taki umożliwia wszczęcie postępowania w przedmiocie udzielenia przez sąd opiekuńczy zezwolenia na udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz postulują „usunięcie tej grupy pacjentów z art. 32 ust. 6 u.z.l.”^[13].

W kontekście powyższego również pewne wątpliwości, w zakresie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, powoduje sytuacja prawna osób pełnoletnich nieubezwłasnowolnionych, które mają zaburzenia psychiczne inne niż choroba psychiczna lub upośledzenie umysłowe i są zdolne do wyrażenia zgody. Zasadnie wydaje się, że w odniesieniu do tych osób nie ma możliwości przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w celu hospitalizacji, z wyjątkiem występowania przesłanek z art. 23 ust. 1 lub art. 24 ust. 1 u.o.z.p. Zaś w odniesieniu do osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych całkowicie zgodę na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wyraża przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób małoletnich, które ukończyły 16. rok życia, oraz pełnoletnich osób ubezwłasnowolnionych, o ile te osoby są zdolne do wyrażenia zgody, niezbędne jest również uzyskanie ich zgody. W sytuacji gdy oświadczenia w przedmiocie zgody złożone przez przedstawiciela ustawowego i małoletniego powyżej 16. roku życia lub osobę pełnoletnią ubezwłasnowolnioną całkowicie są sprzeczne, niezbędne jest uzyskanie zgody sądu opiekuńczego. Inaczej natomiast jest w przypadku, gdy mamy do czynienia z milczeniem jednej ze stron, czyli jeżeli ta strona ani nie wyraża zgody, ani ją wyraża, to wówczas lekarz nie może zwrócić się do sądu opiekuńczego o wyrażenie zgody na hospitalizację. Co więcej, to twierdzenie znajduje uzasadnienie w art. 22 ust. 5 u.o.z.p., zgodnie z którym przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby, która ma przedstawiciela ustawowego, należy zawsze traktować jako ważniejszą sprawę dotyczącą osoby poddanej opiece. Oznacza to, że przedstawiciel ustawowy ma obowiązek uzyskania uprzedniej zgody sądu opiekuńczego na złożenie

¹² Małgorzata Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny* (Toruń: Dom Organizatora TNOiK, 2007), 42–43.

¹³ Urszula Drozdowska, *Zgoda i informowanie pacjenta* (Warszawa: Eskulap, 2010), 23.

oświadczenia o zgodzie na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. To rozwiązanie stosuje się zarówno do osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, jak i osób małoletnich, które nie pozostają pod władzą rodzicielską, a także do rodziców osoby małoletniej między 13. a 18. rokiem życia, która została całkowicie ubezwłasnowolniona^[14].

Artykuł 23 ust. 1, art. 24 – tak zwany tryb nagły, jak i art. 29 ust. 1 – tryb wnioskowy dotyczą przymusowej hospitalizacji osoby chorej psychicznie, a art. 33 ust. 1 i art. 34 u.o.z.p. zezwalają na przymusowe leczenie takiej osoby. Jak orzekł SN w postanowieniu z dnia 12 lipca 1996 r.

[...] sąd powinien przy orzekaniu ściśle kierować się sformułowanymi w ustawie przesłankami uzasadniającymi uwzględnienie wniosku i nie może stosować do nich ani wykładni rozszerzającej, ani analogii, gdyż konsekwencją orzeczenia uwzględniającego wniosek jest ingerencja w sferę praw i wolności obywatelskich chorego człowieka^[15].

Nadto należy podkreślić, że sądowa kontrola zasadności przyjęcia wykonywana jest *ex post*^[16], w przypadkach nagłych bez zgody pacjenta następuje w wyniku zawiadomienia szpitala^[17] i zawsze toczy się z urzędu^[18]. *A contrario* trzeba zauważyć, że postępowanie takie może się toczyć również na wniosek, zgodnie z art. 25 ust. 2 u.o.z.p. Wówczas wnioskodawcą może być sam zainteresowany, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo bądź osoba sprawująca nad nim faktyczną opiekę. Tryb wnioskowy występuje wyłącznie w sytuacji, kiedy sąd nie wszczął wcześniej postępowania z urzędu. Zarówno o przyjęciu do szpitala bez wymaganej zgody (art. 23 ust. 4 *in fine* u.o.z.p.), jak i o wypisaniu ze szpitala (art. 35 ust. 3 u.o.z.p.) informować musi „kierownik szpitala”, którym zawsze jest osoba kierująca jednostką, w której przebywa pacjent.

¹⁴ Dąbrowski i Pietrzykowski, *Komentarz*, 134.

¹⁵ Postanowienie SN z dnia 12 lipca 1996 r., II CRN 81/96, OSNC 1996, nr 12, poz. 164.

¹⁶ Anna Augustynowicz i Agnieszka Czerw, “Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane,” *Prawo i Medycyna*, nr 1-2 (2013): 5 i n.

¹⁷ Krystyna Gromek, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (Kraków: ABC, 2004), 234.

¹⁸ Piotr Gałęcki, Kinga Bobińska i Krzysztof Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2013), 205.

W kontekście powyższego należy podkreślić, że przymusowa hospitalizacja psychiatryczna^[19] wiąże się nieodłącznie z pozbawieniem pacjentów wolności, a niejednokrotnie także z koniecznością zastosowania wobec nich środków przymusu czy znoszenia przez nich różnego rodzaju zabiegów leczniczych^[20]. Konieczność takiego leczenia zawsze jednak powinna być determinowana przesłankami szczególnymi w zakresie ochrony życia i zdrowia takich osób, a przede wszystkim występowaniem możliwości poprawy stanu ich zdrowia, co z kolei będzie przekładało się na możliwość powrotu do funkcjonowania w społeczeństwie, zarabkowania oraz samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Charakterystyczne jest również to, że środki zabezpieczające^[21] mogą zostać orzeczone zgodnie z art. 93c § 1 kodeksu karnego^[22] wobec sprawcy, co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony w stanie niepo czytalności określonej w art. 31 § 1 k.k., tj. z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych. Do takich środków zabezpieczających^[23] należą: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień oraz pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Należy podkreślić, że sąd orzeka pobyt w odpowiednim

¹⁹ System prawa medycznego. Szczególne świadczenia zdrowotne, red. Leszek Bosek, Agata Wnukiewicz-Kozłowska (Warszawa: C.H. Beck 2018), 419 i n.

²⁰ Zgodnie z art. 33 ust. 1 u.o.z.p. wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody. Przepis ten nie dotyczy osób przyjętych przymusowo na obserwację w trybie art. 24 u.o.z.p. Artykuł 34 u.o.z.p. z kolei rozszerza w stosunku do osób pozbawionych wolności w szpitalu psychiatrycznym określony w art. 18 u.o.z.p. zakres okoliczności uprawniających do zastosowania środków przymusu. W stosunku do wszystkich tych osób przymus bezpośredni można stosować nie tylko wówczas, gdy dopuszczają się one zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby albo bezpieczeństwu powszechnemu, gdy w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub poważnie zakłócają, lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej bądź jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, ale także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.

²¹ Piotr Góralski, "Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego," *Prokuratura i Prawo*, nr 2 (2019): 5-23.

²² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383).

²³ Marta Roma Tużnik, "Lecznicze środki zabezpieczające w Kodeksie karnym skarbowym," *Ius Novum*, nr 4 (2022): 23-24.

zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca ten popełni ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym^[24]. Jak podkreśla K. Klaczak, „problematyczne jest [...] określenie, kiedy można przyjąć, iż dany czyn wypełnia przesłankę dotyczącą stopnia znacznej społecznej szkodliwości czynu już popełnionego”^[25]. Trudno zgodzić się jednak z poglądem autorki dotyczącym w szczególności, czy z góry można założyć, że realizacja znamion określonych typów czynów zabronionych zawsze będzie prowadziła do wniosku, iż doszło do popełnienia czynu o znacznej społecznej szkodliwości. Ta teza powinna zostać odrzucona z uwagi na to, że w odniesieniu do innych czynów zawsze trzeba postawić wniosek przeciwny.

Natomiast zgodnie z art. 99 k.k., jeżeli sprawca dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności, sąd może orzec również tytułem środka zabezpieczającego nakaz lub zakaz, tj. zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej; zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi; zakaz zajmowania stanowiska lub wykonywania zawodu lub pracy w organach i instytucjach państwowych i samorządu terytorialnego, a także w spółkach prawa handlowego, w których Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego posiadają bezpośrednio lub pośrednio przez inne podmioty co najmniej 10% akcji lub udziałów; zakaz przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu; zakaz wstępu na imprezę masową; zakaz wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych; nakaz okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym; zakaz prowadzenia pojazdów. Ponadto należy podkreślić, że zakazy te orzeka się bez określenia czasu ich obowiązywania, a sąd uchyla je, gdy ustały przyczyny ich orzeczenia.

²⁴ Szerzej zob. Karolina Klaczak, „Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie,” *Prawo i Więź*, nr 3 (46) (2023): 418–419.

²⁵ Karolina Klaczak, „Kilka uwag dotyczących środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawców niepoczytalnych,” *Psychiatria Sądowa*, nr 4 (2023): 51–64.

3 | Leczenie pacjenta psychiatrycznego bez zgody w trybie nagłym

Bez uzyskania zgody lekarz może przyjąć pacjenta do szpitala psychiatrycznego, jeśli stanowi on bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia swojego lub innych osób i rozpoznano u niego chorobę psychiczną (art. 23 u.o.z.p.). Artykuł 23 u.o.z.p.^[26] ma zastosowanie nie tylko w sytuacji, w której pacjent został przyjęty w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego^[27] (dowieziony został przez pogotowie, policję, straż miejską itd.), lecz także w razie konieczności zatrzymania w szpitalu osoby już tam przyjętej, która wycofała udzieloną uprzednio zgodę na leczenie, oraz w stosunku do osoby, która zgody udzielić nie może^[28]. Do najczęściej powtarzających się przyczyn przyjęcia w trybie art. 23 u.o.z.p. należą m.in.: brak kontaktu logicznego (zniesiony lub utrudniony) lub słowno-logicznego, próby lub zamiary samobójcze („myśli suicydalne”), urojenia prześladowcze, urojeniowa interpretacja rzeczywistości, ekspozycja treści urojeniowych, uprzednia wielokrotna hospitalizacja, agresywne zachowania w stosunku do innych osób, czasami jedynie agresja werbalna, pobudzenie psychoruchowe, wulgarne zachowanie lub wypowiedzi, odmowa przyjmowania leków lub pokarmów, drażliwość, dziwaczność w zachowaniu, halucynacje, brak orientacji, brak krytycyzmu wobec własnego zachowania, niepokój, napięcie, wzmożony napęd psychoruchowy, konfabulacje, utrudniony kontakt rzeczowy, urojenia prześladowcze i ksobne, groźby, majaczenie drżenne, awantury, wielomówstwo, krzyk, lęk, omamy czy nawet zaburzenia snu^[29].

Jak orzekł SN w postanowieniu z dnia 4 sierpnia 2020 r.,

przyjęta w ustawie formuła wymaga więc oceny, czy osoba, której hospitalizacji dokonano, nie bacząc na jej sprzeciw, została już zdiagnozowana

²⁶ Jan Ciechorski, „Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka,” *Europejski Przegląd Sądowy*, nr 4 (2018): 17.

²⁷ Rafał Kubiak, *Zgoda na zabieg medyczny. Kompendium dla lekarzy* (Kraków: MP, 2013), 34 i n.

²⁸ Postanowienie SN z dnia 11 kwietnia 2024 r., II CSKP 159/24, LEX nr 3703718; postanowienie SN z dnia 23 listopada 2023 r., II CSKP 236/23, LEX nr 3632534.

²⁹ Tomasz Pałdyna, *Praktyka sądowa w zakresie stosowania wybranych instytucji prawnych zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* (Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, 2016), 31–32.

jako chora psychicznie, a następnie czy jej dotychczasowe zachowanie daje podstawy do uzasadnionych obaw [...], że z powodu tej choroby, stanowi ona zagrożenia dla własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób^[30].

Również tutaj ciężar przeprowadzenia oceny wtórnie spoczywa na sądzie, który zobowiązany jest poddać kontroli stan zdrowia takiej osoby, i to nie tylko jej zachowanie, ale też posiadane i możliwe do uzyskania informacje o rodzaju i przebiegu choroby psychicznej, i szczegółowo ustalić charakter zdarzeń. Również, jak orzekł SN, także „zarówno dynamika stanu zdrowia psychicznego pacjenta, jak i postępy czynności diagnostycznych mogą bowiem spowodować potrzebę zmiany pierwotnie wskazywanej potrzeby hospitalizacji”^[31]. Uzasadnione to jest przede wszystkim skierowaniem zawiadomienia ze strony szpitala psychiatrycznego.

Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej: ETPC) w wyroku z dnia 20 lutego 2003 r. orzekł:

[...] trzy następujące warunki minimalne: po pierwsze, choroba umysłowa musi być wiarygodnie wykazana; po drugie, zaburzenia psychiczne muszą być w rodzaju lub w stopniu dającym podstawy do przymusowej izolacji; po trzecie, ważność trwającego pozbawienia wolności zależy od utrzymywania się zaburzeń. Ponadto musi istnieć jakiś związek pomiędzy przyczyną leżącą u podstaw stosowania dozwolonego pozbawienia wolności a miejscem i warunkami pozbawienia wolności^[32].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wymienia przesłanki uzasadniające przyjęcie bez zgody pacjenta do szpitala psychiatrycznego. Pierwszą grupę stanowią przesłanki materialnoprawne, na które składają się: po pierwsze, określony stan zdrowia psychicznego oraz po drugie, konsekwencje wynikające z tego stanu zdrowia (bezpośrednie zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób)^[33]. Natomiast przesłanka formalna – to brak zgody na hospitalizację^[34]. Odnosząc się do pierwszej przesłanki materialnoprawnej, należy stwierdzić, że zaburzenia psychiczne inne niż

³⁰ Postanowienie SN z dnia 4 sierpnia 2020 r., IV CSK 51/20, LEX nr 3063048.

³¹ Postanowienie SN z dnia 26 kwietnia 2019 r., V CZ 29/119, LEX nr 2652425.

³² Wyrok ETPC z dnia 20 lutego 2003 r., 50272/99, LEX nr 78078.

³³ Jan Ciechorski, „Głosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2012 r., sygn. IV CSK373/11,” *Prawo i Medycyna*, nr 1 (2016): 156.

³⁴ Marek Sychowicz, „Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego,” *Przegląd Sądowy*, nr 1 (1995): 15.

choroba psychiczna nie mogą stanowić podstawy przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym^[35]. Natomiast odwołując się do drugiej przesłanki materialnoprawnej, należy stwierdzić, że ustalenie, czy dana osoba stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innych osób, opiera się na prognozie psychiatrycznej. Podstawę takiej prognozy stanowią: dokonana przez lekarza analiza zachowania pacjenta oraz analiza dokumentacji medycznej, przeprowadzona na podstawie rekonstrukcji wywiadu z pacjentem oraz osobami trzecimi, dotycząca zachowań podejmowanych przez pacjenta w przeszłości^[36].

Na procedurę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego składa się kilka istotnych wymogów. Należą do nich: decyzja przyjęcia do szpitala musi być podejmowana przez lekarza psychiatrę, który musi zasięgnąć opinii innego lekarza psychiatrii lub psychologa i przedstawić pacjentowi informację dotyczącą jego sytuacji. Ponadto lekarz ma bezwzględny obowiązek zbadania pacjenta, który jest przyjmowany w trybie nagłym, a jego decyzja podlega kontroli zarówno ze strony tego szpitala psychiatrycznego, jak i sądu. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym na podstawie art. 23 u.o.z.p. wymaga zatwierdzenia przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem w ciągu 48 godzin od jego dokonania. Postępowanie kontrolne przed sądem opiekuńczym wszczynane jest zawiadomieniem kierownika szpitala o przyjęciu, które powinno nastąpić w ciągu 72 godzin^[37]. Ramy czasowe muszą być bezwzględnie przestrzegane, aby cała procedura przymusowego leczenia nie została zakwestionowana.

Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody, w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni. Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (art. 24 u.o.z.p.). Jak słusznie podnosi D. Hajdukiewicz, okres hospitalizacji powinien być determinowany przez czas pozwalający

³⁵ Beata Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe* (Warszawa: C.H. Beck, 2013), 323.

³⁶ Stanisław Dąbrowski, w *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Stanisław Dąbrowski i Janusz Pietrzykowski (Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998), 139.

³⁷ Janiszewska, *Zgoda*, 333.

na postawienie prawidłowej diagnozy w stosunku do konkretnej osoby^[38]. W doktrynie podnosi się, że osoba przyjmowana do szpitala psychiatrycznego na obserwację, wbrew literalnemu brzmieniu art. 24 u.o.z.p., nie musi wykazywać zaburzeń psychicznych^[39]. Te zaburzenia mogą występować, ale nie są obligatoryjne. Co więcej, decyzja o hospitalizacji w celach diagnostycznych może dotyczyć każdej osoby, której zachowanie wskazuje na szerzej rozumiane zaburzenia psychiczne. Trafnie przyjęcie do szpitala psychiatrycznego może nastąpić jedynie w celu ustalenia diagnozy dotyczącej choroby psychicznej, a nie konsekwencji wynikających z tej choroby^[40]. Oznacza to, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w obu ww. przypadkach podlega następczej kontroli sądowej, na podstawie której sąd bada spełnienie zarówno przesłanek formalnych, jak i materialnoprawnych^[41]. Do przykładowych zachowań, które stanowią realne zagrożenie życia pacjenta albo życia lub zdrowia chorego w szpitalu psychiatrycznym, należą: „[...] pobicie drugiej osoby, poważne samookaleczenie, skok z wysokości, rzucanie ciężkimi przedmiotami”^[42]. Jednak po wystąpieniu wyżej wskazanych przesłanek konieczne jest przejście do kolejnych etapów procedury zastosowania przymusowej hospitalizacji, tj. przesłanek o charakterze administracyjno-sądowym. Co więcej, „[...] każdy [...] przypadek ingerencji w wolność człowieka, polegającej na przymusowym umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym, [...] [powinien podlegać – P.C.] kontroli sądu, szczególnie wówczas, gdy osoba dotknięta tą ingerencją czuje się pokrzywdzona i żąda zbadania, czy jej hospitalizacja była w świetle faktów i prawa uzasadniona”^[43]. To sąd jest tym organem, który ostatecznie bada zasadność takiego przymusowego leczenia w sytuacji kierowania roszczeń.

³⁸ Danuta Hajdukiewicz, *Zagadnienia psychiatrii sądowej*. Część I. Podstawy prawne i medyczne (Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2016), 89.

³⁹ Beata Janiszewska, „Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji,” *Monitor Prawniczy*, nr 3 (2013): 13 i n.

⁴⁰ Juliusz Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* (Warszawa: LexisNexis, 2009), 139.

⁴¹ Wyrok SA w Krakowie z dnia 18 lutego 2015 r., I ACa 1681/14, Legalis nr 1241969.

⁴² Kinga Bobińska i Piotr Gałęcki, „Art. 1,” w *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2016), art. 23.

⁴³ Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 6367 w sprawie niezwołania decyzji w sprawie chorego w szpitalu psychiatrycznym, www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=62D860DA [dostęp: 31.07.2023].

4 | Zmiana trybu hospitalizacji z art. 22 na art. 23 u.o.z.p.

Zgodnie z art. 28 u.o.z.p., jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2–5 oraz art. 25–27.

Pobyt pacjenta w szpitalu psychiatrycznym co do zasady powinien następować za zgodą pacjenta. Wycofanie zgody skutkuje koniecznością wdrożenia takiego trybu postępowania, jak w przypadku przyjęcia bez zgody. Jednak sytuacja taka powinna mieć charakter szczególny, jak zasadnie twierdzą K. Komarnicka-Boberska i M. Ulman^[44], i musi podlegać kontroli sądu z uwagi na to, że pobyt w szpitalu bez aktualnej zgody godzi w podstawowe prawa konstytucyjne (art. 31 ust. 3, art. 41 ust. 1 oraz art. 47 Konstytucji RP)^[45]. Tak więc wykładnia przepisów musi być ścisła i wymaga przestrzegania bezwzględnego wymogu, jakim jest wydanie rozstrzygnięcia celowego z punktu widzenia dobra i interesu osoby, której ono dotyczy, oraz restrykcyjnego przestrzegania przepisów normujących postępowanie określone ustawą w celu zagwarantowania prawa do obrony osób z zaburzeniami psychicznymi.

Należy zauważyć, że art. 28 u.o.z.p. jednoznacznie wymaga okoliczności określonych w art. 23 ust. 1 u.o.z.p., czyli zaburzenia pacjenta muszą osiągać poziom psychozy. J. Wciórka definiuje psychozę

jako zaburzenia psychiczne, w których z przyczyn chorobowych zagraża lub występuje wyraźne zaburzenie poczucia rzeczywistości, tzn. wyraźne ograniczenie lub niezdolność do krytycznej, realistycznej oceny rzeczywistości (własnej osoby, otoczenia lub relacji między nimi). Natomiast o zespole psychotycznym można mówić zarówno wtedy, gdy objawy są w pełni rozwinięte, jak i wtedy, gdy ich postać nie jest jeszcze w pełni skryształizowana – narasta dopiero lub już ustępuje^[46].

⁴⁴ Karolina Komarnicka-Boberska i Mariusz Ulman, „Art. 28,” w *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. Paweł Drembkowski, Błażej Kmiecik i Radosław Tymiński (Warszawa: Wolters Kluwer, 2023), 617.

⁴⁵ SN w postanowieniach: z dnia 25 listopada 2016 r., V CSK 295/16, LEX nr 2188806 i z dnia 7 marca 2018 r., V CSK 618/17, LEX nr 2558289.

⁴⁶ Jacek Wciórka, „Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych,” w *Psychiatria*, t. I, red. Janusz Rybakowski, Stanisław Pużyński i Jacek Wciórka

Również, jak zauważa J. Duda, z którego stanowiskiem trudno się zgodzić, zdecydowana większość autorów stoi na stanowisku, że „rozpoznanie psychozy jako choroby wymaga stwierdzenia znacznego upośledzenia procesów postrzegania rzeczywistości, znacznego zaburzenia procesów emocjonalnych, myślenia i zdolności do dokonywania racjonalnych wyborów albo rażąco zaburzonego zachowania”^[47]. Dlatego, z uwagi na powyższe, ten pogląd trzeba odrzucić, bowiem w tym kontekście należy podkreślić, że ograniczenie możliwości zatrzymania w szpitalu osoby spełniającej te same kryteria behawioralne tylko do osób z rozpoznaną chorobą psychiczną skutkuje niekonsekwencją. Zatem dlatego też *de lege ferenda*, powtarzając za N. Pasierb i innymi^[48], należy poszerzyć zakres przedmiotowy tego uregulowania prawnego, tak aby osoba z podejrzeniem choroby psychicznej, spełniająca wszystkie kryteria zawarte w art. 24 u.o.z.p., nie została przyjęta do szpitala bez zgody, natychmiast po wypisaniu na własne żądanie. To twierdzenie znajduje potwierdzenie w art. 24 u.o.z.p., zgodnie z którym następuje przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody osoby, która spełnia behawioralne kryteria art. 23 u.o.z.p., a rozpoznanie choroby psychicznej nie jest pewne. Dlatego też wydaje się, że chociaż zmiana art. 28 u.o.z.p. jest uzasadniona, to jednak nie jest konieczna. Bowiem ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie przewiduje identycznej możliwości wówczas, gdy w przypadku dobrowolnego przyjęcia pacjent cofnie zgodę, a jego zachowanie wyczerpuje zakres okoliczności z art. 24 ust. 1 u.o.z.p. Należy podkreślić, że te okoliczności różnią się od tych z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. wyłącznie brakiem pewności, czy pacjent jest chory psychicznie.

(Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2010), 373–398.

⁴⁷ Duda, *Komentarz do ustawy*, 140 i n.

⁴⁸ Natalia Pasierb, Robert Pudło, Katarzyna Girczys-Poędniok i Piotr Gorczyca, „Czy artykuł 28 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymaga uzupełnienia? Rozważania na kanwie opisu przypadku,” *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, nr 8, t. 2 (2013): 84–87.

5 | Leczenie pacjenta psychiatrycznego bez zgody w trybie wnioskowym

Do szpitala psychiatrycznego, bez wymaganej zgody, może być przyjęta również osoba chora psychicznie^[49], której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź która jest niezdolna do zaspokajania potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. O potrzebie przyjęcia do szpitala takiej osoby orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania na wniosek małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę (art. 29 u.o.z.p.).

Zgodnie z art. 29 ust. 1 do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta osoba bez jej zgody pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów. Po pierwsze, osoba taka musi być chora psychicznie^[50]. Po drugie, jej działanie powinno stanowić powód medycznie uzasadnionego podejrzenia^[51], że nieprzyjęcie do placówki szpitalnej spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia. Jak orzekł SN w postanowieniu z dnia 18 marca 2025 r.,

pojęcie znacznego pogorszenia stanu zdrowia obejmuje sytuacje, w których osoba chora psychicznie na skutek niepodejmowania leczenia, doprowadza się do stanu uniemożliwiającego jej funkcjonowanie w rodzinie, w miejscu zamieszkania lub pracy. Pojęcie to nie obejmuje takiego stanu, kiedy osoba chora psychicznie wprawdzie zachowuje się w sposób odbiegający od przyjętych wymogów społecznych, ale ma zachowaną zdolność funkcjonowania w otaczającej ją rzeczywistości społecznej^[52].

⁴⁹ Kazimierz Zgryzek, "Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego," w *Problemy nauk penalnych. Prace ofiarowane Pani Profesor Oktawii Górniok*, red. Leon Tyszkiewicz (Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1996), 391 i n.

⁵⁰ Zbigniew Banaszczyk, "O odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez pacjentów szpitali psychiatrycznych," *Prawo i Medycyna*, nr 4 (2015): 43 i n.

⁵¹ Natalia Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2018), 168–177.

⁵² Postanowienie SN z dnia 18 marca 2025 r., I CSK 3113/24, LEX nr 3843862. Podobnie SN w postanowieniu z dnia 29 października 2024 r., II CSKP 741/24, LEX nr 3776321.

Po trzecie, przesłanką dopuszczającą leczenie w trybie wnioskowym jest uzasadnione na podstawie odrębnego badania lekarskiego przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia, a sama niezdolność do zaspokajania potrzeb życiowych nie jest warunkiem wystarczającym do orzeczenia hospitalizacji. Ta przesłanka znajduje potwierdzenie w postanowieniu SN z dnia 17 maja 2024 r., w którym SN orzekł, że

na sądzie spoczywa powinność ustalenia, jakie dotychczasowe zachowania chorego i z jakich powodów uzasadniają stwierdzenie, że brak leczenia w warunkach zamkniętych będzie prowadzić do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, a także rozważenie z jakich przyczyn leczenie szpitalne, prowadzone w warunkach przymusu, stanowi lepszą gwarancję nie pogorszenia stanu zdrowia niż leczenie ambulatoryjne^[53].

Jeżeli nie ma pozytywnego przewidywania, że leczenie może przynieść poprawę stanu zdrowia, osoba taka powinna być umieszczona nie w szpitalu psychiatrycznym, ale w domu pomocy społecznej. Jest to słuszne rozwiązanie, z uwagi na zasadność leczenia psychiatrycznego osób, których rokowania co do przebiegu choroby są pomyślne. Umieszczenie w domu pomocy społecznej osób, które z kolei źle rokują, także stanowi jedną z form pomocy, która powinna być udzielona w takiej sytuacji.

Niemniej oznacza to, że przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym musi dojść do stwierdzenia choroby psychicznej i dopiero wówczas takie leczenie będzie mogło być rozpoczęte i kontynuowane^[54]. Przymusowe leczenie jest środkiem ostatecznym, dlatego też należy wykluczyć, że ambulatoryjne świadczenia z zakresu psychiatrii ani dobrowolna hospitalizacja w szpitalu psychiatrycznym nie będą możliwe lub skuteczne. Dopiero takie wykluczenie uzasadnia przymusowe leczenie psychiatryczne. Możliwość innego rodzaju hospitalizacji, mniej uciążliwej dla takiego pacjenta, zawsze musi być rozważona. Jak orzekł SN w postanowieniu z dnia 13 czerwca 2013 r.,

przewidywanie co do „znacznego pogorszenia” stanu zdrowia ma być stosownie do wskazania ustawy, oparte na „dotychczasowym zachowaniu” chorego. [...] Właściwym kluczem jest tu konkretny, czyli wskazanie określonych

⁵³ Postanowienie SN z dnia 17 maja 2024 r., I CSK 842/24, LEX nr 3718170.

⁵⁴ Postanowienie SN z dnia 16 marca 2012 r., IV CSK 373/11, LEX nr 1169841.

faktów stanowiących podstawę wnioskowania, tak przez biegłego, jak i przez sąd^[55].

Z wnioskiem w sprawach tego rodzaju do sądu opiekuńczego mogą wystąpić osoby najbliższe pacjentowi – jego małżonek, dzieci, rodzice, opiekun prawny lub opiekun faktyczny – a więc osoby sprawujące faktyczną opiekę nad chorym, a także odpowiedni organ ds. pomocy społecznej. Co więcej, ze względu na fakt, że umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym^[56] stanowi najbardziej uciążliwy sposób leczenia pacjenta, sąd opiekuńczy ma obowiązek rozważyć, czy mniej drastyczne sposoby terapii nie będą w takim przypadku skuteczne. Zatem rozpatrzenie tych przesłanek w pewnych sytuacjach może skutkować odroczeniem leczenia w szpitalu na podstawie trybu wnioskowego. Również SN w postanowieniu z dnia 16 listopada 2022 r. doprecyzował, że

na sądzie spoczywa powinność ustalenia, jakie dotychczasowe zachowania chorego i z jakich powodów uzasadniają stwierdzenie, że brak leczenia w warunkach zamkniętych może prowadzić do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, a także rozważenie z jakich przyczyn leczenie szpitalne, prowadzone w warunkach przymusu, stanowi lepszą gwarancję niepogorszenia stanu zdrowia niż leczenie ambulatoryjne^[57].

Zatem to na sądzie spoczywa ciężar ustalenia zasadności leczenia przymusowego. Sąd w swojej ocenie musi kierować się tym, jaki skutek na stan zdrowia osoby chorej psychicznie może mieć brak leczenia szpitalnego, zważywszy na dotychczasowe zachowanie chorego i wpływ jego stanu zdrowia sprzed orzeczenia na jego zachowanie. Jest to niezwykle trudne zadanie, szczególnie że ta ocena dotyczy zmian w aspekcie czasowym i zawiera element prognozujący ewentualną poprawę stanu zdrowia takiej osoby. W takich postępowaniach sąd powinien szczególnie wnikliwie badać również inicjatywę dowodową, o jakiej mowa w art. 232 zd. 2 k.p.c.^[58]

⁵⁵ Postanowienie SN z dnia 13 czerwca 2013 r., IV CSK 126/13, LEX nr 1360288.

⁵⁶ Wanda Langiewicz, "Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce. Stan i pilne potrzeby. System lecznictwa psychiatrycznego," w *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki, Raport RPO*, red. Jacek Wcióra (Warszawa: RPO, 2014), 52 i n.

⁵⁷ Postanowienie SN z dnia 16 listopada 2022 r., I CSK 5443/22, LEX nr 3522547.

⁵⁸ Zob. postanowienie SN z dnia 24 listopada 2016 r., III CSK 35/16, LEX nr 2191462.

Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 12 lipca 1996 r. orzekł, że „aby można było mówić o uzasadnionej konieczności leczenia chorego w szpitalu w tym trybie obligatoryjnie, musi wystąpić sytuacja, w której to pacjent w sposób obiektywny jest niezdolny do zaspokajania swoich podstawowych czynności życiowych”^[59]. Również J. Duda twierdzi, że aby określić obawy dotyczące pogorszenia się stanu zdrowia osoby chorej, muszą wystąpić konkretne oznaki, jak chociażby np. długotrwałe odmawianie przyjmowania leków^[60]. Przeciwnie stanowisko, które wydaje się bardziej zasadne, prezentuje D. Karkowska, podkreślając, iż leczenie przymusowe w oparciu o art. 29 u.o.z.p. jest szczególną ingerencją w dobra osobiste osoby chorej oraz że aby móc wydać postanowienie o przymusowym leczeniu, sąd musi być pewien, po pierwsze, faktu, iż leczenie przyniesie pozytywne skutki dla chorego, a po drugie, że chory faktycznie nie potrafi samodzielnie funkcjonować^[61]. Dopiero rozważenie tych dwóch przesłanek uzasadnia wydanie postanowienia o przymusowej hospitalizacji. Przymusowa hospitalizacja zawsze musi być traktowana i stosowana jako środek ostateczny.

Postępowania w omawianym trybie bywają przewlekłe, z różnych powodów, m.in. nie zawsze jest możliwe szybkie wyznaczenie pacjentowi pełnomocnika, co skutkuje przedłużeniem się postępowania. Także pozyskanie opinii biegłych i czas doręczeń to najczęstsze przyczyny, dla których zachowanie 14-dniowego terminu dla przeprowadzenia rozprawy staje się bardzo utrudnione. ETPC w uzasadnieniu wyroku z dnia 21 grudnia 2010 r. uznał, że nie do przyjęcia jest dopuszczenie opinii dopiero po trzech miesiącach od momentu umieszczenia skarżącej w szpitalu. Niemniej podniósł, że nieuniknione jest istnienie „pewnej zwłoki” w związku z uzyskaniem opinii^[62]. Zwraca uwagę na fakt, że opinia biegłego z zakresu psychiatrii ma inne znaczenie w postępowaniu w trybie wnioskowym niż w postępowaniu w trybie nagłym, w którym rola sądu sprowadza się do kontroli decyzji podjętej i zatwierdzonej przez personel szpitala. Zatem taka opinia musi posiadać analogię do decyzji innych lekarzy. Co więcej, w tym

⁵⁹ Postanowienie SN z dnia 12 lipca 1996 r., II CRN 81/96, OSNC 1996, nr 12 poz. 164.

⁶⁰ Duda, *Komentarz do ustawy*, 124–133.

⁶¹ Dorota Karkowska, „Prawa pacjenta psychiatrycznego,” w *Problemy zdrowia psychicznego – ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, red. Marta Wojciechowska (Łódź: AHE, 2010), 152–153.

⁶² Wyrok ETPC z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie *Witek przeciwko Polsce*, skarga nr 13453/07.

przypadku opinia ma być podstawą „osadzenia” pacjenta w szpitalu^[63]. Dlatego też pacjenci zwykle uzyskują wypis ze szpitala^[64], zanim procedura^[65] znajdzie zastosowanie w sądzie. Zatem można stwierdzić, że dobrym rozwiązaniem jest praktykowanie rozprawy na terenie szpitala, co może przyczynić się do zapobieżenia wyjściu ze szpitala pacjentów przed rozpoczęciem rozprawy.

6 | Podsumowanie

Po pierwsze, zakres uregulowań prawnych dotyczących przymusowego leczenia psychiatrycznego osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego determinuje ochronę życia i zdrowia pacjenta psychiatrycznego. Zatem należy sformułować wniosek *de lege ferenda*, że takie przymusowe leczenie powinno mieć jednak charakter szczególny i wyjątkowy oraz powinno podlegać kontroli sądu, gdyż pobyt w szpitalu bez aktualnej zgody godzi w podstawowe prawa konstytucyjne. Powyższe sytuacje nie powinny naruszać prawa każdego obywatela do wolności. Czasowe pozbawienie wolności w szpitalu psychiatrycznym musi być w sposób szczególnie nadzorowane i poddane należytej kontroli.

Po drugie, należy stwierdzić, że pobyt w szpitalu psychiatrycznym co do zasady powinien następować za zgodą pacjenta. Zatem cofnięcie zgody determinuje konieczność wdrożenia takiego samego trybu postępowania, jak w wypadku przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody. To rozwiązanie należy ocenić jak najbardziej pozytywnie, z uwagi na szczególny charakter uregulowań prawnych dotyczących przyjęcia pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym lub wnioskowym.

Po trzecie, bez uzyskania zgody lekarz może przyjąć pacjenta do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym, w sytuacji gdy, po pierwsze, stanowi on bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia swojego lub innych

⁶³ Tak orzekł SN w uzasadnieniu postanowienia z dnia 28 lipca 1999 r., II CKN 940/98, LEX nr 1216218.

⁶⁴ Beata Turzańska-Szacoń, *Ochrona zdrowia psychicznego* (Wrocław: Gaskor, 2012), 15 i n.

⁶⁵ Iwona Wrześniewska-Wal, “Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego – nowelizacja ustawy,” *Prawo i Medycyna*, nr 1 (2011): 106 i n.

osób i, po drugie, rozpoznano u niego chorobę psychiczną. Zatem *de lege ferenda* nie wydaje się konieczne, aby dyspozycją zarówno art. 23, art. 24, jak i art. 29 u.o.z.p. objąć nie psychozy, lecz również zaburzenia psychiczne, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych. Takie rozwiązanie z pewnością nie służyłoby większej ochronie zdrowia i życia osób z wszelkimi zaburzeniami psychicznymi niebędącymi psychozami. A tym samym nie przyczyniłoby się do zwiększenia ochrony takich osób na gruncie prawnym.

Po czwarte, należy podkreślić, że zgodnie z art. 28 u.o.z.p., jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 u.o.z.p. wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1 u.o.z.p., a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2–5 u.o.z.p. oraz art. 25–27 u.o.z.p. Zarówno do cofnięcia, jak i wyrażenia zgody osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego należy stosować identyczne reguły. Zawsze musi być zachowana forma pisemna *ad probationem*. Skutkuje to tym, że w sytuacji gdy taka osoba w sposób jednoznaczny formułuje wycofanie zgody, należy zawsze zastosować procedurę z art. 28 u.o.z.p.

Po piąte, do szpitala psychiatrycznego, bez wymaganej zgody – w trybie wnioskowym, może być przyjęta również osoba chora psychicznie^[66], której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że, po pierwsze, nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź, po drugie, która jest niezdolna do zaspokajania potrzeb życiowych, a, po trzecie, uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Bezprawne przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym może skutkować odpowiedzialnością z art. 189 k.k., który przewiduje karalność za bezprawne pozbawienie wolności. Takiej odpowiedzialności *de lege ferenda* będzie podlegać również ordynator (lekarz kierujący oddziałem), który pomimo ustania przesłanek uzasadniających przymusową hospitalizację nie wypisał pacjenta^[67]. Zatem należy podkreślić, że nie ma podstaw do hospitalizacji osoby bez jej zgody, jeżeli w wyniku obserwacji w trybie art. 24 u.o.z.p. nie stwierdzono u niej choroby psychicznej, która pozwala na przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23 u.o.z.p.

⁶⁶ Kazimierz Zgryzek, „Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego,” 391 i n.

⁶⁷ Jan Ciechorski, „Przyjęcie,” 19.

Bibliografia

- Augustynowicz, Anna i Agnieszka Czerw. "Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane." *Prawo i Medycyna*, nr 1–2 (2013): 35–51.
- Balicki, Marek. "Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka." *Prawo i Medycyna*, nr 1 (1999): 40–60.
- Banaszczyk, Zbigniew. "O odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez pacjentów szpitali psychiatrycznych." *Prawo i Medycyna*, nr 4 (2015): 47–69.
- Boratyńska, Maria. *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samostanowienia*. Warszawa: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, 2012.
- Ciechorski Jan. "Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2012 r., sygn. IV CSK373/11." *Prawo i Medycyna*, nr 1 (2016): 149–159.
- Ciechorski, Jan. "Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego – zarys problematyki." *Prawo i Medycyna*, nr 1 (2017): 38–59.
- Ciechorski, Jan. "Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka." *Europejski Przegląd Sądowy*, nr 4 (2018): 17.
- Dąbrowski, Stanisław. *W Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Stanisław Dąbrowski i Janusz Pietrzykowski. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998.
- Drozdowska, Urszula. *Zgoda i informowanie pacjenta*. Warszawa: Eskulap, 2010.
- Duda, Juliusz. *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Warszawa: LexisNexis, 2009.
- Duda, Juliusz. *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Warszawa: LexisNexis, 2006.
- Gałecki, Piotr, Kinga Bobińska i Krzysztof Eichstaedt. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2016.
- Gałecki, Piotr, Kinga Bobińska i Krzysztof Eichstaedt. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2013.
- Golonka, Anna. "Problematyka zgody na leczenie wyrażonej przez osobę z tzw. zaburzeniami psychicznymi." *Wojskowy Przegląd Prawniczy*, nr 2 (2013): 106–122.
- Gromek, Krystyna. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Kraków: ABC, 2004.
- Góralski, Piotr. "Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego." *Prokuratura i Prawo*, nr 2 (2019): 5–23.
- Hajdukiewicz, Danuta. *Zagadnienia psychiatrii sądowej. Część I. Podstawy prawne i medyczne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2016.

- Janiszewska, Beata. "O podstawach ubezwłasnowolnienia." *Monitor Prawniczy*, nr 11 (2015): 598-600.
- Janiszewska, Beata. "Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji." *Monitor Prawniczy*, nr 3 (2013): 13-24.
- Janiszewska, Beata. *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnętrz-systemowe*. Warszawa: C.H. Beck, 2013.
- Janiszewska, Beata. "Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego." W *Regulacja prawna czynności medycznych. System Prawa Medycznego*, red. Eleonora Zielińska, 551-552. Warszawa: Wolters Kluwer, 2019.
- Karczewska-Kamińska, Natalia. *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2018.
- Karkowska, Dorota. "Prawa pacjenta psychiatrycznego." W *Problemy zdrowia psychicznego – ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, red. Marta Wojciechowska, 152-153. Łódź: AHE, 2010.
- Klaczak, Karolina. "Kilka uwag dotyczących środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawców niepoczytalnych." *Psychiatria Sądowa*, nr 4 (2023): 51-64.
- Klaczak, Karolina. "Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie." *Prawo i Więź*, nr 3 (46) (2023): 413-429. <https://doi.org/10.36128/PRIW.VI46.488>.
- Komarnicka-Boberska, Karolina i Mariusz Ulman. "Art. 28." W *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. Paweł Drembkowski, Błażej Kmiecik i Radosław Tymiąski, 617-620. Warszawa: Wolters Kluwer, 2023.
- Kubiak, Rafał. *Zgoda na zabieg medyczny. Kompendium dla lekarzy*. Kraków: MP, 2013.
- Langiewicz, Wanda. "Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce. Stan i pilne potrzeby. System leczenia psychiatrycznego." W *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki, Raport RPO*, red. Jacek Wcióra, 1-176. Warszawa: RPO, 2014.
- Pałdyna, Tomasz. *Praktyka sądowa w zakresie stosowania wybranych instytucji prawnych zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego*. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, 2016.
- Paprzycki, Lech. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Wprowadzenie*. Kraków: Zakamycze, 1996.
- Pasierb, Natalia, Robert Pudło, Katarzyna Girczys-Poedniok i Piotr Gorczyca. "Czy artykuł 28 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymaga uzupełniania? Rozważania na kanwie opisu przypadku." *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, nr 8, t. 2 (2013): 84-87.

- Szwed, Marcin. *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2020.
- Sychowicz, Marek. "Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego." *Przegląd Sądowy*, nr 1 (1995): 3–14.
- System prawa medycznego. Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. Leszek Bosek i Agata Wnukiewicz-Kozłowska. Warszawa: C.H. Beck, 2018.
- System prawa medycznego*, t. I, red. Eleonora Zielińska i in. Warszawa: Wolters Kluwer, 2019.
- Świdarska, Małgorzata. *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń: Dom Organizatora TNOiK, 2007.
- Turzańska-Szacoń, Beata. *Ochrona zdrowia psychicznego*. Wrocław: Gaskor, 2012.
- Tużnik, Marta Roma. "Lecznicze środki zabezpieczające w Kodeksie karnym skarbowym." *Ius Novum*, nr 4 (2022): 23–24.
- Wciórka, Jacek. "Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych." W *Psychiatria*, t. I, red. Janusz Rybakowski, Stanisław Pużyński i Jacek Wciórka, 373–398. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2010.
- Wojcieszak-John, Agnieszka. "Sądowa ocena zasadności umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu psychiatrycznym bez zgody (wybrane zagadnienia)." *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny*, nr 1 (2023): 169–182.
- Wrześniewska-Wal, Iwona. "Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego – nowelizacja ustawy." *Prawo i Medycyna*, nr 1 (2011): 105–117.
- Zgryzek, Kazimierz. "Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego." W *Problemy nauk penalnych. Prace ofiarowane Pani Profesor Oktawii Górniok*, red. Leon Tyszkiewicz, 391–395. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1996.



