

OSOBA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI JAKO UCZESTNIK PROCESU KARNEGO

Marcin Burdzik



Wolters Kluwer

OSOBA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI JAKO UCZESTNIK PROCESU KARNEGO

Marcin Burdzik



Wolters Kluwer

WARSZAWA 2025

SERIA **MONOGRAFIE**

Stan prawny na 10 października 2024 r.

Recenzent

Dr hab. Radosław Tymiński

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Paulina Staniszevska-Chudzik

Opracowanie redakcyjne

Agnieszka Witczak

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

prawolubni

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2025

ISBN 978-83-8358-939-8

ISSN 1897-4392

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. +48 728 313 462

e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Mojej Żonie Elizie
za wspaniałą wspólną drogę przez życie

SPIIS TREŚCI

Wykaz skrótów	17
Wstęp	21
Rozdział I	
Zagadnienia terminologiczne	29
1. Uwagi ogólne.....	29
2. Zaburzenia psychiczne – pojęcie.....	30
2.1. Zaburzenie psychiczne w ujęciu medycznym	30
2.2. Zaburzenie psychiczne w ujęciu prawnym.....	32
2.2.1. Choroba psychiczna.....	34
2.2.2. Upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna).....	37
2.2.3. Inne zakłócenia czynności psychicznych.....	39
2.3. Zaburzenie psychiczne w ujęciu ujednoliconym (prawno-medycznym).....	40
2.4. Zaburzenia psychiczne a terminy pokrewne.....	41
2.4.1. Zespół psychopatologiczny.....	42
2.4.2. <i>Person of unsound mind</i> (art. 5 EKPC)	43
2.4.3. Niepełnosprawność	46
2.4.4. Niepoczytalność.....	51
2.4.5. Ubezważnowolnienie	53
Rozdział II	
Symptomatologia i klasyfikacja zaburzeń psychicznych.....	57
1. Uwagi ogólne.....	57
2. Symptomatologia zaburzeń psychicznych	58

2.1. Zagadnienia wstępne	58
2.2. Zaburzenia czynności poznawczych	62
2.2.1. Zaburzenia uwagi	62
2.2.2. Zaburzenia spostrzegania.....	63
2.2.3. Zaburzenia pamięci.....	65
2.2.4. Zaburzenia myślenia i mowy (porozumiewania się).....	68
2.3. Zaburzenia czynności emocjonalnych i motywacyjnych.....	79
2.4. Zaburzenia woli	84
2.5. Zaburzenia aktywności	85
2.5.1. Zaburzenia aktywności ruchowej	86
2.5.2. Zaburzenia aktywności impulsywnej.....	88
2.5.3. Zaburzenia aktywności złożonej (intencjonalnej)	90
2.6. Zaburzenia scalania czynności psychicznych	93
2.6.1. Zaburzenia świadomości	93
2.6.2. Zaburzenia orientacji	97
2.6.3. Zaburzenia sprawności intelektualnej (inteligencji)	97
2.6.4. Zaburzenia osobowości.....	100
3. Klasyfikacje zaburzeń psychicznych.....	103
3.1. Zagadnienia wstępne	103
3.2. Zaburzenia psychotyczne i niepsychotyczne.....	104
3.3. Kategorie zaburzeń psychicznych wyodrębnione w ICD-10, ICD-11 oraz DSM-5.....	105

Rozdział III

Konstytucyjne i międzynarodowe standardy ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi w toku postępowania

karnego	115
1. Uwagi wstępne	115
2. Gwarancje wynikające z Konstytucji RP	117
3. Gwarancje wynikające z aktów prawa międzynarodowego i prawa unijnego.....	139

3.1. Europejska Konwencja Praw Człowieka, Karta praw podstawowych UE oraz Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych	139
3.2. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych	152
3.3. Konwencja ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (KZT)	157

Rozdział IV

Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność procesową stron oraz quasi-stron	159
1. Uwagi ogólne. Zdolność procesowa <i>sensu stricto</i> i <i>sensu largo</i>	159
2. Zaburzenia psychiczne a zdolność procesowa strony czynnej	161
2.1. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność procesową pokrzywdzonego	161
2.2. Zaburzenia psychiczne a zdolność procesowa oskarżyciela posiłkowego	164
2.3. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność procesową oskarżyciela prywatnego	169
3. Zaburzenia psychiczne a zdolność procesowa strony biernej	170
3.1. Niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego	172
3.1.1. Uwagi ogólne	172
3.1.2. Rodzaje i przyczyny niepoczytalności	174
3.1.3. Ocena poczytalności w procesie karnym	181
3.1.4. Karnomaterialne i karnoprosesowe skutki zniesionej (ograniczonej) poczytalności	186
3.2. Zaburzenia psychiczne występujące <i>in tempore criminis</i> a zdolność procesowa oskarżonego	192
3.3. Zaburzenia psychiczne występujące u oskarżonego <i>in tempore procedendi</i> a jego zdolność procesowa	194
4. Zaburzenia psychiczne występujące u osoby podejrzanej jako przeszkoda w kreacji strony biernej	196
4.1. Badanie psychiatryczne osoby podejrzanej	197

4.2. Niemożność przedstawienia zarzutów z uwagi na stan zdrowia, stan nietrzeźwości bądź odurzenia osoby podejrzanej a powstanie strony biernej (art. 313 § 1a k.p.k.).....	199
4.3. Zaburzenia psychiczne osoby podejrzanej a przedstawienie zarzutów i przesłuchanie w trybie art. 308 § 2 k.p.k.	214
5. Zaburzenia psychiczne a zdolność procesowa quasi-stron	217
5.1. Zdolność procesowa podmiotu zobowiązanego.....	218
5.2. Zdolność procesowa właściciela przedsiębiorstwa zagrożonego przepadkiem	220

Rozdział V

Zaburzenia psychiczne a zdolność do czynności

procesowych stron i quasi-stron	223
1. Uwagi ogólne. Zdolność do czynności procesowych – pojęcie.....	223
2. Ubezważnowolnienie a zdolność do czynności procesowych	225
2.1. Zagadnienia ogólne	225
2.2. Pokrzywdzony ubezważnowolniony	227
2.2.1. Zdolność do czynności procesowych i reprezentacja w procesie	227
2.2.2. Problem braku zróżnicowania pozycji procesowej pokrzywdzonych ubezważnowolnionych całkowicie i częściowo ...	232
2.2.3. Uchylenie (zmiana charakteru) ubezważnowolnienia w toku postępowania karnego a pozycja procesowa pokrzywdzonego....	235
2.2.4. Wyznaczenie doradcy tymczasowego w procedurze ubezważnowolnienia (art. 548 k.p.c.) a zdolność do czynności procesowych pokrzywdzonego.....	238
2.3. Zdolność do czynności procesowych ubezważnowolnionego oskarżyciela posiłkowego.....	241
2.4. Zdolność do czynności procesowych ubezważnowolnionego oskarżyciela prywatnego.....	242

2.5. Oskarżony ubezwłasnowolniony	243
2.5.1. Zdolność do czynności procesowych ubezwłasnowolnionego oskarżonego i jego reprezentacja w procesie	243
2.5.2. Kolizja czynności procesowych podejmowanych przez ubezwłasnowolnionego oskarżonego i jego przedstawicieli ustawowych	245
2.6. Ubezwłasnowolnienie quasi-strony a zdolność do czynności procesowych	250
2.6.1. Podmiot zobowiązany	250
2.6.2. Właściciel przedsiębiorstwa zagrożonego przepadkiem	252
3. Stany, o których mowa w art. 79 § 1 pkt 4 k.p.k., a zdolność do czynności procesowych	253
3.1. Zdolność do czynności procesowych oskarżonego, który jest niezdolny do prowadzenia obrony w sposób samodzielny i rozsądny	254
3.2. Brak zdolności do udziału w postępowaniu a zdolność do czynności procesowych	258
4. Niepełnosprawność a zdolność do czynności procesowych	260

Rozdział VI

Zaburzenia psychiczne a faktyczna zdolność do czynności

procesowych stron i quasi-stron	265
1. Uwagi wstępne	265
2. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność do faktycznej realizacji uprawnień procesowych stron	267
2.1. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność do składania oświadczeń woli	269
2.2. Zaburzenia psychiczne a prawo do korzystania z pomocy innych podmiotów	283
2.2.1. Prawo do korzystania z pomocy innych podmiotów przez stronę czynną	284
2.2.2. Prawo do korzystania z pomocy innych podmiotów przez stronę bierną	317

2.3. Zaburzenia psychiczne a prawo do informacji procesowej	351
2.3.1. Prawo do informacji procesowej <i>sensu stricto</i> (art. 16 k.p.k.).....	351
2.3.2. Prawo dostępu do akt sprawy	363
2.3.3. Prawo do otrzymania odpisu decyzji procesowej.....	368
2.4. Zaburzenia psychiczne a prawo do osobistego udziału w czynnościach procesowych.....	369
2.4.1. Prawo do udziału w czynności procesowej <i>sensu stricto i sensu largo</i>	369
2.4.2. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność do osobistego udziału w czynnościach procesowych strony niepozbawionej wolności. Mechanizmy gwarancyjne	371
2.4.3. Zaburzenia psychiczne a osobisty udział w czynnościach procesowych oskarżonego pozbawionego wolności	384
2.5. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność do składania oświadczeń wiedzy	401
2.5.1. Zdolność do złożenia oświadczenia wiedzy – aspekty psychiatryczne	402
2.5.2. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność do złożenia wyjaśnień.....	405
2.5.3. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność do składania oświadczeń wiedzy przez stronę czynną.....	417
3. Wpływ zaburzeń psychicznych na zdolność do realizacji obowiązków procesowych.....	428
3.1. Zaburzenia psychiczne strony biernej a realizacja obowiązków procesowych.....	429
3.1.1. Brak zdolności do udziału w postępowaniu a obowiązki procesowe	430
3.1.2. Obowiązek zawiadomienia organu prowadzącego postępowanie o każdej zmianie miejsca swojego zamieszkania lub pobytu.....	432

3.1.3. Obowiązek stawiennictwa i udziału w czynnościach procesowych	437
3.1.4. Obowiązek poddania się badaniu psychiatrycznemu i pozostałym czynnościom, o których mowa w art. 74 § 2 k.p.k.	450
3.1.5. Obowiązek poddania się obserwacji psychiatrycznej.....	457
3.1.6. Obowiązek posiadania obrońcy	459
3.2. Zaburzenia psychiczne strony czynnej a realizacja obowiązków procesowych.....	462
3.2.1. Uwagi ogólne.....	462
3.2.2. Obowiązek poddania się oględzinom i badaniom celem ustalenia karalności czynu zarzucanego sprawcy.....	464
3.2.3. Obowiązek udziału w innych czynnościach procesowych	468
4. Wpływ zaburzeń psychicznych na faktyczną zdolność do dokonywania czynności procesowych przez quasi- strony. Mechanizmy gwarancyjne	470
4.1. Podmiot zobowiązany	471
4.2. Właściciel przedsiębiorstwa zagrożonego przepadkiem.....	473
5. Zaburzenia psychiczne a zawieszenie postępowania karnego.....	475
5.1. Zaburzenia psychiczne strony biernej.....	476
5.2. Zaburzenia psychiczne strony czynnej	480
6. Zaburzenia psychiczne a zatrzymanie osoby podejrzanej....	485

Rozdział VII

Wpływ zaburzeń psychicznych na pozycję procesową

świadka i biegłego.....	497
1. Zagadnienia wstępne.....	497
2. Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako świadek	499
2.1. Zaburzenia psychiczne a zdolność (legitymacja) procesowa świadka.....	500

2.2. Zaburzenia psychiczne świadka a zdolność do czynności procesowych.....	501
2.3. Zaburzenia psychiczne świadka a faktyczna zdolność do realizacji praw i obowiązków procesowych	504
2.3.1. Obowiązek złożenia zeznań	504
2.3.2. Szczególne tryby przesłuchania świadków z zaburzeniami psychicznymi jako mechanizmy gwarancyjne.....	507
2.3.3. Faktyczna zdolność do realizacji uprawnień przysługujących świadkowi.....	525
3. Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako biegły.....	531
3.1. Zaburzenia psychiczne a możliwość pełnienia funkcji biegłego	533
3.2. Zaburzenia psychiczne występujące u biegłego a wartość dowodowa i możliwość wykorzystania jego opinii w procesie.....	545
4. Uchybienie obowiązkom procesowym przez świadka i biegłego – konsekwencje procesowe i pozaprocessowe.....	549
4.1. Konsekwencje procesowe – stosowanie środków przymusu	550
4.2. Konsekwencje pozaprocessowe (karne).....	560
4.2.1. Zaburzenia psychiczne biegłego a zarzut przedstawienia fałszywej opinii.....	560
4.2.2. Zaburzenia psychiczne świadka a zarzut złożenia fałszywych zeznań	563

Rozdział VIII

Zaburzenia psychiczne występujące u przedstawicieli

procesowych stron	567
1. Zagadnienia wstępne.....	567
2. Zaburzenia psychiczne występujące u podmiotów profesjonalnych.....	570
2.1. obrońca oskarżonego	570
2.1.1. Wyłączenie obrońcy z zaburzeniami psychicznymi od dalszego udziału w sprawie	571

2.1.2. Czynności procesowe podjęte przez obrońcę z zaburzeniami psychicznymi na niekorzyść oskarżonego.....	577
2.2. Pełnomocnik strony czynnej	580
2.2.1. Wyłączenie pełnomocnika z zaburzeniami psychicznymi od dalszego udziału w sprawie	580
2.2.2. Czynności procesowe podjęte przez pełnomocnika z zaburzeniami psychicznymi na niekorzyść reprezentowanego podmiotu	584
2.3. Odpowiedzialność obrońcy (pełnomocnika) za niewykonanie obowiązków procesowych a zaburzenia psychiczne	586
3. Zaburzenia psychiczne występujące u podmiotów nieprofesjonalnych	594
3.1. Możliwość wyłączenia od udziału w sprawie przedstawiciela ustawowego, u którego występują zaburzenia psychiczne	596
3.1.1. Wyłączenie od udziału w sprawie rodzica małoletniej strony	597
3.1.2. Wyłączenie od udziału w sprawie opiekuna małoletniej bądź ubezwłasnowolnionej całkowicie strony	604
3.1.3. Wyłączenie od udziału w sprawie kuratora ubezwłasnowolnionej częściowo strony	608
3.1.4. Wyłączenie od dalszego udziału w sprawie opiekuna faktycznego	610
3.2. Czynności procesowe podjęte przez przedstawiciela ustawowego z zaburzeniami psychicznymi na niekorzyść reprezentowanego przezeń podmiotu...	612

Rozdział IX

Zaburzenia psychiczne występujące u osób wchodzących

w skład organów procesowych	615
1. Zagadnienia wstępne.....	615
2. Zaburzenia psychiczne jako podstawa wyłączenia członka organu od dalszego udziału w sprawie	618
2.1. Wyłączenie sędziego	618

2.2. Wyłączenie pozostałych organów procesowych.....	630
2.2.1. Wyłączenie ławnika.....	630
2.2.2. Wyłączenie referendarza sądowego	633
2.2.3. Wyłączenie asesora sądowego.....	636
2.2.4. Wyłączenie prokuratora	637
2.2.5. Nieprokuratorskie organy prowadzące postępowanie przygotowawcze (nieprokuratorscy oskarżyciele publiczni)	641
3. Zaburzenia psychiczne członka organu jako podstawa zaskarżenia decyzji procesowej wydanej z jego udziałem	642
Podsumowanie	651
Bibliografia.....	669
Orzecznictwo	689

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- dyrektywa 2012/29/UE – dyrektywa 2012/29/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z 25.10.2012 r. ustanawiająca normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępująca decyzję ramową Rady 2001/220/WSiSW (Dz.Urz. UE L 315, s. 57)
- EKPC – Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
- k.c. – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.)
- k.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r. poz. 17 ze zm.)
- k.k. z 1969 r. – ustawa z 19.04.1969 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 13, poz. 94) – akt archiwalny
- k.k.s. – ustawa z 10.09.1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz.U. z 2024 r. poz. 628 ze zm.)
- k.k.w. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2024 r. poz. 706)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p.c. – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 1550 ze zm.)
- k.p.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 37 ze zm.)
- k.p.k. z 1969 r. – ustawa z 19.04.1969 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. Nr 13, poz. 96) – akt archiwalny
- KPON – Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 13.12.2006 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169 ze sprost.)

KPP	– Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz.Urz. UE C 202 z 7.06.2016 r., s. 389)
k.r.o.	– ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 2809 ze zm.)
k.w.	– ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2023 r. poz. 2119)
KZT	– Konwencja ONZ z 10.12.1984 r. w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Dz.U. z 1989 r. Nr 63, poz. 378)
MPPOiP	– Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167)
pr. adw.	– ustawa z 26.05.1982 r. – Prawo o adwokaturze (Dz.U. z 2022 r. poz. 1184 ze zm.)
pr. prok.	– ustawa z 28.01.2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz.U. z 2024 r. poz. 390)
p.u.s.p.	– ustawa z 27.07.2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 334)
r.b.s.	– rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 24.01.2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz.U. Nr 15, poz. 133)
reg. prok.	– rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 7.04.2016 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (Dz.U. z 2023 r. poz. 1115 ze zm.)
rozp.BZ	– rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 13.09.2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz.U. z 2024 r. poz. 516)
u.l.s.	– ustawa z 15.06.2007 r. o lekarzu sądowym (Dz.U. Nr 123, poz. 849 ze zm.)
u.o.p.p.ś.	– ustawa z 28.11.2014 r. o ochronie i pomocy dla pokrzywdzonego i świadka (Dz.U. z 2015 r. poz. 21 ze zm.)
u.o.z.p.	– ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2024 r. poz. 917)
u.pol.	– ustawa z 6.04.1990 r. o Policji (Dz.U. z 2024 r. poz. 145 ze zm.)
u.p.p.	– ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581)
u.r.p.	– ustawa z 6.07.1982 r. o radcach prawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 499)

u.r.z.s.o.n.	– ustawa z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.)
u.w.r.s.p.	– ustawa z 9.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 177 ze zm.)
u.z.l.	– ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.)

Inne

DSM-5	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Revision
Dz.U.	– Dziennik Ustaw
Dz.Urz. UE/WE	– Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej/Wspólnot Europejskich
ETPC	– Europejski Trybunał Praw Człowieka
ICD-10	– Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja dziesiąta
ICD-11	– Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja jedenasta
OSNC	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNK	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSNwSK	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A
PiP	– Państwo i Prawo
Prok. i Pr.	– Prokuratura i Prawo
RPEiS	– Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
RPO	– Rzecznik Praw Obywatelskich
SA	– Sąd Apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SO	– Sąd Okręgowy
TK	– Trybunał Konstytucyjny

WSTĘP

Każdy podmiot, który bierze udział w postępowaniu karnym w roli przypisanej mu przez ustawę karnoprocesową, staje się uczestnikiem tego postępowania. Taki status wiąże się z posiadaniem określonych uprawnień i/lub obowiązków procesowych. Zdolność do ich skutecznej i rzeczywistej realizacji uzależniona jest od wielu czynników. W przypadku podmiotów będących osobami fizycznymi szczególnego znaczenia nabiera stan psychiczny uczestnika postępowania istniejący *in tempore procedendi*. Stan ten wpływa na przebieg procesu myślowego, w tym na zdolność do abstrahowania, odtwarzania spostrzeżeń, werbalizacji żądań czy na motywację do podejmowania wolicjonalnych działań ukierunkowanych na osiągnięcie określonego celu procesowego. W modelowym układzie procesowym uczestnik postępowania nie prezentuje zaburzeń psychicznych.

W praktyce możliwe są jednak sytuacje, w których osoby uczestniczące w procesie karnym będą wykazywały objawy jednego bądź kilku zaburzeń psychicznych. Ich stan zdrowia psychicznego istniejący *in tempore procedendi* może wówczas istotnie ograniczać zdolność do udziału w postępowaniu, a co za tym idzie negatywnie wpływać na możliwość skutecznej reprezentacji własnych interesów czy realizację uprawnień i obowiązków procesowych. Warto zauważyć, że zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi należytej ochrony ich praw jest obowiązkiem państwa. Takie założenie wynika wprost z preambuły ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹. Jego implikacją jest konieczność właściwego ukształtowania przepisów karnoprocesowych,

¹ Dz.U. z 2024 r. poz. 917.

w sposób należyte uwzględniający specyfikę zaburzeń psychicznych². Zwłaszcza że zaburzenia te mogą występować nie tylko u stron postępowania karnego, ale także u innych jego uczestników, tj.: świadków i biegłych, przedstawicieli procesowych (obrońców i pełnomocników oraz przedstawicieli ustawowych), quasi-stron czy osób wchodzących w skład organów procesowych.

Głównym celem niniejszego opracowania jest określenie karnoprocesowych implikacji zaburzeń psychicznych, tj. określenie wpływu stanu zdrowia psychicznego jednostki na zbiór posiadanych przez nią praw i obowiązków procesowych, w kontekście możliwości ich prawnej i faktycznej realizacji w toku postępowania karnego, zależnie od przypisanej roli procesowej oraz istniejących w tej materii mechanizmów gwarancyjnych. Przyjmując nieco inną optykę, można stwierdzić, że celem opracowania jest określenie wpływu zaburzeń psychicznych na pozycję procesową uczestnika postępowania karnego. Typowo pojęcie pozycji procesowej odnoszone jest do ogółu praw i obowiązków procesowych, jakie w sensie legalnym posiada dany uczestnik postępowania (pozycja procesowa *sensu stricto*). W niniejszym opracowaniu pojęciem tym obejmuje się ponadto zdolność do ich faktycznej realizacji oraz związane z tym gwarancje proceduralne³ (pozycja procesowa *sensu largo*). Takie szerokie ujęcie omawianego terminu jest zabiegiem celowym, gdyż pozwala na kompleksowe omówienie badanych zagadnień⁴.

Pozycja procesowa osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowi wypadkową wzajemnego oddziaływania i koegzystencji szeregu aktów prawnych o zróżnicowanym charakterze i różnej randze, co determinuje

² Podobnie K. Zgryzek – zob. K. Zgryzek, *Pozycja procesowa podejrzanego i pokrzywdzonego w postępowaniu w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w kodyfikacji postępowania karnego z 1928, 1969 i 1997 r.*, „Problemy Prawa Karnego” 2019/3, s. 68.

³ Przez gwarancje procesowe rozumie się ustawowe środki zabezpieczające określone prawa i interesy w procesie karnym – M. Cieślak, *Polska procedura karna*, Warszawa 1971, s. 479.

⁴ Analiza przysługujących jednostce uprawnień (i ciążących nań obowiązków) bez uwzględnienia gwarancji, które pozwalają na ich realizację czy zdolności do faktycznego egzekwowania/wykonywania tychże, nadawałaby rozważaniom charakter wybiórczy.

szeroki zakres analizy prawnej. Podstawowe znaczenie w tej materii mają ustawy z zakresu prawa karnego procesowego i materialnego (Kodeks postępowania karnego, Kodeks karny), prawa medycznego (m.in. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty), normy konstytucyjne oraz akty o zasięgu międzynarodowym, które stanowią źródło uniwersalnych i fundamentalnych praw jednostki (takie jak Europejska Konwencja Praw Człowieka, Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych). Nie można też pominąć, relevantnych dla badanej materii, aktów wykonawczych⁵.

Każdy człowiek, a co za tym idzie każdy uczestnik postępowania, cechuje się określonym poziomem inteligencji, wykształcenia czy – szerzej – wiedzy ogólnej. Parametry te zależą zarówno od czynników genetycznych, jak i środowiskowych, a zatem są osobniczo zmienne. Różna pozostaje więc indywidualna zdolność do abstrahowania, zdolność adaptacji do zmieniających się warunków otoczenia czy zdolność do rozwiązywania złożonych problemów⁶. Przenosząc powyższe spostrzeżenia na grunt procesowy, należy przyjąć, że zdolność do skutecznej realizacji przysługujących jednostce uprawnień, a tym samym zdolność do egzekwowania swojego interesu prawnego w toku procesu, jako zależna od wyżej wymienionych cech, także pozostaje osobniczo zmienna.

Analiza kazuistyczna obejmująca wszystkie potencjalne konfiguracje powyższych zmiennych nie jest możliwa, a z uwagi na ich mnogość, pozostawałaby także dalece niepraktyczna. Konieczne stało się zatem przeprowadzenie rozważań w ujęciu abstrakcyjnym, modelowym. Takie założenie wymagało zaś odniesienia się do pewnego zobiektywizowanego, rekonstrukcyjnego⁷ wzorca osobowego, tj. wzorca przeciętnego,

⁵ Na przykład rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2023 r. poz. 731).

⁶ Na przykład dotyczących obrania właściwego sposobu postępowania w przypadku sporu prawnego, w tym sporu rozstrzyganego przed sądem.

⁷ Wzorzec rekonstrukcyjny oparty na kryteriach ontycznych to wzorzec uwzględniający zależności naturalne, tj. odwołujący się do elementów rzeczywistości, które służą do jego rekonstrukcji („jak jest”). Wzorzec ten odróżnia się od wzorca normatywnego

standardowo wykształconego i rozsądnie rozumującego, dorosłego obywatela. Oczywiście posłużenie się modelem rekonstrukcyjnym, opartym na wnioskowaniu indukcyjnym, pozwala jedynie na określenie, jak dana okoliczność (w tym wypadku zbiór cech i właściwości „przeciętnego obywatela”) jawi się zazwyczaj, a nie każdorazowo⁸. Nie wyklucza to jednak użyteczności owego wzorca, przy zastrzeżeniu, że wnioski płynące z niniejszej analizy modelowej będą ulegać każdorazowej konkretyzacji poprzez odniesienie ich do właściwości osobistych konkretnych uczestników poszczególnych postępowań⁹.

Określenie karnoprocesowych implikacji zaburzeń psychicznych wymagało tym samym ustalenia, czy i jak różni się sytuacja procesowa modelowego uczestnika postępowania, tj. „przeciętnego obywatela”, bez zaburzeń psychicznych, względem sytuacji procesowej tożsamego podmiotu, u którego *in tempore procedendi* zaburzenia te wystąpią.

Same zaburzenia psychiczne mogą być rozpatrywane i opisywane wielotorowo, między innymi w ujęciu: etiologicznym (przyczyny), symptomatologicznym (objawy), terapeutycznym (leczenie) czy wreszcie nozograficznym i systemowym (tj. w kontekście formalnie przyjętych klas diagnostycznych i systemów klasyfikacji chorób). Z perspektywy procedury karnej oraz głównego przedmiotu rozważań najistotniejsze znaczenie mają objawy zaburzeń psychicznych prezentowane przez

(optymalizacyjnego), który ma charakter wartościujący i postulujący, a zatem wymaga – dla jego rekonstrukcji – odwołania się do sfery powinności („jak być powinno”) – K. Lipiński, *O dwóch odmianach wzorców osobowych w prawie karnym*, RPEiS 2018/2, s. 62, bądź szerzej – K. Lipiński, *Wzorce osobowe w prawie karnym*, Warszawa 2020, s. 36 i n.

⁸ Oznacza to, że nie każdy uczestnik postępowania będzie odpowiadał wzorcowi i *ad casum* może prezentować wyższy bądź niższy poziom inteligencji, wykształcenia, wiedzy ogólnej itd.

⁹ Warto zaznaczyć, że posługiwanie się zobiektywizowanym, abstrakcyjnym wzorcem stanowiącym punkt odniesienia dla oceny zaistnienia określonej okoliczności na gruncie konkretnego procesu jest rozwiązaniem znanym w polskiej procedurze karnej. Tytułem przykładu należy wskazać na instytucję wyłączenia sędziego z powodu istnienia okoliczności, które mogą wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności (*iudex suspectus*, art. 41 k.p.k.). Zaistnienie takich okoliczności weryfikuje się poprzez odwołanie się do oceny danej sytuacji dokonanej przez przeciętnego, rozsądnie rozumującego obserwatora procesu (postanowienie SN z 15.10.2020 r., IV KO 96/20, LEX nr 3208557).

jednostkę *in tempore procedendi* (a w niektórych przypadkach także *in tempore criminis*), niezależnie od tego, jaka jest ich etiologia, sposób leczenia czy miejsce w klasyfikacji chorób¹⁰. Oczywiście posługiwanie się jednolitym systemem klasyfikacji ma istotny walor porządkujący. Zabieg ten pozwala na unifikację stawianych rozpoznań poprzez określenie jednolitych kryteriów diagnostycznych dla poszczególnych zaburzeń, co ma z kolei niebagatelne znaczenie w kontekście precyzji stosowanej terminologii – zarówno w odniesieniu do praktyki klinicznej, jak i opiniowania sądowo-psychiatrycznego. Z powyższych względów analiza zaburzeń psychicznych oraz ocena ich implikacji karnoprosesowych dokonywana na gruncie niniejszego opracowania będzie, co do zasady, prowadzona w ujęciu symptomatologicznym, a uzupełniająco – w ujęciu nozologicznym (systemowym).

Kompleksowe ujęcie tytułowej problematyki wymagało łącznego zastosowania kilku metod badawczych. W pierwszej kolejności wykorzystano metodę dogmatyczną w ujęciu mieszanym, toteż praca została oparta na analizie obowiązujących obecnie aktów prawnych – relewantnych z punktu widzenia przedmiotu rozważań – z uwzględnieniem istniejącego w tej materii dorobku doktryny i judykatury. W niezbędnym zakresie posłużono się także językowo-logiczną analizą pojęć o kluczowym znaczeniu dla badanej materii, co pozwoliło na ujednolicenie siatki terminologicznej wykorzystanej w opracowaniu. W zakresie analizy zagadnień węzłowych wykorzystano aktualny dorobek nauk medycznych z zakresu psychiatrii, neuropsychiatrii i psychologii.

Powyższe założenia znalazły wyraz w strukturze opracowania. Pierwszy rozdział pracy został poświęcony zagadnieniom terminologicznym, tj. ustaleniu precyzyjnego zakresu semantycznego pojęcia zaburzenia

¹⁰ Tym bardziej że klasyfikacje medyczne – co trafnie podkreślili twórcy DSM-5 – zostały stworzone po to, by spełniać wymagania lekarzy, osób zajmujących się zdrowiem publicznym oraz naukowców, nie zaś sądów i prawników. Ich stosownie na płaszczyźnie prawnej wymaga zatem rozważ i daleko idącej ostrożności, a czasem odpowiedniej adaptacji. W przeciwnym wypadku zachodzi ryzyko nadużyć oraz błędnych interpretacji informacji diagnostycznych zawartych w takich systemach – *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-5*, American Psychiatric Association, red. wyd. pol. P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszewska i in., Wrocław 2018, s. 29.

psychicznego oraz określeniu jego relacji do terminów pokrewnych, takich jak choroba psychiczna, niepełnosprawność czy zakłócenie czynności psychicznych.

W drugim rozdziale omówiono relewantne objawy psychopatologiczne, a w zakresie niezbędnym dla dokonania analiz prawnych przedstawiono też kategorie zaburzeń psychicznych występujące w głównych systemach klasyfikacji chorób (ICD-11¹¹, ICD-10¹², DSM-5¹³).

Mając na uwadze to, że zdrowie psychiczne stanowi fundamentalne dobro osobiste człowieka, niniejsza praca miała również odpowiedzieć na pytanie, czy istniejące regulacje prawne zapewniają właściwą ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi w sytuacji, w której stają się one uczestnikami procesu karnego. Innymi słowy, czy gwarancje wynikające z Konstytucji RP oraz z podstawowych, uznanych na arenie międzynarodowej praw człowieka i obywatela doznają pełnej realizacji na gruncie polskiej procedury karnej. W tym celu konieczna stała się uprzednia identyfikacja uniwersalnych standardów ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi w toku postępowań o charakterze represyjnym. Zagadnienia te zostały omówione w trzecim rozdziale opracowania.

Analizie właściwych karnoprocesowych implikacji zaburzeń psychicznych poświęcono rozdziały IV–IX. W pierwszej kolejności omówiono wpływ tychże zaburzeń na zdolność procesową (IV), zdolność do czynności procesowych (V) oraz zdolność do faktycznej realizacji praw i obowiązków procesowych (VI). Zakresem podmiotowym tych rozważań objęto strony (jako kategorię uczestników postępowania o najszerszym zakresie uprawnień) oraz powiązane funkcjonalnie quasi-strony.

¹¹ World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 11th Revision, <https://icd.who.int/en/>

¹² World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision, Geneva 2009.

¹³ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Revision. Arlington 2013.

W dalszej kolejności odniesiono się do wpływu zaburzeń psychicznych na zdolność do realizacji obowiązków procesowych przez świadka i biegłego (rozdział VII).

Również przedstawiciele procesowi uczestników postępowania mogą zmagać się z zaburzeniami psychicznymi. Dotyczy to zarówno podmiotów o charakterze profesjonalnym (obrońca, pełnomocnik), jak i podmiotów o charakterze nieprofesjonalnym (przedstawiciele ustawowi, opiekunowie faktyczni). Ewentualne zaburzenia psychiczne występujące u tych osób mogą rzutować na ich zdolność do wypełniania ról procesowych i związanych z tym obowiązków względem reprezentowanych podmiotów. Zagadnienia te zostały omówione w rozdziale VIII.

Z kolei w rozdziale IX omówiono możliwość wyłączenia od udziału w sprawie członka organu prowadzącego postępowanie z uwagi na prezentowane przezeń zaburzenia psychiczne oraz możliwość zaskarżenia decyzji procesowych wydanych z jego udziałem.

Na podstawie przeprowadzonych rozważań sformułowano wnioski *de lege lata* i *de lege ferenda*, które mogą stanowić asumpt do dalszej dyskusji nad problematyką zaburzeń psychicznych i kwestią karno-procesowej ochrony praw osób nimi obarczonych. Wnioski odnoszące się do typowego procesu karnego mogą zostać następnie odniesione do procedur pokrewnych, tj. procesu karnoskarbowego, postępowania w sprawach o wykroczenia czy innych postępowań, w których przepisy Kodeksu postępowania karnego stosuje się posiłkowo (np. postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy).

Zaburzenia psychiczne stanowią obecnie rosnący problem zdrowotny. Według najnowszych danych częstość ich występowania wzrosła aż o 48,1% od 1990 r. (654,8 miliona przypadków w 1990 r. względem 970,1 miliona przypadków w roku 2019)¹⁴, co przesądza o aktualności przyjętego problemu badawczego.

¹⁴ A.J. Ferrari, D.F. Santomauro, A.M. Mantilla Herrera et al., *Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019*:

Niniejsza monografia powstała na podstawie rozprawy doktorskiej pt. *Osoba z zaburzeniami psychicznymi w polskim procesie karnym*, która została obroniona z wyróżnieniem w Instytucie Nauk Prawnych Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach w dniu 8.04.2024 r. Przed przejściem do właściwej części rozważań pragnę złożyć serdeczne podziękowania promotorowi rozprawy, Panu dr. hab. Jarosławowi Zagrodnikowi, prof. Uniwersytetu Śląskiego za opiekę naukową, liczne rady i sugestie, które pozwoliły, by dysertacja ta powstała. Pragnę również podziękować recenzentom rozprawy – Pani dr. hab. Monice Klejnowskiej, prof. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Panu dr. hab. Radosławowi Olszewskiemu, prof. Uniwersytetu Łódzkiego oraz Panu dr. hab. Krzysztofowi Woźniewskiemu, prof. Uniwersytetu Gdańskiego, a także recenzentowi samej monografii – Panu dr. hab. Radosławowi Tymińskiemu za cenne uwagi i sugestie sformułowane w recenzjach. Ich uwzględnienie przyczyniło się do aktualnego kształtu niniejszego opracowania.

Rozdział I

ZAGADNIENIA TERMINOLOGICZNE

1. Uwagi ogólne

Przed przejściem do omówienia implikacji karnoprosesowych zaburzeń psychicznych należy dokonać analizy terminologicznej pojęć o kluczowym znaczeniu dla badanej materii. Niewątpliwie najistotniejsze jest precyzyjne określenie zakresu semantycznego pojęcia tytułowego, tj. zaburzenia psychicznego. Należy ponadto określić relację tego pojęcia do pojęć pokrewnych, takich jak: choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna), zakłócenie czynności psychicznych, psychoza, zespół psychopatologiczny, niepoczytalność czy niepełnosprawność, a w wymiarze międzynarodowym – także w odniesieniu do pojęcia *person of unsound mind*, które funkcjonuje na gruncie art. 5 ust. 1 lit. e EKPC. Zabieg ten pozwoli na precyzyjne określenie zakresów semantycznych pojęć o relevantnym znaczeniu dla kwestii proceduralnych.

Wyżej wymienione pojęcia występują w języku powszechnym, języku prawnym oraz języku prawniczym, a także w specjalistycznej terminologii medycznej, zwłaszcza w obrębie psychopatologii¹. Nie zawsze zachowują przy tym tożsame znaczenie. Z uwagi na przedmiot prowadzonych rozważań najistotniejsze pozostaje ujednolicenie siatki ter-

¹ Psychopatologia to dział psychiatrii zajmujący się opisem i wyjaśnianiem objawów chorobowych występujących w zaburzeniach psychicznych – P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, Wrocław 2018, s. 37.

minologicznej w ujęciu prawno-medycznym². Jest to zasadniczy cel niniejszego rozdziału.

2. Zaburzenia psychiczne – pojęcie

2.1. Zaburzenie psychiczne w ujęciu medycznym

Zaburzenie psychiczne definiuje się jako zespół charakteryzujący się klinicznie istotnymi zaburzeniami funkcji poznawczych, regulacji emocji lub zachowania danej osoby, które odzwierciedlają dysfunkcję procesów psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych leżących u podstaw funkcjonowania psychicznego. Zaburzenia psychiczne są związane ze znacznym cierpieniem (ang. *distress*) i/lub niepełnosprawnością (upośledzeniem funkcjonowania) w życiu społecznym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania jednostki (ang. *disability, i.e. impairment in one or more important areas of functioning*). Powyższe rozumienie omawianego tu pojęcia ma charakter utrwalony i jest tożsame zarówno na gruncie ICD-11 i ICD-10, jak i DSM-5³. Subiektywne cierpienie i/lub upośledzenie funkcjonowania jednostki w jednym lub kilku obszarach życia stanowią przy tym *conditio sine qua non* przyjęcia, że dany stan jest zaburzeniem psychicznym w ujęciu medycznym.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że granica pomiędzy zaburzeniem psychicznym a prawidłową reakcją psychiczną jest płynna⁴. Z tego względu ocena powinna być dokonywana w sposób holistyczny

² Kwestie dotyczące języka powszechnego, poza niezbędnymi odesłaniami, nie będą szerzej analizowane.

³ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków–Warszawa 2000, s. 16; WHO, *ICD-11...*, źródło: <http://id.who.int/icd/> (dostęp: 1.07.2024 r.); D.J. Stein, K.A. Phillips, D. Bolton et al., *What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V*, „Psychological Medicine” 2010/40, s. 1761.

⁴ *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*, red. P. Gałęcki, Wrocław 2022, s. 1

z uwzględnieniem aktualnych⁵ czynników społeczno-kulturowych⁶. Za zaburzenia psychiczne nie uznaje się tym samym adekwatnych i powszechnie przyjętych reakcji na określony bodziec lub stresor (np. żałoby po stracie bliskiej osoby). Zaburzeniem psychicznym nie będą też zachowania nieakceptowane społecznie (np. wandalizm), jeśli nie wynikają z psychologicznej, biologicznej lub rozwojowej dysfunkcji jednostki⁷. Warto zaznaczyć, że „zaburzenie psychiczne” jest obecnie wiodącym terminem z punktu widzenia klasyfikacji chorób⁸. Mówiąc o zaburzeniach psychicznych w ujęciu *stricte* nozologicznym, należy zatem odnosić je do konkretnych jednostek diagnostycznych wskazanych w ICD-10/ICD-11 lub odpowiednio w DSM-5. Odchodzi się przy tym od terminu „choroba psychiczna” z uwagi na jego pejoratywny wydźwięk⁹.

W tym miejscu warto też zwrócić uwagę na to, że przedstawiona powyżej definicja zaburzeń psychicznych została stworzona na potrzeby profesjonalistów medycznych, a więc do celów badawczych oraz diagnostyczno-terapeutycznych (tj. unifikacji zasad stawianych rozpoznań oraz planowania terapii)¹⁰, nie zaś dla celów wymiaru sprawiedliwości. Jej recypowanie na grunt prawny wymaga więc daleko idącej ostrożności, a przede wszystkim uwzględnienia odmienności celów¹¹, jakim służy rozpoznanie zaburzenia psychicznego na płaszczyźnie medycznej oraz prawnej. W pierwszym przypadku mowa o leczeniu, w drugim o ocenie

⁵ Należy mieć na uwadze, że uwarunkowania społeczne i kulturowe ulegają dynamicznym zmianom w czasie. Kwestia ta musi być brana pod uwagę, zwłaszcza gdy między badanym a badającym występuje istotna różnica wieku, co może przekładać się na odmiennosc tych uwarunkowań (to, co „typowe” dla badanego, może być „atypowe” dla badającego – i odwrotnie).

⁶ Na przykład wiara w duchy i przekonanie o tym, że niektóre osoby potrafią się z nimi komunikować, jest utrwalonym elementem niektórych kultur (np. niektórych plemion indiańskich). Przeprowadzenie badania psychiatrycznego osoby należącej do takiej społeczności bez uwzględnienia aspektów religijno-kulturowych mogłoby prowadzić do błędnych wniosków na temat obecności objawów wytwórczych.

⁷ P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 5.

⁸ P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 42.

⁹ Szerzej zob. podrozdział 2.2.1. niniejszego rozdziału.

¹⁰ *Kryteria...*, red. P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszewska i in., s. 29.

¹¹ J. Walvisch, *Defining „mental disorder” in legal contexts*, „International Journal of Law and Psychiatry” 2017/23, s. 27.

stanu zdrowia w kontekście zastosowania wobec danej osoby określonej instytucji prawnej (np. ubezwłasnowolnienia, środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym itd.).

2.2. Zaburzenie psychiczne w ujęciu prawnym

Ustawa karnoprocesowa nie definiuje pojęcia zaburzeń psychicznych, chociaż wiele przepisów Kodeksu postępowania karnego odnosi się bezpośrednio bądź pośrednio do tego terminu¹². Takiej definicji nie zawiera również Kodeks karny¹³ ani inne ustawy z zakresu szeroko pojętego prawa karnego.

Ustalenie znaczenia analizowanego terminu w ujęciu prawnym wymaga zatem odwołania się do aktu prawnego o podstawowym znaczeniu dla analizowanej materii, tj. do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ta ostatnia, co prawda, również nie definiuje zaburzenia psychicznego wprost, niemniej ustawodawca zawarł w niej definicję legalną terminu „osoba z zaburzeniami psychicznymi” (art. 3 pkt 1 u.o.z.p.). Uwzględniając założenie o jedności systemu prawa i wynikający zeń postulat spójności semantycznej tekstów prawnych¹⁴, należy uczynić ww. przepis swoistym punktem odniesienia dla dalszych rozważań terminologicznych. Jego analiza pozwala na rekonstrukcję definicji „zaburzenia psy-

¹² Dla przykładu, ustawodawca odnosi się wprost do: „choroby psychicznej” (art. 22 § 1 k.p.k.) czy „stanu zdrowia psychicznego” (stanu psychicznego) oskarżonego (art. 79 § 1 pkt 4 i § 4, art. 202 i 203 k.p.k.), małoletniego pokrzywdzonego (art. 185a § 4 k.p.k.) oraz świadka (art. 192 § 2 k.p.k.), stanu rozwoju umysłowego (art. 192 § 2 k.p.k.) czy zaburzeń osobowości (art. 354a § 1 pkt 2 k.p.k.), a także do świadka z zaburzeniami psychicznymi czy zaburzeniami rozwojowymi (art. 185e k.p.k.).

¹³ Kodeks karny odnosi się do zaburzeń psychicznych wymienionych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w kontekście niepoczytalności (art. 31 § 1 k.k.) czy instytucji związanych z osadzeniem sprawcy w zakładzie psychiatrycznym (art. 93g k.k.). W tym ostatnim przypadku odwołuje się także do zaburzeń preferencji seksualnych (§ 3), które należy zaliczyć do innych zakłóceń czynności psychicznych (art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p.). Stan psychiczny należy także do znamion niektórych czynów zabronionych (np. art. 189 § 2a, art. 198, art. 207 § 1a czy art. 210 k.k.).

¹⁴ Z. Pułka, *Założenie spójności semantycznej systemu prawa w klaryfikacyjnej teorii wykładni*, „Acta Universitatis Wratislaviensis” No 3662, Przegląd Prawa i Administracji CII, Wrocław 2015, s. 226.

chicznego” *per se*. Żaden inny przepis polskiego systemu prawnego nie definiuje tego pojęcia w sposób autonomiczny i odrębny¹⁵.

Zgodnie z art. 3 pkt 1 u.o.z.p. przez osobę z zaburzeniami psychicznymi rozumie się osobę:

- a) chorą psychicznie (prezentującą zaburzenia psychotyczne),
- b) upośledzoną umysłowo,
- c) wykazującą 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 lub społecznym.

Omawiane pojęcie ma charakter zbiorczy. W ujęciu przedmiotowym do zaburzeń psychicznych zalicza się choroby psychiczne, upośledzenie umysłowe oraz inne zakłócenia czynności psychicznych powodujące konieczność leczenia lub opieki. W ujęciu podmiotowym osobą z zaburzeniem psychicznym jest osoba chora psychicznie, osoba upośledzona umysłowo lub osoba wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych¹⁶.

Z logicznego punktu widzenia pojęcie zaburzeń psychicznych pozostaje w stosunku nadrzędności do pojęć: choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, innych zakłóceń czynności psychicznych, których występowanie rodzi konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy. Pojęcie zaburzeń psychicznych zostało więc

¹⁵ Co istotne, ustawodawca często posługuje się analizowanymi tu pojęciami także na gruncie ustaw należących do innych gałęzi prawa (zob. np.: art. 13, 16 i 82 k.c., art. 552 i n. k.p.c., art. 12 k.r.o.). Również w tych przypadkach nie definiuje jednak stosowanych tam pojęć, czy to w sposób bezpośredni (przez stworzenie autonomicznych definicji legalnych na potrzeby danego aktu), czy nawet pośredni (poprzez odesłanie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Wspomniane odesłania są relatywnie rzadkie – występują one np. ustawie z 13.06.2019 r. o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1743).

¹⁶ M. Burdzik, *Ochrona interesów pokrzywdzonego z zaburzeniami psychicznymi na gruncie polskiej procedury karnej – uwagi w kontekście pełnomocnictwa obligatoryjnego*, PiP 2022/12, s. 118.

zdefiniowane w sposób pośredni, poprzez wyliczenie jego elementów składowych (pojęć podrzędnych). Wyliczenie to ma charakter taksatywny, a utworzony zbiór jest zbiorem potencjalnie zamkniętym¹⁷.

2.2.1. Choroba psychiczna

Choroba psychiczna nie została zdefiniowana w żadnym akcie prawa powszechnie obowiązującego w Polsce. Szczątkową definicję tego terminu można zrekonstruować na podstawie art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p. Zgodnie z treścią tego ostatniego przepisu choroba psychiczna to zaburzenie psychiczne, w którym występują *verba legis* „zaburzenia psychotyczne”. W literaturze medycznej wskazuje się, że jest to daleko idące uproszczenie, gdyż istnienie zaburzeń psychotycznych nie wyczerpuje pojęcia choroby psychicznej¹⁸.

Przez zaburzenia psychotyczne należy rozumieć zaburzenia w zakresie prawidłowej percepcji i interpretacji otaczającej rzeczywistości, które uniemożliwiają jednostce jej racjonalny i prawidłowy osąd¹⁹. Zaburzony osąd rzeczywistości wynika między innymi z przeżywanych objawów wytwórczych (urojeń i/lub omamów) i stanowi podstawowy element dyskutowanych zaburzeń, niezależnie od ich etiologii²⁰. Choroba psychiczna w wąskim znaczeniu, przyjętym na gruncie art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p., jest więc synonimem psychozy (ang. *psychosis*)²¹. W stanach tych mogą występować również zaburzenia świadomości,

¹⁷ Z uwagi na nieostrość terminu „inne zakłócenia czynności psychicznych – zob. rozdział I, podrozdział 2.2.3.

¹⁸ J.A. Lieberman, M.B. First, *Psychotic Disorders*, „The New England Journal of Medicine” 2018/379, s. 270; S. Puzyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007/XLI/3, s. 306.

¹⁹ M. Burdzik, *Prawa osób z zaburzeniami psychicznymi w świetle standardów prawa międzynarodowego* [w:] *Wyzwania dla polskiego systemu ochrony praw człowieka u progu trzeciej dekady XXI wieku*, red. J. Jaskiernia, K. Spryszak, Toruń 2021, s. 554.

²⁰ D.B. Arciniegas, *Psychosis*, „Continuum” (Minneapolis) 2015/21(3), s. 716.

²¹ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń*, Warszawa 2022, s. 193.

zaburzenia emocji i nastroju łączące się z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej²².

Granica między chorobą psychiczną a pozostałymi zaburzeniami psychicznymi jest płynna i każdorazowo podlega ocenie *ad casum*. Pojęcie to ma charakter pierwotnie nieostrej. Za cechę dystynktywną, odróżniającą chorobę psychiczną od pozostałych zaburzeń psychicznych w ujęciu prawnym należy uznać wspomniany brak zdolności do prawidłowej percepcji oraz krytycznego i realistycznego osądu otaczającej rzeczywistości i zjawisk w niej zachodzących (*arg. ex art. 3 pkt 1 u.o.z.p.*)²³.

Jak już wspomniano, w bieżących klasyfikacjach chorób (DSM-5, ICD-10, ICD-11) zrezygnowano z terminu „choroba psychiczna” (ang. *mental disease, mental illness*), zastępując go omówionym powyżej terminem „zaburzenie psychiczne”²⁴. Zabieg ten miał charakter celowy. Jego celem było uniknięcie wątpliwości interpretacyjnych związanych z koncepcją choroby psychicznej, a także uniknięcie stygmatyzującego charakteru tego ostatniego terminu i zastąpienie go pojęciem pozbawionym negatywnych konotacji²⁵.

Niezależnie od powyższych tendencji nozologicznych pojęcie choroby psychicznej nadal funkcjonuje w języku prawnym. Najbardziej transparentnym przykładem są normy prawnokarne dotyczące niepoczytalności (art. 31 k.k.) czy przepisy o ubezwłasnowolnieniu (art. 13, art. 16 k.c.), które *explicite* odwołują się do omawianego terminu. Również ustawa karnoprosocowa odnosi się do tego pojęcia wprost, wskazując chorobę psychiczną jako jedną z podstaw zawieszenia postępowania karnego (art. 22 § 1 k.p.k.).

Warto zauważyć, że wobec nieostrości oraz braku spójności terminologicznej w płaszczyźnie prawno-medycznej niektórzy autorzy postulują

²² S. Pużyński, *Choroba...*, s. 303.

²³ M. Burdzik, *Ochrona...*, s. 119.

²⁴ S. Pużyński, *Choroba...*, s. 303.

²⁵ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy psychiatrii*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 311.

całkowite usunięcie pojęcia choroby psychicznej z aktów prawnych, uznając ten termin za anachroniczny²⁶. Według innych autorów jest to postulat zbyt daleko idący²⁷, ponieważ pojęcie choroby psychicznej jest rozumiane przez większość psychiatrów w sposób intuicyjny. W doktrynie prezentowany był także pogląd, zgodnie z którym znaczenia i zakresu pojęć medycznych w ogóle nie powinno się ustalać na poziomie normatywnym, a pojęcia te powinny być definiowane w oparciu o każdorazowy stan wiedzy medycznej²⁸. Wydaje się jednak, że z uwagi na doniosłe skutki prawne związane ze stwierdzeniem u danej osoby choroby psychicznej ten postulat nie może zostać uznany za słuszny. Przeciwnie, jak długo „choroba psychiczna” pozostaje aktualnym pojęciem prawnym (a więc występuje *explicite* w obowiązujących przepisach), tak długo brak kompletnej definicji legalnej tego pojęcia w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego należy uznać za stan dalece niepożądany z gwarancyjnego punktu widzenia²⁹.

Wątpliwości interpretacyjne mogą wynikać też z faktu, że w języku powszechnym nadal funkcjonuje pojęcie choroby, rozumianej w sposób ogólny, jako stan nieprawidłowego funkcjonowania organizmu, związany z cierpieniem czy bólem. Nazwy wielu jednostek chorobowych zawierają zresztą w swojej treści słowo „choroba”³⁰. Z tych względów w odniesieniu do osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, tak samo jak w przypadku osób obarczonych schorzeniami somatycznymi, relatywnie często używa się ogólnego terminu „chory”.

²⁶ Tak np. S. Pużyński, *Choroba...*, s. 308.

²⁷ J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki [w:] *System Prawa Karnego*, t. 7, *Środki zabezpieczające*, red. L.K. Paprzycki, Warszawa 2015, s. 176.

²⁸ S. Dąbrowski, L. Kubicki, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*, Warszawa 1999, s. 15.

²⁹ Aby określony mechanizm gwarancyjny należycie spełniał swoją rolę, zakres podmiotowy jego zastosowania musi być możliwie precyzyjnie określony. W przeciwnym przypadku część podmiotów może zostać wykluczona z zakresu ochrony na skutek arbitralnej decyzji osoby, która stosując daną normę prawną *ad casum*, posłuży się wykładnią zawężającą.

³⁰ Tytułem przykładu można wskazać chorobę niedokrwienną serca czy chorobę Alzheimera.

Niezależnie od ww. dylematów z logicznego punktu widzenia choroba psychiczna jest *de lege lata* pojęciem podrzędnym względem zaburzenia psychicznego w rozumieniu art. 3 pkt 1 u.o.z.p.

2.2.2. Upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna)

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie definiuje pojęcia upośledzenia umysłowego, chociaż ustawodawca wielokrotnie posługuje się tym terminem w poszczególnych przepisach teżej³¹. Z treści art. 3 pkt 1 u.o.z.p. wynika jedynie, że upośledzenie umysłowe jest jednym z trzech rodzajów zaburzeń psychicznych i nie stanowi choroby psychicznej (*arg. a contrario ex art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.*).

Z medycznego punktu widzenia upośledzenie umysłowe (ang. *mental retardation*) jest zaburzeniem, które cechuje się zahamowaniem rozwoju lub niepełnym rozwojem umysłu, przejawiającym się w pogorszeniu zdolności składających się na ogólny poziom inteligencji, tj. zdolności poznawczych, ruchowych, społecznych czy mowy³². Posługując się terminologią przyjętą w ICD-11, należy stwierdzić, że stan ten charakteryzuje się obniżonym poziomem funkcjonowania intelektualnego i zachowań adaptacyjnych w zakresie umiejętności koncepcyjnych, społecznych i praktycznych³³.

Termin „upośledzenie umysłowe” został wprowadzony w późnych latach 50. XX wieku przez American Association on Mental Deficiency³⁴.

³¹ Na przykład w odniesieniu do wymogu zapewnienia nauki, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych i rehabilitacji dzieciom i młodzieży upośledzonym umysłowo (art. 7 u.o.z.p.) czy wymogu zawiadomienia prokuratora o konieczności ubezwłasnowolnienia osoby upośledzonej (art. 16 u.o.z.p.).

³² *Klasyfikacja...*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, s. 189; szerzej zob. rozdział II, podrozdział 2.6.3.

³³ P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria. Rozpoznania według ICD-11*, t. 1., Wrocław 2023, s. 106.

³⁴ Za: P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 366. Szerzej zob. np.: J.A. Brockley, *History of Mental Retardation: An Essay Review*, „History of Psychology” 1999/2(1), s. 25–36.

Do upośledzenia umysłowego stosowało się także takie określenia, jak „oligofrenia” czy „niedorozwój umysłowy”³⁵. Wszystkie te pojęcia należy uznać za nieaktualne. Obecnie postuluje się także odejście od terminu „upośledzenie umysłowe” i zastąpienie go terminem „niepełnosprawność intelektualna” (ang. *intellectual disability*)³⁶. Postulat ten należy podzielić, uwzględniając pejoratywny i stygmatyzujący charakter pozostałych terminów³⁷. Polski ustawodawca, jak dotąd, nie wprowadził tych założeń do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego czy innych aktów prawnych.

Upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna) może występować wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi lub samodzielnie. Jeśli u pacjenta z niepełnosprawnością intelektualną wystąpią zaburzenia psychotyczne, to należy uważać go za osobę chorą psychicznie w rozumieniu art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.³⁸

Konkludując tę część rozważań, należy przyjąć, że z logicznego punktu widzenia upośledzenie umysłowe jest pojęciem podrzędnym w stosunku do zaburzenia psychicznego. Jest to również pojęcie synonimiczne względem niepełnosprawności intelektualnej. Uwzględniając aktualne tendencje terminologiczne, w niniejszej pracy zasadniczo stosowane będzie pojęcie niepełnosprawności intelektualnej. Jednak z uwagi na to, że obowiązujące akty prawne, klasyfikacja ICD-10 oraz odwołujące się do niej opracowania naukowe nadal operują terminem „upośledzenie umysłowe”, zachowanie przejrzystości rozważań może wymagać uzupełniającego stosowania obu ww. terminów.

³⁵ To pojęcie funkcjonuje powszechnie na gruncie przepisów cywilnych (art. 13, 16 i 82 k.c., art. 552 k.p.c.).

³⁶ Na przykład: P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa...*, s. 20 i n.; S.E. Shea, *Intellectual Disability (Mental Retardation)*, „Pediatrics in Review” 2012/33(3), s. 110.

³⁷ Raport RPO: *Dostęp osób z niepełnosprawnościami do wymiaru sprawiedliwości – analiza i zalecenia*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” 2016/7 (seria „Zasada równego traktowania. Prawo i praktyka” nr 21, Warszawa 2016), s. 14.

³⁸ J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2006, s. 25–26.

2.2.3. Inne zakłócenia czynności psychicznych

Ten element definicji zaburzeń psychicznych pozostaje najbardziej niedookreślony, co sprawia, że zbiór desygnatów niniejszego pojęcia wynikający z art. 3 pkt 1 u.o.z.p. ma charakter jedynie potencjalnie zamknięty. Warto zauważyć, że zawartość treściowa art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p., który odnosi się do innych zakłóceń czynności psychicznych, jest przykładem błędu logicznego typu *idem per idem*³⁹. Dekodując treść art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p., należałoby bowiem stwierdzić, że zaburzeniem psychicznym jest inne zakłócenie czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej jest zaliczane do zaburzeń psychicznych. Wadliwość tak skonstruowanej definicji wynika z faktu, że niniejszy fragment nie spełnia kryterium komutacyjności, gdyż w członie definiującym występuje sam wyraz definiowany (*circulus in definiendo*)⁴⁰.

Abstrahując od niefortunnej konstrukcji powyższego przepisu, przyjąć należy, że odnosi się on do zaburzeń psychicznych sklasyfikowanych w ICD-10 (lub odpowiednio ICD-11/DSM-5), których etiologia i/lub obraz kliniczny nie pozwala na rozpoznanie choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego w rozumieniu art. 3 pkt 1 lit. a lub b u.o.z.p.⁴¹ Niemniej dotyczy to wyłącznie takich zakłóceń, które wywołują konieczność udzielenia świadczenia zdrowotnego lub innych form pomocy czy opieki niezbędnych do życia, co wynika *explicite* z art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p. Wnioskowanie *a contrario* pozwala stwierdzić, że zakłócenia czynności psychicznych niewywołujące konieczności udzielania świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym nie należą do zaburzeń psychicznych w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Do omawianej grupy zaburzeń można zaliczyć między innymi: zaburzenia lękowe (dawniej: nerwicowe), zaburzenia osobowości, zespoły

³⁹ Przyjmując nieco inną optykę, można by też stwierdzić, że treść art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p. jest przykładem tautologii.

⁴⁰ M. Burdzik, *Ochrona...*, s. 120.

⁴¹ M. Burdzik, *Ochrona...*, s. 120.

organiczne czy zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, a także zaburzenia preferencji seksualnych.

W ujęciu logicznym inne zakłócenie czynności psychicznych jest pojęciem podrzędnym w stosunku do zaburzenia psychicznego, o ile wywołuje konieczność udzielenia świadczenia zdrowotnego lub innych form pomocy czy opieki niezbędnych do życia.

2.3. Zaburzenie psychiczne w ujęciu ujednoliconym (prawno-medycznym)

Chociaż z punktu widzenia reguł wykładni najistotniejsze pozostaje prawne ujęcie zaburzeń psychicznych, a więc znaczenie normatywne przypisane temu pojęciu przez ustawodawcę, to z uwagi na medyczną genezę ww. terminu nie można całkowicie pominąć znaczenia, jakie przypisują mu nauki medyczne. Należy bowiem pamiętać, że w praktyce rozpoznanie zaburzenia psychicznego opiera się na ocenie objawów ustalonych na podstawie anamnezy (wywiadu lekarskiego) oraz badania przedmiotowego, ewentualnie badań pomocniczych i przyporządkowaniu tych objawów do konkretnego rozpoznania, zawartego w obowiązującej klasyfikacji chorób – ICD-10/ICD-11/DSM-5 (diagnoza nozologiczna). Zadanie to pozostaje domeną lekarzy, którzy dokonują rozpoznań w różnych kontekstach sytuacyjnych (leczenie szpitalne, leczenie ambulatoryjne, prowadzenie medycznych czynności ratunkowych, opiniowanie sądowo-psychiatryczne itd.). Dopiero tak ustalone rozpoznanie „przenika” do poszczególnych procedur prawnych, w tym do postępowania karnego (pod postacią opinii biegłych czy dokumentacji medycznej), rodząc określone konsekwencje⁴².

Podjmując próbę uwspólnienia znaczenia analizowanego terminu w obu omówionych obszarach, trzeba przede wszystkim zauważyć, że każde zaburzenie psychiczne sklasyfikowane w ICD-10/ICD-11 czy DSM-5 (zaburzenie psychiczne w znaczeniu medycznym) może być

⁴² Dla przykładu, ustalenie, że świadek cierpi na zaburzenia psychiczne, może skutkować przesłuchaniem go w trybie art. 185e k.p.k.

jednocześnie – choć z pewnym uproszczeniem – uznane za chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe bądź inny rodzaj zakłóceń czynności psychicznych w rozumieniu art. 3 pkt 1 u.o.z.p. (zaburzenie psychiczne w znaczeniu prawnym). Przyjmując nieco inną optykę, można więc stwierdzić, że pomimo różnic terminologicznych, w tym nazbyt zawężonego charakteru definicji legalnej choroby psychicznej czy archaiczności pojęcia upośledzenia umysłowego, katalog zaburzeń psychicznych ujętych w ICD-10/11 (lub DSM-5) całkowicie pokrywa się z katalogiem tych zaburzeń ustalonym na podstawie art. 3 pkt 1 u.o.z.p. Nie istnieje bowiem zaburzenie psychiczne sklasyfikowane w ICD (DSM), którego nie dałoby się przypisać do jednej z trzech kategorii zaburzeń psychicznych wymienionych w art. 3 pkt 1 u.o.z.p. – i odwrotnie⁴³. Z logicznego punktu widzenia zbiory te są zatem równe.

Konkludując rozważania przeprowadzone w niniejszym podrozdziale, należy przyjąć, że uczestnik postępowania karnego z zaburzeniami psychicznymi to osoba, u której *ad casum* występują objawy pozwalające na rozpoznanie jednego lub kilku zaburzeń psychicznych sklasyfikowanych w ICD-10 (bądź odpowiednio ICD-11 czy DSM-5), stanowiących jednocześnie chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe bądź inny rodzaj zakłóceń czynności psychicznych w rozumieniu art. 3 pkt 1 u.o.z.p.

2.4. Zaburzenia psychiczne a terminy pokrewne

W niniejszym podrozdziale analizie zostaną poddane pojęcia pozostające w bliskim związku znaczeniowym lub funkcjonalnym z pojęciem zaburzeń psychicznych, niestanowiące jednocześnie jego elementów składowych, w rozumieniu art. 3 pkt 1 u.o.z.p. Celem rozważań jest ustalenie zakresu semantycznego wspomnianych terminów oraz określenie ich relacji do pojęcia głównego, odpowiednio w ujęciu przedmiotowym (zaburzenie psychiczne) i podmiotowym (osoba z zaburzeniem psychicznym).

⁴³ M. Burdzik, *Przesłuchanie świadka z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami rozwojowymi, zakłóceniami postrzegania lub odtwarzania postrzeżeń w procesie karnym, w trybie art. 185e k.p.k., Prok. i Pr. 2025/1 (w druku).*

2.4.1. Zespół psychopatologiczny

Jak wspomniano w podrozdziale 2.1. niniejszego rozdziału, rozpatrując zaburzenia psychiczne w ujęciu *stricte* nozologicznym, należy odnosić je do konkretnych jednostek chorobowych (konkretnych rozpoznań), znajdujących się w ICD-10/ICD-11 lub odpowiednio DSM-5. Niemniej w praktyce klinicznej, a co za tym idzie także w procesie opiniowania sądowo-psychiatrycznego nadal można spotkać rozpoznania odnoszące się do zespołu psychopatologicznego.

Zespół psychopatologiczny jest zbiorem powiązanych objawów, które tworzą względnie stały i samoistny byt kliniczny, a co za tym idzie dostarczają istotnych wskazówek diagnostycznych, prognostycznych i terapeutycznych⁴⁴. Posłużenie się konstrukcją zespołu psychopatologicznego pozwala na postawienie wstępnej hipotezy patogenetycznej oraz określenie kategorii diagnostycznej, do jakiej należy następczo przypisać występujące u danego pacjenta zaburzenie. Zespoły te określają zaburzenia psychiczne w sposób bardziej deskryptywny (opisowy)⁴⁵, zasadniczo w oparciu o symptomatologię tychże⁴⁶, nie odnosząc się przy tym do konkretnych rozpoznań w ramach przyjętego systemu klasyfikacji. Rozpoznanie odwołujące się do zespołu psychopatologicznego w pewnym sensie poprzedza rozpoznanie zaburzenia psychicznego w sensie nozologicznym⁴⁷. Z tego względu nazwy zespołów pochodzą

⁴⁴ P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 37; *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 310.

⁴⁵ *Psychiatria*, red. M. Jarema, Warszawa 2017, s. 69.

⁴⁶ Zespoły te mogą być także wyodrębniane na podstawie innej cechy, np. patogenety (endogenne, somatogenne, psychogenne) – zob. *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 375.

⁴⁷ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 310–311. Na przykład posłużenie się pojęciem zespołu depresyjnego pozwala klinicyście na posadowienie obserwowanych objawów w grupie zaburzeń depresyjnych i włączenie leczenia przeciwdepresyjnego, nawet jeśli na początku procesu leczenia lekarz nie jest w stanie określić (np. wobec braku dokumentacji medycznej), czy mowa o pierwszorazowym epizodzie depresji (F32x), zaburzeniach depresyjnych nawracających (F33x), czy zaburzeniach depresyjno-lękowych (F41.2).

od ich głównych objawów, np.: zespół urojeniowo-omamowy, zespół depresyjny czy zespół amnestyczny⁴⁸.

Warto też podkreślić, że zbiór podstawowych zespołów psychopatologicznych jest względnie stały i niemal konsensualnie przyjęty w doktrynie jako odzwierciedlenie podstawowych kierunków (wzorców) zaburzeń psychicznych. Zespoły psychopatologiczne uporządkowane według ustalonych reguł są następnie wykorzystywane do tworzenia jednolitych systemów klasyfikacyjnych⁴⁹.

Zespół psychopatologiczny niewątpliwie wyczerpuje definicję zaburzenia psychicznego zarówno w ujęciu medycznym, jak i w ujęciu prawnym, przy czym nie stanowi on konkretnego rozpoznania według obowiązujących klasyfikacji chorób.

2.4.2. *Person of unsound mind* (art. 5 EKPC)

Artykuł 5 EKPC statuuje prawo do wolności osobistej (ang. *right to liberty*), określając jednocześnie przypadki, w których dozwolone jest jego ograniczenie. Rozwiązanie przewidziane ust. 1 lit. e powyższej normy zezwala na zgodne z prawem pozbawienie wolności „osoby umyślowo chorej”. Termin ten ma charakter anachroniczny i nie koresponduje z bieżącymi standardami terminologii medycznej. Co istotne, w oryginalnej, angielskiej wersji Europejskiej Konwencji Praw Człowieka także nie posłużono się sformułowaniem „osoba z zaburzeniami psychicznymi” (*person with mental disorders*), ale wyrażeniem *person of unsound mind*⁵⁰, co dosłownie oznacza „osobę o niezdrowym umyśle”.

⁴⁸ Katalog podstawowych zespołów psychopatologicznych przedstawiają np. A. Bilikiewicz i in., zob.: A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, *Psychiatria. Repetytorium*, Warszawa 2003, s. 18–20.

⁴⁹ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 311.

⁵⁰ Art. 5 ust. 1 lit. e EKPC stanowi: „No one shall be deprived of his liberty save in the following cases and in accordance with a procedure prescribed by law: e) the lawful detention of persons of unsound mind, alcoholics or drug addicts or vagrants”.

W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wskazuje się, że osoba nie może zostać pozbawiona wolności jako osoba „umysłowo chora” (tj. jako *unsound mind*) na podstawie art. 5 ust. 1 lit. e EKPC, jeżeli nie zostały spełnione trzy minimalne warunki. Po pierwsze, należy wiarygodnie wykazać, iż jest ona umysłowo chora (tj. że istnieje „prawdziwe” zaburzenie psychiczne). Po drugie, zaburzenia psychiczne muszą być tego rodzaju lub stopnia, aby uzasadniać przymusowe odosobnienie. Po trzecie, ważność dalszego odosobnienia zależy od utrzymywania się tego zaburzenia. Są to tzw. kryteria Winterwerpa, które zostały określone przez ETPC sprawie *Winterwerp v. the Netherlands*⁵¹, a następnie podtrzymane w licznych orzeczeniach tego Trybunału⁵². Powyższe kryteria muszą być interpretowane wąsko. Ich wykładnia oraz egzegeza orzecznictwa ETPC pozwala stwierdzić, że pojęcie choroby umysłowej wykorzystane na gruncie art. 5 ust. 1 lit. e EKPC odnosi się do zaburzeń psychicznych *per se*, ale ma węższy zakres znaczeniowy. Zaburzenie psychiczne musi mieć bowiem odpowiedni „ciężar”, aby zostało uznane za „prawdziwe” w rozumieniu analizowanego przepisu. Oznacza to, że musi być ono na tyle poważne, by dana osoba wymagała leczenia w szpitalu lub innej właściwej jednostce⁵³. Mowa więc o sytuacjach, w których nasilenie i charakter objawów rodzą konieczność odosobnienia danej osoby z uwagi na potrzebę prowadzenia terapii, podaży leków lub innych form leczenia w celu wyleczenia (lub złagodzenia) jej stanu, a także gdy istnieje konieczność nadzoru i kontroli nad tą osobą, w celu zapobieżenia zachowaniom stwarzającym zagrożenie dla zdrowia bądź życia tej osoby lub innych osób⁵⁴. Ocena powyższych kryteriów powinna każdorazowo opierać się na obiektywnej wiedzy medycznej, tj. opinii

⁵¹ Wyrok ETPC z 24.10.1979 r., 6301/73, *Winterwerp v. Holandia*, LEX nr 80812.

⁵² Zob. np.: wyrok ETPC z 14.10.2021 r., 60157/15, *M.B. v. Polska*, LEX nr 3241381; wyrok ETPC z 20.02.2018 r., 3150/15, *X v. Rosja*, LEX nr 2444522; wyrok ETPC z 19.10.2017 r., 77850/12, *Nawrot v. Polska*, LEX nr 2376364; wyrok ETPC z 25.11.2014 r., 31199/12, *K.C. v. Polska*, LEX nr 1541295; wyrok ETPC z 16.10.2012 r., 45026/07, *Kędzior v. Polska*, LEX nr 1219725; wyrok ETPC z 17.01.2012 r., 36760/06, *Stanev v. Bułgaria*, LEX nr 1101582; czy wyrok ETPC z 19.04.2012 r., 2452/04, *M. v. Ukraine*, LEX nr 1147945.

⁵³ Wyrok ETPC z 14.10.2021 r., 60157/15, *M.B. v. Polska*.

⁵⁴ Wyrok ETPC z 26.06.2018 r., 691/15, *D.R. v. Litwa*, LEX nr 2506944.

biegłych⁵⁵ odnoszącej się do aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby, która ma zostać pozbawiona wolności⁵⁶.

Omawiany termin należy interpretować wąsko⁵⁷. Nie ma jednak podstaw do apriorycznego ograniczenia jego zakresu wyłącznie do zaburzeń psychotycznych. Oznacza to, że termin *person of unsound mind* nie pokrywa się w sposób całkowity z pojęciem osoby chorej psychicznie w rozumieniu art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.⁵⁸ Niemniej objęcie jego zakresem niektórych zaburzeń niepsychotycznych budzi wątpliwości. Dotyczy to zwłaszcza zaburzeń osobowości o charakterze dyssocjalnym⁵⁹.

W świetle powyższych rozważań należy przyjąć, że pojęcie *person of unsound mind* (art. 5 ust. 1 lit. e EKPC) pozostaje w stosunku podrzędności względem „osoby z zaburzeniami psychicznymi”. W zakresie semantycznym omawianego tu terminu mieszczą się jedynie te zaburzenia psychiczne, które są na tyle poważne, że rodzą konieczność odosobnienia pacjenta w celu jego leczenia lub nadzoru. Termin ma charakter nieostry. Ocena zaistnienia ww. okoliczności powinna być każdorazowo dokonywana *ad casum* przez biegłych i weryfikowana w trakcie całego okresu stosowania pozbawienia wolności na ww. podstawie.

Niezależnie od powyższych ustaleń oraz bogatego orzecnictwa ETPC należy podzielić pogląd, że konstrukcja literalna art. 5 ust. 1 lit. e EKPC

⁵⁵ Wyrok ETPC z 7.04.2022 r., 41023/19, Miklič v. Chorwacja, LEX nr 3330196. Jeżeli nie ma innej możliwości, na przykład z powodu odmowy stawienia się zainteresowanego na badanie, należy zwrócić się o dokonanie oceny przez biegłego lekarza na podstawie akt sprawy, w przeciwnym razie nie można utrzymywać, że spełnienie przesłanek z art. 5 ust. 1 lit. e EKPC zostało wykazane w sposób należyty – tak ETPC w wyroku z 21.06.2022 r., 10425/19, P.W. v. Austria, LEX nr 3355672.

⁵⁶ Ocena medyczna nie może być postrzegana jako wystarczające uzasadnienie dla pozbawienia wolności po upływie znacznego czasu od jej sporządzenia – wyrok ETPC z 21.12.2010 r., 13453/07, Witek v. Polska, LEX nr 672796.

⁵⁷ Jak słusznie zauważono w orzecnictwie ETPC, nie można pozwolić na aresztowanie danej osoby tylko dlatego, że jej poglądy lub zachowanie odbiegają od ustalonych norm – wyrok ETPC z 11.12.2008 r., 34449/03, Shulepova v. Rosja, LEX nr 468459.

⁵⁸ Chociaż taki wniosek może sugerować polskie tłumaczenie art. 5 Konwencji, w którym odwołano się do osoby „umysłowo chorej”.

⁵⁹ Zob. np. przywołany powyżej wyrok ETPC z 19.10.2017 r., 77850/12, Nawrot v. Polska.

oparta na pojęciu *unsound mind*, które nie ma swojego odpowiednika w żadnym z głównych systemów klasyfikacji chorób, może stwarzać pole do nadużyć, a co za tym idzie – do nieuzasadnionej ingerencji w prawo do wolności osobistej⁶⁰. *Ratio legis* art. 5 ust. 1 EKPC jest zaś zapewnienie, by nikt nie był pozbawiany wolności w sposób arbitralny, co odnosi się także do osób z zaburzeniami psychicznymi⁶¹.

2.4.3. Niepełnosprawność

Nie ulega wątpliwości, że zaburzenia psychiczne mogą prowadzić do niepełnosprawności osoby nimi obciążonej⁶².

Pojęcia niepełnosprawności i osoby niepełnosprawnej występują zarówno w przepisach krajowych, jak i międzynarodowych. W ramach tych pierwszych zasadnicze znaczenie ma ustawa z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁶³. W zakresie aktów prawa międzynarodowego należy przede wszystkim zwrócić uwagę na Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 13.12.2006 r.⁶⁴

Na gruncie krajowym formalna definicja osoby niepełnosprawnej może być zrekonstruowana na podstawie art. 1 u.r.z.s.o.n. Zgodnie z tym

⁶⁰ Tak np.: M. Szwed, *The notion of 'a person of unsound mind' under Article 5 § 1(e) of the European Convention on Human Rights*, „Netherlands Quarterly of Human Rights” 2020/XX(X), s. 2; M. Burdzik, *Who is 'the person of unsound mind'? The problem of terminological incompatibility in law and medical sciences in the context of the proper legal protection of people with mental disorders subjected to penal coercive measures*, „European Psychiatry” 2023/66(S1), s. 166.

⁶¹ Wyrok ETPC z 27.11.2003 r., 45355/99, *Shamsa v. Polska*, LEX nr 404331; wyrok ETPC z 30.11.2010 r., 19789/08, *Jończyk v. Polska*, LEX nr 621390 czy wyrok ETPC z 5.04.2005 r., 54825/00, *Nevmerzhitsky v. Ukraina*, LEX nr 150027.

⁶² Warto wskazać, że od 2020 r. depresja jest drugą najczęstszą przyczyną niepełnosprawności na świecie - P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria. Rozpoznania według ICD-11*, t. 1, Wrocław 2023, s. 258.

⁶³ Dz.U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.

⁶⁴ Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 13.12.2006 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169 ze sprost.).

przepisem za osobę niepełnosprawną uznaje się osobę, której niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem o niepełnosprawności, orzeczeniem o niepełnosprawności wydanym przed ukończeniem 16. roku życia lub orzeczeniem o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy.

Definicja legalna niepełnosprawności *per se* została z kolei zawarta w art. 2 pkt 10 u.r.z.s.o.n. Zgodnie z jego treścią niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Immamentnym elementem pojęcia niepełnosprawności jest więc niezdolność jednostki do wypełniania ról społecznych, która może mieć charakter trwały lub okresowy. Przyczyną owej niezdolności jest zaś stałe lub długotrwałe naruszenie sprawności organizmu. Skoro *lege non distinguente*, to przyjąć należy, że mowa tu o naruszeniu zarówno sprawności fizycznej, jak i sprawności psychicznej. W tym drugim przypadku przyczyną niepełnosprawności mogą być zaburzenia psychiczne. Należy też zaznaczyć, że w art. 2 pkt 10 u.r.z.s.o.n. jest mowa o dysfunkcjach psychosomatycznych, które mają charakter stały lub długotrwały. Pojęcie długotrwałości jest nieostre i wymaga oceny *ad casum*. Niemniej wnioskowanie *a contrario* pozwala wyłączyć z zakresu tej normy wszelkie zaburzenia o charakterze krótkotrwałym (przejściowym, szybko przemijającym)⁶⁵.

Treść przywołanych powyżej przepisów prowadzi do wniosku, że dla uznania danej osoby za niepełnosprawną w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych konieczne jest kumulatywne spełnienie trzech przesłanek, tj.:

- 1) zaistnienie niepełnosprawności w sensie faktycznym (tj. wystąpienie długotrwałego naruszenia sprawności organizmu skutkującego niezdolnością do wypełniania ról społecznych),
- 2) stwierdzenie tego stanu przez odpowiednie organy,

⁶⁵ Tym samym ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne nie wywołują stanu niepełnosprawności w rozumieniu omawianej ustawy właśnie z uwagi na ich krótkotrwały i przemijający charakter.

3) wydanie jednego z orzeczeń, o których mowa w art. 1 u.r.z.s.o.n.⁶⁶

W odniesieniu do przepisów krajowych warto także zwrócić uwagę na Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych, przyjętą uchwałą Sejmu RP z 1.08.1997 r.⁶⁷ Zgodnie z § 1 Karty za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych. Również w tym przypadku zasadniczym elementem pojęcia niepełnosprawności jest utrudnienie funkcjonowania jednostki w różnych obszarach życia. W odróżnieniu od definicji niepełnosprawności zawartej w art. 2 pkt 10 u.r.z.s.o.n. w Karcie odwołano się *explicite* do sprawności psychicznej i umysłowej, wskazując je jako przyczyny niepełnosprawności.

W zakresie prawa międzynarodowego najistotniejsze znaczenie ma Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Niniejszy akt nie zawiera definicji „niepełnosprawności”. Definiuje natomiast pojęcie osoby niepełnosprawnej. Zgodnie z art. 1 Konwencji do osób niepełnosprawnych zalicza się osoby o długotrwale naruszonej sprawności fizycznej, umysłowej, intelektualnej lub w zakresie zmysłów, która w oddziaływaniu z różnymi barierami może utrudniać im pełny i skuteczny udział z życiu społecznym na zasadzie równości z innymi osobami.

Treść powyższej definicji legalnej pozwala na wyodrębnienie dwóch warunków, których kumulatywne spełnienie pozwala na uznanie danej osoby za niepełnosprawną.

Po pierwsze, konieczne jest wystąpienie długotrwałego naruszenia sprawności⁶⁸ jednostki w jednym (lub kilku) z wymienionych obszarów. Również w tym przypadku mowa o dysfunkcjach psychosomatycznych mających charakter długotrwały. Podobnie jak w przypadku Karty Praw

⁶⁶ M. Gięda, *Pojęcie niepełnosprawności [w:] Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, red. M. Gięda, R. Raszevska-Skałeczka, Wrocław 2015, s. 29.

⁶⁷ M.P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475.

⁶⁸ W angielskiej wersji Konwencji posłużono się terminem *impairment*, tj. „osłabienie, upośledzenie, zaburzenie”.

Osób Niepełnosprawnych, także w tym akcie odwołano się *explicite* do naruszenia sprawności intelektualnej i umysłowej (ang. *mental or intellectual impairments*).

Po drugie, owa dysfunkcja musi stwarzać ryzyko utrudnień w pełnym i skutecznym społecznym funkcjonowaniu jednostki na równi z innymi osobami. Punktem odniesienia są inne osoby, tj. osoby nieprezentujące zaburzeń w zakresie sprawności fizycznej, umysłowej, intelektualnej czy sensorycznej. Wydaje się, że dla spełnienia tego warunku wystarczająca jest możliwość spowodowania utrudnień w funkcjonowaniu jednostki, niezależnie od tego, czy utrudnienia te rzeczywiście wystąpią.

Podsumowując tę część rozważań, należy wskazać, że zaburzenia psychiczne mogą być przyczyną niepełnosprawności zarówno w rozumieniu przepisów Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych⁶⁹, jak i przepisów krajowych. Osoba z zaburzeniami psychicznymi może zostać uznana za osobę niepełnosprawną, jeśli zaburzenia psychiczne mają charakter długotrwały⁷⁰ i stwarzają ryzyko utrudnień w społecznym funkcjonowaniu jednostki. Dotyczy to również zaburzeń o mniej transparentnym, ale chronicznym przebiegu (np. zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych)⁷¹. Należy jednak pamiętać o kryterium formalnym wynikającym z art. 1 u.r.z.s.o.n. (wymóg potwierdzenia niepełnosprawności orzeczeniem właściwego organu). *De lege lata* osoba faktycznie niepełnosprawna nie będzie uznana za osobę niepełnosprawną w rozumieniu przepisów krajowych, jeśli jednocześnie nie będzie posiadała orzeczenia właściwego organu (*arg. a contrario ex art. 1 u.r.z.s.o.n.*). Ten ostatni wymóg nie wynika natomiast z przepisów Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

⁶⁹ M. Burdzik, *Prawa...*, s. 564.

⁷⁰ Tym samym, podobnie jak w przypadku regulacji krajowych, np. ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne nie wywołają stanu niepełnosprawności w rozumieniu omawianej Konwencji z uwagi na ich krótkotrwały i przemijający charakter.

⁷¹ Szerzej zob. M. Żerdziński, M. Burdzik, R. Żmuda i in., *Sense of happiness and other aspects of quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder*, „Frontiers in Psychiatry” 2022/13:1077337.

Jeśli zaburzenie psychiczne (np. z uwagi na swój łagodny przebieg) nie spowoduje długotrwałych utrudnień w społecznym funkcjonowaniu jednostki, to osoba nim obarczona nie zostanie uznana za osobę niepełnosprawną. Przyczyną niepełnosprawności mogą być zresztą również dysfunkcje somatyczne. Pojęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi i osoby niepełnosprawnej pozostają zatem w stosunku krzyżowania się.

Odrębną kwestią jest pojęcie osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Jak wskazano we wcześniejszych fragmentach, termin ten jest obecnie powszechnie stosowany w naukach medycznych jako określenie osoby upośledzonej umysłowo. Owa zmiana terminologiczna nie została dotychczas wprowadzona do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego czy innych relewantnych aktów prawnych. Uwzględniając bieżące standardy wiedzy medycznej, należy przyjąć, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną to osoba z zaburzeniami psychicznymi (art. 3 pkt 1 lit. b u.o.z.p.)⁷², która, niejako *ipso facto*, może zostać uznana za osobę niepełnosprawną w rozumieniu Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, o ile upośledzenie prowadzi do trwałej dysfunkcji w społecznym funkcjonowaniu jednostki. Natomiast dla uznania takiej osoby za niepełnosprawną w świetle przepisów krajowych konieczne jest jeszcze spełnienie wymogu formalnego, w postaci uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej (bądź częściowej) niezdolności do pracy (*arg. ex art. 1 u.r.z.s.o.n.*).

Dla zachowania kompletności prowadzonej analizy na końcu tej części rozważań warto także odnieść się do kwestii zasadności stosowania terminu „osoba z niepełnosprawnością” (lub niepełnosprawnościami) w opozycji do terminu „osoba niepełnosprawna”. W literaturze słusznie wskazuje się, że to ostatnie sformułowanie opisuje osobę przez pryzmat wyłącznie jednej cechy – niepełnosprawności, pomijając inne aspekty jej (nierzadko prawidłowego) funkcjonowania. Określenie to ma więc charakter stygmatyzujący, gdyż „zamyka osobę w jej niepełnosprawności”⁷³.

⁷² W sensie logicznym pojęcie zaburzeń psychicznych pozostaje w stosunku nadrzędności do pojęcia niepełnosprawności intelektualnej.

⁷³ Tak np. D. Galasiński, *Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania” 2013/4(9), s. 5.

Wszechstronne ujęcie jednostki skłania raczej do korzystania z pojęcia osoby z niepełnosprawnością (niepełnosprawnościami). Pogląd ten należy co do istoty podzielić jako postulat *de lege ferenda*, gdyż w obecnym stanie prawnym polski ustawodawca operuje pojęciem osoby niepełnosprawnej, w ustalonym powyżej znaczeniu legalnym⁷⁴.

2.4.4. Niepoczytalność

Zagadnieniem, które pozostaje w ścisłym związku z problematyką zaburzeń psychicznych, jest niepoczytalność odnosząca się do sprawcy czynu zabronionego. Niepoczytalność jest stanem, w którym sprawca *in tempore criminis* jest niezdolny do rozpoznania znaczenia swojego czynu lub pokierowania własnym postępowaniem. Z perspektywy prawa karnego materialnego niepoczytalność jest okolicznością wyłączającą winę. Niemożność przypisania winy w czasie czynu wyłącza zaś byt przestępstwa (art. 1 § 3 k.k.), sprawiając, że sprawca nie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

Kompleksowa analiza niepoczytalności jako instytucji prawa karnego oraz jej procesowych implikacji została przeprowadzona w rozdziale poświęconym zdolności procesowej oskarżonego (podrozdział 5 rozdziału IV). Rozważania prowadzone w tym miejscu ograniczają się do kwestii terminologicznych.

Normatywnym źródłem omawianej instytucji jest art. 31 k.k. Chociaż ustawodawca nie posługuje się tam wprost terminem „niepoczytalność”, to wstępuje on *explicite* w innych przepisach ustawy karnej, które

⁷⁴ W tym kontekście warto jednak zauważyć, że chociaż w polskim, oficjalnym tłumaczeniu mowa jest o „Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych” (zob.: <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2012/pozycja/1169>; dostęp: 13.09.2024 r.), to oryginalna, angielska wersja tego aktu nosi nazwę *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (zob.: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html#Fulltext>; dostęp: 13.09.2024 r.), co również przemawia za postulowaną zmianą terminologiczną.

odsyłają bezpośrednio do art. 31 k.k. (zob. np. art. 99 § 1 k.k.)⁷⁵. Niepoczytalność jest więc pojęciem należącym do języka prawnego, które stosowane jest również w języku prawniczym, chociaż u jej podstaw leżą okoliczności natury *stricte* medycznej związane z zaburzeniami stanu psychicznego sprawcy.

Przyczyną niepoczytalności mogą być wszystkie kategorie zaburzeń psychicznych w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj. choroby psychiczne, upośledzenie umysłowe oraz inne zakłócenia czynności psychicznych. Należy jednak zauważyć, że zawartość treściowa art. 31 § 1 k.k. nie pokrywa się w sposób całkowity z katalogiem wynikającym z art. 3 pkt 1 u.o.z.p. Różnice dotyczą trzeciej kategorii zaburzeń psychicznych wymienionych w art. 3 pkt 1 u.o.z.p., tj. innych zakłóceń czynności psychicznych. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego do zaburzeń psychicznych zalicza się wyłącznie te zakłócenia, które wywołują potrzebę uzyskania świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy bądź opieki dla osoby nimi obciążonej (art. 3 pkt 1 lit. c. u.o.z.p.). W ustawie karnej brak jest tego ostatniego warunku. Różnice wynikają z odmiennych funkcji obu przywołanych przepisów. Sposób sformułowania art. 31 § 1 k.k. pozwala na uwzględnienie przy ocenie stanu poczytalności sprawcy także takich zakłóceń czynności psychicznych, które chociaż nie wywołują potrzeby udzielania świadczeń, opieki czy innych form pomocy, to wpływają na zniesienie poczytalności sprawcy *in tempore criminis*⁷⁶. Zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że zakłócenia te nie muszą mieć podłoża patologicznego i mogą wynikać na przykład z silnego wzburzenia emocjonalnego⁷⁷, okresu dojrzewania płciowego czy menstruacji⁷⁸.

⁷⁵ Warto zaznaczyć, że w stanie prawnym obowiązującym do 30.06.2015 r. ustawodawca odnosił się też wprost do poczytalności oskarżonego w art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k. Przepis ten w ówczesnym brzmieniu stanowił, że: „W postępowaniu karnym oskarżony musi mieć obrońcę, jeżeli zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności”.

⁷⁶ M. Burdzik, *Prawa...*, s. 556.

⁷⁷ L.K. Paprzycki, *Udział biegłego psychologa w polskim procesie karnym*, „Palestra” 1998/11–12, s. 59; wyrok SA w Krakowie z 7.09.2005 r., II AKa 117/05, LEX nr 164404.

⁷⁸ J. Heitzman, I. Markiewicz, *Niepoczytalność – doktryna, praktyka, skuteczność, alternatywa*, „Psychiatria po Dyplomie” 2012/3(9), s. 49.

Przyczyną niepoczytalności nie mogą być zakłócenia czynności psychicznych wywołane nadużyciem alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych (art. 31 § 3 k.k.). Bez znaczenia pozostaje tu ilość spożytego alkoholu (lub odpowiednio substancji psychoaktywnej), ich rodzaj czy ostateczny stopień nietrzeźwości (odurzenia)⁷⁹, pod warunkiem, że osoba ta wprowadziła się w stan nietrzeźwości (odurzenia) dobrowolnie, umyślnie⁸⁰ i samodzielnie, przewidując (lub przynajmniej mogąc przewidzieć) skutki swojego zachowania⁸¹. Przyjmuje się przy tym, że wiedza o działaniu alkoholu i substancji psychoaktywnych jest powszechnie dostępna⁸².

Konkludując tę część rozważań, należy przyjąć, że pojemność semantyczna katalogu zawartego w art. 31 § 1 k.k. jest szersza niż art. 3 pkt 1 u.o.z.p., w tym sensie, że przyczyną niepoczytalności w rozumieniu ustawy karnej mogą być wszystkie zaburzenia psychiczne, o których mowa w art. 3 pkt 1 u.o.z.p., a dodatkowo inne zakłócenia czynności psychicznych niestanowiące zaburzeń psychicznych w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (w tym niemające podłoża patologicznego), które wywołały stan niepoczytalności sprawcy *in tempore criminis*, z wyłączeniem zaburzeń spowodowanych świadomym spożyciem alkoholu czy zastosowaniem innych substancji psychoaktywnych.

2.4.5. Ubezważnowolnienie

Zgodnie z art. 13 § 1 k.c. osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Te same przyczyny mogą być podstawą do ubezwłasnowolnienia częściowego, jeśli nasilenie zaburzeń nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, a zaburzenia te powodują, że osoba potrzebuje pomocy w prowadzeniu własnych spraw (art. 16 § 1 k.c.).

⁷⁹ Stan upojenia alkoholowego (odurzenia) w wymiarze prawnokarnym nie poddaje się gradacji – P. Gałęcki, K. Eichstaedt, *Psychiatria sądowa*, Warszawa 2022, s. 182.

⁸⁰ To jest mając zamiar wprowadzenia się w stan nietrzeźwości (odurzenia).

⁸¹ K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Depko, *Metodyka...*, s. 198.

⁸² P. Gałęcki, K. Eichstaedt, *Psychiatria sądowa*, s. 182.

W przywołanych przepisach odwołano się zatem do wszystkich trzech kategorii zaburzeń psychicznych w ujęciu prawnym. Mimo różnic terminologicznych oraz archaiczności terminów użytych w art. 13 czy 16 k.c., należy uznać, że pojęcia te odpowiadają znaczeniem i zakresem semantycznym pojęciom użytym na gruncie art. 3 pkt 1 u.o.z.p.⁸³ Niezależnie od powyższego stwierdzenia brak precyzji terminologicznej⁸⁴ jest tu zjawiskiem szczególnie niepożądanym. Orzeczenie ubezwłasnowolnienia niesie za sobą doniosłe skutki prawne, w postaci utraty (bądź odpowiednio ograniczenia) zdolności do czynności prawnych (art. 12, 15 k.c.). Należałoby zatem oczekiwać, że ustawodawca określi podstawy stosowania tej instytucji w sposób korespondujący z bieżącymi standardami wiedzy medycznej.

Samo wystąpienie któregośkolwiek z zaburzeń psychicznych nie jest przesłanką wystarczającą do orzeczenia ubezwłasnowolnienia niejako *ipso facto*. Zaburzenia te muszą bowiem skutkować niemożnością kierowania swoim postępowaniem lub powodować znaczne ograniczenia w tym zakresie⁸⁵. Oznacza to, że nie każda osoba z zaburzeniami psychicznymi staje się osobą ubezwłasnowolnioną. Jednocześnie treść art. 13 k.c. i odpowiednio art. 16 k.c. wyklucza przyjęcie, że istnieją inne niż zaburzenia psychiczne podstawy do orzeczenia ubezwłasnowolnienia. Z logicznego punktu widzenia pojęcie osoby ubezwłasnowolnionej ma więc charakter podrzędny względem pojęcia osoby z zaburzeniem psychicznym.

⁸³ Zarówno w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, jak i w Kodeksie cywilnym wykorzystano pojęcie choroby psychicznej. Niedorozwój umysłowy, o którym mowa w Kodeksie cywilnym, to dawne określenie „upośledzenie umysłowe” (aktualnie – „niepełnosprawność intelektualna”). Wykładnia celowościowa art. 13 § 1 i art. 16 § 1 k.c. prowadzi zaś do wniosku, że „inny rodzaj zaburzeń psychicznych”, o którym mowa w tych przepisach, pokrywa się z pojęciem „innych zakłóceń czynności psychicznych, które zgodnie z obecnym stanem wiedzy zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a które wywołują konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych opieki bądź innych form pomocy” (art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p.). Chociaż ten ostatni element nie został wyrażony *explicite* w art. 13 i 16 k.c., to jest on oczywisty wobec *ratio legis* instytucji ubezwłasnowolnienia, która jest formą pomocy i opieki nad osobami ubezwłasnowolnionymi.

⁸⁴ W art. 13 czy 16 k.c. odniesiono się *verba legis* do narkomanii i pijaństwa, nie zaś do zaburzeń psychicznych w przebiegu uzależnienia od alkoholu czy substancji psychoaktywnych.

⁸⁵ M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, komentarz do art. 13 k.c. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, Warszawa 2022, LEX.

Odnosząc się do rozważań prowadzonych w poprzednim podrozdziale, warto też zaznaczyć, że nawet całkowite ubezwłasnowolnienie nie przesądza *ex definitione* o braku czy choćby o znacznym ograniczeniu poczytalności sprawcy czynu zabronionego. Fakt ubezwłasnowolnienia wskazuje jedynie na uzasadnione wątpliwości w tym względzie i potrzebę ich rozstrzygnięcia w postępowaniu karnym przy pomocy opinii biegłych lekarzy psychiatrów⁸⁶.

Dla porządku zaznaczyć też należy, że w Polsce trwają prace nad likwidacją instytucji ubezwłasnowolnienia i zastąpienia jej modelem wspieranego podejmowania decyzji. Model ten ma zapewnić możliwość decydowania we własnych sprawach każdej osobie w zakresie, na jaki pozwala jej rozeznanie i świadomość dokonywanych czynności prawnych. Prace prowadzone w tym zakresie znajdują się obecnie na etapie koncepcyjno-analitycznym⁸⁷. Brak chociażby projektu ustawy nowelizującej uniemożliwia pełniejsze odniesienie się do ww. kwestii. Niezależnie od powyższego należy pozytywnie ocenić generalny kierunek zmian, w którym zamierza podążać polski ustawodawca. Wsparcie jednostki w procesie decyzyjnym, a co za tym idzie w wypełnianiu przysługujących jej uprawnień, w miejsce ograniczenia bądź pozbawienia jej zdolności do czynności prawnych, koresponduje ze standardami wyznaczanymi Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych. Zapowiadane rozwiązania odpowiadają tym samym podejściu do niepełnosprawności opartemu na tzw. modelu praw człowieka (ang. *Human Rights Model of Disability, Human rights approach*). Model ten koncentruje się na zapewnieniu osobom z niepełnosprawnościami praw na równi z innymi osobami, w przeciwieństwie do modelu medycznego, który postrzega niepełnosprawność przez pryzmat ograniczeń fizycznych lub psychicznych jednostki⁸⁸.

⁸⁶ Zob. np.: wyrok SA w Katowicach z 20.12.2018 r., II AKa 513/18, LEX nr 2772905; wyrok SN z 25.02.2009 r., II KK 316/08, OSNwSK 2009/1, poz. 285.

⁸⁷ Stan według komunikatu Ministerstwa Sprawiedliwości na dzień złożenia monografii do druku, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/model-wspieranego-podejmowania-decyzji> (dostęp: 18.09.2024 r.).

⁸⁸ R. Lombard-Vance et al., *Applying the 'Human Rights Model of Disability' to Informed Consent: Experiences and Reflections from the SHAPES Project*, „Disabilities” 2023/3, s. 29.

Rozdział II

SYMPTOMATOLOGIA I KLASYFIKACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

1. Uwagi ogólne

Celem niniejszego rozdziału jest analiza zaburzeń psychicznych w ujęciu symptomatologicznym (tj. objawowym), a w zakresie niezbędnym (uzupełniającym) także w ujęciu nozologicznym.

Jak wspomniano we wstępnej części opracowania, dla oceny wpływu zaburzeń psychicznych na pozycję prawną uczestnika procesu najistotniejsze znaczenie ma kliniczna manifestacja danego zaburzenia, czyli zbiór objawów prezentowanych przez jednostkę *in tempore procedendi* (a w niektórych przypadkach także *in tempore criminis*). Bezpośrednie implikacje procesowe są bowiem następstwem tych ostatnich¹. Ujęcie nozologiczne ma z kolei istotny walor porządkujący i pozwala na zachowanie spójności rozważań prawnych z terminologią medyczną wykorzystywaną w obrębie poszczególnych klas diagnostycznych przewidzianych w ICD-10, ICD-11 czy DSM-5.

¹ Na przykład obniżenie nastroju może prowadzić do postaw rezygnacyjnych, które w płaszczyźnie postępowania karnego wiązać się będą z mniejszą aktywnością procesową (przekonanie o nieskuteczności podejmowanych działań), a w skrajnych przypadkach – z całkowitym jej zaniechaniem.

W pierwszej części tego rozdziału zostały zatem omówione objawy psychopatologiczne, które mogą mieć potencjalny wpływ na pozycję prawną uczestnika procesu karnego, natomiast w drugiej – główne rodzaje zaburzeń psychicznych, wyodrębnione w obowiązujących klasyfikacjach chorób. Rozważania te prowadzone są na poziomie szczegółowości wynikającym z zasadniczego przedmiotu publikacji, z pominięciem kwestii irrelevantnych dla badanej materii.

2. Symptomatologia zaburzeń psychicznych

2.1. Zagadnienia wstępne

Każde zaburzenie psychiczne charakteryzuje się określonym obrazem klinicznym, który wynika z całokształtu prezentowanych objawów oraz ich właściwości (nasilenia, funkcji itd.). Objaw psychopatologiczny to najmniej złożone (podstawowe) zaburzenie konkretnej funkcji psychicznej o istotnym znaczeniu klinicznym. Objawy wyodrębniane są z całego zbioru różnorodnych i zauważalnych fenomenów psychiatrycznych jako te, które mają wyróżniające się znacznie kliniczne². W języku powszechnym objaw jest „znaką danego zjawiska”³. W tym kontekście z pewnym uproszczeniem można przyjąć, że objaw jest oznaką zaburzenia psychicznego⁴ (czy też jego psychopatologiczną manifestacją). Ten sam objaw może przy tym występować w różnych zaburzeniach psychicznych. Opisanie objawów psychopatologicznych w ujęciu ogólnym (tj. bez przypisywania ich do konkretnych jednostek chorobowych) zajmuje się psychopatologia ogólna.

Każdy objaw cechuje się określonym nasileniem, funkcją oraz wartością diagnostyczną. Ta ostatnia cecha odnosi się do użyteczności danego objawu dla postawienia rozpoznania klinicznego (rozpoznania danej

² *Psychiatria*, t. 2, *Psychiatria kliniczna*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2011, s. 3.

³ Za: *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/objaw;2491517.html> (dostęp: 13.09.2024 r.).

⁴ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenan, *Psychopatologia*, przekł. pod red. H. Sęk, Poznań 2003 [wyd. oryg. Nowy Jork 1984], hasło „objaw”, s. 756.

choroby). W tym aspekcie można wyróżnić objawy patognomoniczne⁵, typowe (charakterystyczne)⁶ oraz atypowe (niecharakterystyczne). Wartość diagnostyczna ma zatem istotne znaczenie przede wszystkim z klinicznego punktu widzenia (a pośrednio także z punktu widzenia opiniowania sądowo-psychiatrycznego, które bazuje na rozpoznaniach klinicznych). Cecha ta nie determinuje natomiast w sposób bezpośredni implikacji karnoprosesowych danego objawu⁷.

Tradycyjnie wyróżnia się dwie funkcje objawu – indywidualną oraz społeczną. Pierwsza określa konsekwencje objawu dla jednostki, która go prezentuje. Druga odnosi się do skutków interpersonalnych, tj. do tego, jak objaw wpływa na zachowania i postawy otoczenia⁸. Dla przykładu, obniżenie napędu psychomotorycznego w wymiarze indywidualnym będzie wiązało się ze zmniejszoną motywacją do podejmowania określonych działań procesowych, nawet jeśli te byłyby w danej sytuacji korzystne dla realizacji interesu prawnego jednostki. Z kolei w ujęciu społecznym zachowania te mogą być interpretowane jako całkowicie zamierzony brak zaangażowania w bieg procesu. Kompleksowe ujęcie problemu badawczego wymaga uwzględnienia obu ww. funkcji.

W ogólnym ujęciu nasilenie to parametr określający intensywność danego objawu. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku zaburzeń psychicznych brak jest narzędzi pozwalających na ocenę nasilenia ich poszczególnych objawów w sposób bezwzględny⁹. Z tego powodu stosuje się różne metody pośrednie (względne), w których nasilenie objawu wią-

⁵ Objaw, którego stwierdzenie u pacjenta często wystarcza do rozpoznania danej choroby w sposób jednoznaczny. Najczęściej za taki objaw można uważać tylko objaw wysoce swoisty, tj. taki, który występuje wyłącznie w jednej chorobie. Przykładem są tzw. plamki Koplika występujące w przypadku zachorowania na odrę.

⁶ Objaw, który jest charakterystyczny dla danej jednostki chorobowej, niemniej nie ma wartości patognomonicznej (na ten temat zob. przypis powyżej).

⁷ To, czy dany objaw wpływa na zdolność do realizacji uprawnień i obowiązków procesowych przez uczestnika postępowania, nie wynika z tego, czy w znaczeniu klinicznym przypisuje się mu wartość wskaźnikową.

⁸ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 310.

⁹ Nie da się „zmierzyć” poziomu przyspieszenia toku myślenia czy „ilości urojeń” w taki sam sposób, jak mierzy się częstotliwość akcji serca czy ilość białych krwinek w mm³ krwi.

że się na przykład ze stałością (lub epizodycznością) jego występowania, subiektywnym poczuciem nasilenia, oceną badającego¹⁰ czy wpływem objawu na ogólny sposób funkcjonowania jednostki. To ostatnie ujęcie ma największe znaczenie z punktu widzenia przedmiotu niniejszych rozważań. Dla oceny implikacji karnoprocesowych najistotniejsze pozostaje bowiem to, czy dany objaw wpływa na ogólne funkcjonowanie jednostki w sposób rzutujący na płaszczyznę postępowania, w którym podmiot ten uczestniczy. Na przykład nieznaczne przyspieszenie toku myślenia może pozostać niezauważone i w żaden istotny sposób nie wpływać na zdolność do realizacji uprawnień czy obowiązków procesowych. Podczas gdy znaczne przyspieszenie toku myślenia (gonitwa myśli) będzie skutkowało ograniczeniem produktywności procesu myślowego i wypowiedzi uczestnika procesu, upośledzając jego zdolność do egzekwowania posiadanego interesu prawnego.

Powyższe spostrzeżenia prowadzą do oczywistej w swej istocie konstatacji, że relewantne znaczenie mają tylko te objawy, które z uwagi na swoje nasilenie wpływają negatywnie na sposób funkcjonowania jednostki w płaszczyźnie konkretnego postępowania karnego. W takim ujęciu nasilenie objawu koresponduje z jego funkcją indywidualną, a pośrednio również społeczną. Nie jest przy tym możliwe abstrakcyjne określenie wartości granicznej poziomu nasilenia objawu, po przekroczeniu której konkretny objaw będzie wpływał na pozycję procesową uczestnika, a poniżej której będzie tego wpływu pozbawiony. Wynika to między innymi ze wspomnianej już niemożności skalowania nasilenia objawów psychopatologicznych w jednostkach bezwzględnych oraz osobniczej zmienności w tym zakresie (różna podatność, zdolności adaptacyjne itd.).

Ocena wpływu zaburzeń psychicznych na pozycję procesową uczestnika postępowania wymaga zatem przyjęcia, że przedmiotowym wzorcem

¹⁰ Opartą na subiektywnym wrażeniu lub dostępnych parametryzowanych skalach (np. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale służy do oceny nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych, a Young Mania Rating Scale do oceny nasilenia objawów maniakalnych). Skale pozwalają również na ocenę nasilenia objawów wyłącznie w sposób pośredni, poprzez zaliczenie ich do określonej kategorii (np. ciężkie, umiarkowane), zależnie od uzyskanej liczby punktów.

kontroli są poszczególne objawy zaburzeń psychicznych, przy uwzględnieniu, że ich funkcje indywidualne i społeczne jako zależne od nasilenia objawów prezentowanych *in tempore procedendi* mogą być bardziej lub mniej wyrażone *ad casum*.

Chociaż mnogość czynników determinujących każdorazowy stan psychiczny uczestnika postępowania utrudnia formułowanie spostrzeżeń o charakterze generalnym, to posłużenie się analizą modelową opartą na ww. wzorcu kontroli pozwala na wykazanie dostrzeżonych w tym zakresie zależności, które jako swoiste punkty odniesienia mogą być następnie wykorzystywane *ad casum*, z zastrzeżeniem konieczności ich relatywizowania.

Podstawowy podział objawów psychopatologicznych odnosi się do funkcji psychicznych, których one dotyczą. W pewnym uproszczeniu funkcjonowanie człowieka można zaś ujmować w trzech podstawowych wymiarach:

- 1) poznawczym (percepcja i rozumienie otaczającej rzeczywistości),
- 2) emocjonalno-motywacyjnym (procesy dynamizujące i ukierunkowujące zachowania jednostki),
- 3) wykonawczym (zdolność do przeprowadzania wolicjonalnych działań)¹¹.

Powyższe wymiary (a w zasadzie czynności psychiczne w nich zachodzące) składają się z kolei na bardziej złożone konstrukty, tj.: świadomość, inteligencję oraz osobowość jednostki. Odnosząc się do powyższego podziału, można wyróżnić:

- 1) zaburzenia czynności poznawczych,
- 2) zaburzenia czynności emocjonalno-motywacyjnych,
- 3) zaburzenia czynności wykonawczych,
- 4) zaburzenia czynności scalania ww. obszarów (zaburzenia świadomości, zaburzenia orientacji, zaburzenia sprawności intelektualnej oraz zaburzenia osobowości)¹².

¹¹ *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 35; *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 316.

¹² *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 357.

Podział ten nie ma charakteru rozłącznego, gdyż niektóre objawy wykazują się jednoznacznej kategoryzacji¹³. Dla zachowania porządku i przejrzystości rozważań zaburzeniom poszczególnych obszarów zostaną poświęcone odrębne podrozdziały.

2.2. Zaburzenia czynności poznawczych

Czynności poznawcze to czynności, które pozwalają człowiekowi na rozpoznawanie środowiska zewnętrznego i wewnętrznego (uwaga, spostrzeganie), utrwalanie informacji w ww. zakresie (pamięć) oraz operowanie tym materiałem, poprzez spójny i względnie trwałe system wiedzy o świecie (myślenie i język), który umożliwia reagowanie na zmieniającą się sytuację lub podejmowanie działań ukierunkowanych na zmianę rzeczywistości zgodnie z potrzebami jednostki¹⁴. Do najważniejszych zaburzeń czynności poznawczych zalicza się: zaburzenia uwagi, zaburzenia spostrzegania, zaburzenia pamięci oraz zaburzenia myślenia.

2.2.1. Zaburzenia uwagi

Uwaga to mechanizm selekcji informacji dopływających ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Proces ten pozwala na ograniczenie nadmiaru informacji na wszystkich etapach ich przetwarzania, a tym samym na ukierunkowanie i utrzymywanie procesów poznawczych na określonym bodźcu. Zaburzenia uwagi są dość powszechne, ale mało swoiste. Opisuje się je zazwyczaj w relacji do konkretnych cech (funkcji) uwagi, tj.: koncentracji (selektywności), trwałości, przerzutności, podzielności czy zakresu¹⁵. Każdy z tych obszarów może pozostawać zaburzony. Niewątpliwie zaburzenia uwagi mogą utrudniać uczestni-

¹³ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 338.

¹⁴ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 316.

¹⁵ Koncentracja to zdolność do skupienia uwagi na danym bodźcu (działaniu). Trwałość uwagi jest cechą określaną zakresem czasu, w jakim jednostka jest w stanie skupić uwagę na danym bodźcu, zaś podzielność to zdolność do skupiania uwagi na kilku bodźcach jednocześnie – zob.: *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 44–45; *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 317; R. Dukas, *Causes*

kowi postępowania udział w czynnościach wymagających jej istotnego zaangażowania (np. podczas składania oświadczeń woli czy wiedzy).

2.2.2. Zaburzenia spostrzegania

Spostrzeganie jest procesem odbioru elementów rzeczywistości za pomocą zmysłów (percepcja otaczającej rzeczywistości), z ich następczą interpretacją i przypisaniem im znaczenia. Do powstania spostrzeżenia potrzebny jest więc bodziec działający na konkretny narząd zmysłu. Bodźce te są następnie poddawane procesowi „obróbki” w różnych częściach mózgu na podstawie napływających informacji oraz zasobów zgromadzonych w pamięci¹⁶. Omówienie zaburzeń spostrzegania wymaga uprzedniego wyjaśnienia dwóch terminów, tj. sąd realizujący i sąd klasyfikujący. Pierwszy z nich to przekonanie o istnieniu spostrzeganego zjawiska (przedmiotu, obiektu, osoby)¹⁷. Drugi to umiejętność zaklasyfikowania spostrzeżonego zjawiska do określonej kategorii¹⁸. Do najistotniejszych – z punktu widzenia dalszych rozważań – zaburzeń spostrzegania należą: iluzje, omamy (halucynacje), pseudohalucynacje oraz halucynoidy.

Iluzje (inaczej złudzenia) to zniekształcone spostrzeżenia. Powstają w obecności bodźca zewnętrznego (sąd realizujący jest prawidłowy), który jest błędnie identyfikowany (błędny sąd klasyfikujący). Mogą występować także u osób zdrowych (złudzenia fizjologiczne), w tym wypadku podlegają zwykle krytycznej ocenie i są korygowane¹⁹.

and Consequences of Limited Attention, „Brain, Behavior and Evolution” 2004/63(4), s. 197–210.

¹⁶ M. Koltan, *Zaburzenia funkcji poznawczych a choroby niedokrwienne mózgu* [w:] *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2009–2011. Sympozja I*, red. I. Kojder, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, Szczecin 2011, s. 94; P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 37.

¹⁷ Sąd ten może być odpowiednio prawidłowy, jeśli obiekt istnieje, lub nieprawidłowy (fałszywy), jeśli obiekt nie istnieje.

¹⁸ *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 39.

¹⁹ P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, 2018, s. 38.

Omamy (halucynacje) to fałszywe spostrzeżenia, tj. spostrzeżenia nieistniejących w rzeczywistości obiektów, przedmiotów czy osób (brak bodźca). Cechą charakterystyczną tych objawów jest silne przekonanie o realności doznania. Tym samym osoba doznająca halucynacji nie koryguje swojego przekonania, nawet wobec próby udowodnienia nieprawdziwości doznań przez otoczenie (niepodatność na perswazję, niekorygowane poczucie realności)²⁰. Błędny jest zarówno sąd realizujący, jak i klasyfikujący. Zależnie od zmysłu, którego dotyczą omamy, można wyróżnić m.in. omamy: wzrokowe, słuchowe, węchowe, cenestetyczne (czucia ustrojowego) czy smakowe.

Pseudohalucynacje (tj. omamy rzekome) to spostrzeżenia, które podobnie jak omamy powstają bez bodźca zewnętrznego, ale ich źródło rzutowane jest w nierealną (nieadekwatną) przestrzeń, najczęściej wewnętrzną lub subiektywną (np. głos z głowy)²¹.

Halucynoidy to doznania powstające bez udziału bodźców zewnętrznych, które jednak jednostka postrzega krytycznie – jako zjawisko nieprawidłowe (w odróżnieniu od halucynacji i pseudohalucynacji). Najczęściej są objawem uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego²².

Do szeroko pojętych zaburzeń spostrzegania zaliczane są też agnozje, tj. zaburzenia rozpoznawania zjawisk i przedmiotów, które nie wynikają z deficytów sensorycznych, niepełnosprawności intelektualnej, braku znajomości obiektu, zaburzeń pamięci czy upośledzenia zdolności językowych. Agnozje dotyczą poszczególnych zmysłów (są modalnie specyficzne). Dla przykładu, osoba z agnozą wzrokową nie rozpoznaje pokazanego jej przedmiotu, rozpoznając go bez trudu przy użyciu innego zmysłu (np. po podaniu go do ręki).

²⁰ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenan, *Psychopatologia*, s. 753; P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 41; M.M. Ohayon, *Prevalence of hallucinations and their pathological association in the general population*, „Psychiatry Research” 2000/97, s. 154.

²¹ *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 42; P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 43.

²² *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 42.

Omówione zaburzenia spostrzegania mają istotne znaczenie w kontekście oceny dowodów pochodzących od osobowych źródeł dowodowych. Dotyczy to zwłaszcza spostrzeżeń niepodlegających krytycznej refleksji (tj. halucynacji i pseudohalucynacji oraz iluzji, których błędność nie jest korygowana²³). Osoba, która doświadcza tego rodzaju objawów, jest bowiem przekonana o ich prawdziwości, co implikuje konieczność rewizji wartości dowodowej złożonych zeznań czy wyjaśnień, jak również innych oświadczeń woli i wiedzy odnoszących się do stanu faktycznego sprawy (np. treści zawartych w zawiadomieniu o podejrzeniu popełnienia przestępstwa). Omamy imperatywne (nakazujące) mogą być przy tym bodźcem do podejmowania określonych działań przez jednostkę nimi ovladniętą (w tym zachowań auto- czy alloagresywnych), co w przypadku oskarżonego wymaga rozpatrzenia w kontekście art. 31 § 1–2 k.k. Agnozje wzrokowe mogą wpływać negatywnie na zdolność do uczestnictwa w niektórych czynnościach procesowych, takich jak okazanie osoby, wizerunku czy rzeczy celem rozpoznania (art. 173 § 1 k.p.k.). Z kolei agnozje słuchowe mogą utrudniać odniesienie się do dowodów utrwalonych wyłącznie w postaci dźwiękowej.

2.2.3. Zaburzenia pamięci

Pamięć odpowiada za rejestrowanie, przechowywanie i odtwarzanie doświadczeń²⁴. W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka rodzajów pamięci. Podstawowy podział, oparty na kryterium czasu przechowywania danych w pamięci, pozwala na wyróżnienie pamięci ultra-krótkiej, krótkotrwałej i długotrwałej. Ta ostatnia dzieli się dalej na pamięć deklaratywną oraz niedeklaratywną (proceduralną). Pamięć deklaratywna („wiem, że”) obejmuje pamięć semantyczną dotyczącą znaczenia i właściwości obiektów (słów, nazw, pojęć, reguł itd.) oraz pamięć epizodyczną, która dotyczy znaczenia wydarzeń, w tym wydarzeń osadzonych w indywidualnym kontekście jednostki (pamięć autobiograficzna). Pamięć proceduralna (niedeklaratywna) magazynuje różne wzorce umiejętności. Dzieli się ją na pamięć operacyjną, którą dotyczy

²³ P. Gałęcki, K. Eichstaedt, *Psychiatria sądowa*, Warszawa 2022, s. 280.

²⁴ P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 43.

świadomie wykonywanych czynności wyuczonych („wiem, jak to wykonać”), oraz pamięć nieświadomą, odnoszącą się do automatycznych czynności wykonywanych bez udziału świadomości (np. utrzymywanie równowagi)²⁵.

Zaburzenia pamięci mogą mieć charakter ilościowy (dysmneze) lub jakościowy (paramneze). Te ostatnie dzielą się na allomneze, polegające na zniekształconym odtwarzaniu rzeczywistych wspomnień, oraz pseudomneze, objawiające się odtwarzaniem i werbalizacją „wspomnień” odnoszących się do zdarzeń, które nigdy nie miały miejsca (wspomnienia rzekome). Przykładem pseudomnezy są konfabulacje, tj. fałszywe wspomnienia, które wypełniają luki pamięciowe. Działania te nie mają charakteru intencjonalnego. Jednostka jest jednak pierwotnie przekonana o ich prawdziwości, przy czym możliwa jest refleksja w tym zakresie, na podstawie przedstawionych dowodów. Drugim rodzajem pseudomnezy są omamy pamięciowe, które – jak słusznie zauważa się w literaturze – są w rzeczywistości urojeniami rzutowanymi w przeszłość (urojeniowe wspomnienia lub urojeniowe zafałszowanie śladów pamięciowych)²⁶. Treści te – w odróżnieniu od konfabulacji – pozostają zasadniczo niepodatne na sugestie. Osoba pozostająca pod wpływem takich objawów może więc szczegółowo relacjonować określone zdarzenie (np. swój udział w przestępstwie), z pełnym przekonaniem co do prawdziwości tych „wspomnień”, nawet wobec dostarczania jej dowodów wskazujących na to, że zdarzenia te w rzeczywistości nie miały miejsca²⁷.

Z kolei do allomnezy (wspomnień zniekształconych) zalicza się złudzenia pamięciowe (iluzje pamięci), kryptomneze oraz złudzenia utożsamiające. Złudzenia pamięciowe są formą wspomnień rzeczywistych, ale zniekształconych pod wpływem silnych emocji lub czynników chorobowych, w tym także zaburzeń psychicznych. Zniekształcenia mogą dotyczyć zarówno osób (ich cech, wyglądu, interakcji), jak i wydarzeń

²⁵ A.E. Budson, B.H. Price, *Memory Dysfunction*, „The New England Journal of Medicine” 2005/352, s. 692; T.M. Domżał, *Pamięć w neurologii: zaburzenia, diagnostyka i leczenie*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2013/7/4, s. 157; *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 318–319.

²⁶ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 321.

²⁷ P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria...*, s. 46.

(znaczenia, kontekstu sytuacyjnego itd.). Zniekształcenia mogą ulegać korekcji po ustąpieniu czynników emocjonalnych, które je wywołały. Mogą też mieć charakter przetrwały (zwłaszcza jeśli wynikają z zaburzeń psychicznych). Kryptomnezje, zwane też nieuświadomionymi wspomnieniami, polegają na odtwarzaniu rzeczywistych wspomnień, które postrzegane są przez jednostkę jako zdarzenia nowe, terazniejsze (innymi słowy, osoba nie ma świadomości wtórności wspomnienia, tj. tego, że już kiedyś doświadczyła danego zdarzenia)²⁸. Ostatnim rodzajem allomnezji są złudzenia utożsamiające, które polegają na postrzeganiu zdarzeń nigdy niedoświadczonych jako znanych lub znanych jako obcych (błędne rozpoznanie umiejscowienia danej sytuacji w czasie). Do tej kategorii należy znany, również w języku powszechnym, fenomen określany jako *déjà vu* (już to widziałem) czy mniej znane – *jamais vu* (nigdy nie widziałem).

Do zaburzeń pamięci o charakterze ilościowym (dysmnnezje) zalicza się: hipermnezję, hipomnezję, amnezję i ekmnezję. Ta ostatnia polega na przeżywaniu przeszłości jako terazniejszości. Hipermnezja to pamięć wzmożona (zdolność do odtwarzania zwiększonej liczby wspomnień), zaś hipomnezja to zmniejszenie zdolności do odtwarzania wspomnień. Amnezja (niepamięć) jest skrajną postacią hipomnezji, która charakteryzuje się niemożnością odtworzenia wspomnień z danego okresu (luka pamięciowa) – w stopniu całkowitym (amnezja całkowita) lub częściowym (amnezja częściowa)²⁹.

Wszystkie opisane powyżej zaburzenia mogą mieć zarówno charakter przemijający (np. w zaburzeniach adaptacyjnych czy depresyjnych), jak i chroniczny z tendencją do pogłębiania się (np. przy otępieniach)³⁰.

Zaburzenia pamięci – tak o charakterze ilościowym, jak i jakościowym – mogą w istotny sposób wpływać na pozycję procesową uczestnika

²⁸ Kryptomnezje mogą być przyczyną tzw. nieuświadomionego plagiatu.

²⁹ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 318–321; P. Gałęcki, K. Eichstaedt, *Psychiatria sądowa*, s. 22–26; *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 56–60.

³⁰ P. Gałęcki, K. Eichstaedt, *Psychiatria sądowa*, s. 24.

postępowania, we wszystkich tych sytuacjach, w których czynności procesowe wymagają odtworzenia śladu pamięciowego. Dotyczy to nie tylko instytucji złożenia zeznań (wyjaśnień), ale także czynności zmierzających do inicjacji postępowania karnego, które wymagają odwołania się do okoliczności faktycznych³¹ czy realizacji uprawnień związanych z koniecznością odniesienia się do przeprowadzonych już dowodów (np. prawa zadawania pytań osobie przesłuchiwanej – art. 171 § 2 k.p.k. czy uprawnienia do wypowiedzenia się w ramach głosów końcowych – art. 406 § 1 k.p.k.). Ograniczona trwałość śladów pamięciowych może powodować też, że udzielone pouczenia (art. 16 k.p.k.) nie spełnią swojej procesowej roli i przy założeniu ich jednorazowości będą miały charakter iluzoryczny. Omawiane deficyty mogą ponadto utrudniać realizację obowiązków procesowych, co ma istotne znaczenie zwłaszcza w przypadku czynności limitowanych terminem stanowczym.

2.2.4. Zaburzenia myślenia i mowy (porozumiewania się)

Myślenie to złożony proces (łańcuch operacji umysłowych), który obejmuje:

- 1) procesy przetwarzania informacji napływających ze środowiska zewnętrznego oraz zgromadzonych w pamięci, z następczym tworzeniem na ich podstawie reprezentacji poznawczych określonych zjawisk, pojęć, wydarzeń czy osób, które składają się na osobniczą wiedzę o świecie;
- 2) procesy operacyjne polegające na wykorzystywaniu ww. informacji do funkcjonowania w środowisku zewnętrznym (radzenia sobie z problemami, wyzwaniem, wymaganiami otoczenia); do

³¹ Na przykład złożenia zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, wniesienia prywatnego aktu oskarżenia, wniosku o ściganie czy skargi, o której mowa w art. 488§ 1 k.p.k.

procesów tych zalicza się między innymi rozumowanie dedukcyjne, indukcyjne, metody heurystyczne³², strategie, algorytmy³³.

Na wstępie tej części rozważań warto podkreślić, że zewnętrzną manifestacją procesu myślowego są wypowiedzi jednostki, dlatego też o istnieniu zaburzeń myślenia wnioskuje się głównie na podstawie sposobu wypowiedzi oraz charakteru werbalizowanych treści³⁴. Z tego względu oba obszary omawiane są łącznie.

Zaburzenia myślenia można podzielić na dwie podstawowe grupy – zaburzenia formy i treści myślenia. Pierwsze z nich odnoszą się do sposobu myślenia („jak człowiek myśli”), natomiast drugie do tego, co człowiek myśli (tj. dosłownie do zawartości treściowej myśli). Zaburzenia formy myślenia dzielą się na zaburzenia toku myślenia oraz zaburzenia struktury i funkcji myślenia³⁵.

Do najistotniejszych zaburzeń toku myślenia zalicza się:

- a) przyśpieszenie toku myślenia, tj. wzmożenie tempa procesu myślowego; skrajną postacią przyśpieszenia jest tzw. gonitwa myśli;
- b) natłok myśli (mantyzm) – subiektywne poczucie uciążliwego nadmiaru spontanicznie pojawiających się nowych wątków myślowych, co odzwierciedla patologiczny wzrost aktywności umy-

³² Umiejętność wykrywania nowych faktów oraz znajdowania związków między nimi.

³³ *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 327; P. Gałęcki, A. Szulc, *Psychiatria*, s. 48.

³⁴ *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 53.

³⁵ Dla kompletności rozważań wskazać należy, że w literaturze przedstawia się też podział zaburzeń myślenia na: zaburzenia treści (urojenia, idee nadwartościowe, myśli natrętne); zaburzenia toku (tempa, ilości, struktury) oraz – pozostające na pograniczu dwóch poprzednich – zaburzenia logiki myślenia (myślenie paralogiczne, magiczne itd.) – tak np. *Psychiatria*, red. M. Jarema, s. 45–46. Myślenie magiczne to rozumowanie oparte na założeniu o możliwości wywierania bezpośredniego wpływu na wydarzenia zewnętrzne za pomocą samych procesów myślowych (czary, zaklęcia) czy też rytuałów, interwencji sił wyższych (nadprzyrodzonych), a nie rzeczywistych działań; myślenie magiczne może być w pewnych sytuacjach rozpatrywane w kontekście mechanizmu obronnego – A. Samochowiec, B. Wojciechowski, J. Samochowiec, *Rola myślenia magicznego w obronie przed lękiem*, „Psychiatria” 2004/1, s. 17–21.

- słowej i zwykle ogranicza produktywność i skuteczność wypowiedzi³⁶;
- c) spowolnienie i zahamowanie toku myślenia – stanowi odwrotność powyższych zaburzeń;
 - d) otamowanie – to objaw charakteryzujący się nagłym zatrzymaniem pierwotnie sprawnie przebiegającego procesu myślowego;
 - e) stereotypie³⁷ – w ogólnym ujęciu stereotypie polegają na powtarzaniu tej samej czynności mimo zaniku wywołującej ją przyczyny; stereotypie myślowe odnoszą się zatem do tendencyjnego powracania do tych samych wątków myślowych (przemyśleń i wyobrażeń), co w płaszczyźnie werbalnej objawia się powtarzaniem tych samych słów, fraz lub większych fragmentów wypowiedzi³⁸;
 - f) rozwlekłość – to skłonność do inicjowania nowych (zwykle zbędnych) wątków myślowych, bez zakończenia już rozpoczętych, co stopniowo oddala wypowiedź od wątku zasadniczego; w efekcie czas wymagany do zwerbalizowania danej myśli wydłuża się, przez co spada efektywność porozumiewania się³⁹.

Z kolei do najistotniejszych z punktu widzenia przedmiotu opracowania zaburzeń struktury i funkcji myślenia należą:

- a) rozkojarzenie – złożone zaburzenie, objawiające się utratą spójności pomiędzy wątkami myślowymi (co skutkuje utratą spójności wypowiedzi), mimo względnej poprawności form gramatycznych;
- b) myślenie paralogiczne – rozumowanie oderwane od przyjętych zasad logiki; osoba wykazująca ten rodzaj zaburzeń łączy zdarzenia i fakty w oparciu o własne „zasady”, klasyfikuje pojęcia według dziwacznych reguł, interpretuje znaczenie wyrazów

³⁶ *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2003, s. 70.

³⁷ Dla porządku należy wskazać, że stereotypie mogą dotyczyć także innych obszarów aktywności psychicznej człowieka (np. stereotypie ruchowe) – zob. dalsze podrozdziały.

³⁸ *Psychiatria. Podręcznik...*, red. A. Bilikiewicz, s. 84.

³⁹ *Psychiatria. Podręcznik...*, red. A. Bilikiewicz, s. 70; *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy...*, red. S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, s. 334.