

ZNOWELIZOWANA USTAWA
z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
VANGUARD PROMOTION POLSKA

Krystyna Ziemiańska

PREAMBUŁA.

Uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka danym mu od Boga wraz z koniecznością ochrony społeczeństwa przed osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz koniecznością zapewnienia niezbywalnych praw osób z zaburzeniami psychicznymi, co należy do obowiązków państwa, stanowi się, co następuje:

1. Przez definicję 'zdrowia psychicznego' oraz braku 'zdrowia psychicznego' i 'chorobę psychiczną' oraz 'stan chorobowy' rozumie się całokształt funkcjonowania i zaburzeń funkcjonowania człowieka jako jednostki oraz członka społeczeństwa, jego struktury emocjonalnej, wyznawanych zasad moralnych oraz światopoglądu i religii, rozwoju oraz zaburzeń, rozwoju osobowości, a w dalszej kolejności psychopatologię i fizjopatologię w tym zaburzenia nerwicowe oraz psychonerwicowe oraz czynnościowo- - organiczne jak też uzależnienia od nalogów i inne pojęcia mieszczące się w specjalistycznej kwalifikacji medycyno - naukowej, oraz związane z powyższym zagadnienia psychohigieny, psychoterapii, psychologii, psychopatologii społecznej, neurobiologii, neuropsychologii, neuropatologii oraz neurologii behawioralnej, jak też wszelkie zorganizowane działania mające na celu ochronę zdrowia psychicznego oraz diagnozowania i leczenia stanów chorobowych.

2. Przez zaburzenia psychiczne rozumie się taki stan psychiczny, który ogranicza lub uniemożliwia racjonalne funkcjonowanie jednostki w jej środowisku.

3. Przez psychopatologię społeczną rozumie się zachowanie lub postawy które:

- zakłócają indywidualne funkcjonowanie i utrudniają przystosowanie się do środowiska społecznego i wiążą się z naruszeniem norm prawnych, społecznych, moralnych i etycznych w formie trwałej lub długotrwałej

3. Przez psychonerwice rozumie się poziomy rozwoju i ich zaburzenia zgodnie z teorią profesora Kazimierza Dąbrowskiego.

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. 1. Ochronę zdrowia psychicznego jak też diagnozowanie i leczenie stanów chorobowych zapewniają lekarze oraz instytucje do tego powołane spełniające rolę placówek medycznych w zakresie świadczenia określonych usług zdrowotnych, do których należą prewencja oraz leczenie chorób psychicznych, innych zaburzeń oraz chorób określonych przez specjalistyczną kwalifikację naukowo- medyczną.

2. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego jak też leczenia stanów chorobowych mogą uczestniczyć rodziny a także instytucje uprawnione z mocy prawa do kierowania na leczenie tych osób które stwarzają szczególne zagrożenie społeczne oraz stanowią zagrożenie dla nich samych spowodowane chorobowym stanem zdrowia

3. Ochroną zdrowia psychicznego, diagnozowaniem oraz leczeniem stanów chorobowych zajmuje się Zakład Opieki Zdrowia Psychicznego (Leczenia i Zapobiegania Chorobom Nerwowym i Psychicznym) z wydzielonym zamkniętym oddziałem psychologicznym dla odpowiednio zdiagnozowanych osób przez zespół lekarzy specjalistów.

Art. 2. 1. Ochrona zdrowia psychicznego jak też leczenie stanów chorobowych obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

1) promocji zdrowia psychicznego , leczenia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym i stanom patologicznym

2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1, są realizowane przez działania określone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

3. Ustawa określa w szczególności: 1

1.) diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego

2) cele główne i cele szczegółowe;

3) podmioty biorące udział w jego realizacji;

4) sposób realizacji zadań;

5) niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób zaburzeniami psychicznymi.

6). Prowadzenie działań określonych w Ustawie zakreśla:

a. Minister Zdrowia jak też inne instytucje uprawnione do specjalistycznych działań w zakresie Ustawy .

b. Minister Zdrowia w porozumieniu z właściwymi organizacjami właściwymi dla prowadzenia działalności w zakresie zdrowia oraz lecznictwa oraz innymi podmiotami określi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, uwzględniając zagadnienia, o których mowa w ust. 3, oraz biorąc pod uwagę konieczność ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ochrony społeczeństwa przed osobami stwarzającymi szczególne społeczne zagrożenie.

c. Przez właściwe organizacje oraz inne podmioty właściwe dla prowadzenia działalności w zakresie zdrowia oraz leczenia rozumie się Towarzystwa Naukowe medyczne oraz inne placówki medyczne prowadzące zawodową działalność medyczną jak też indywidualni specjaliści oraz naukowcy wybierający się wiedzą oraz doświadczeniem w swojej dziedzinie .

7. Minister Zdrowia przedkłada Rządowi w terminie do dnia 30 września każdego roku, informację o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim.

8. Rząd składa corocznie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, w terminie do dnia 31 października, informację o realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim.

Art. 3. Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:

a) wykazującej poważne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych a przede wszystkim zaburzeń psycho- nerwicowych

b) osoby przebywającej na leczeniu w zakładzie leczniczym na podstawie orzeczenia organu prawa lub lekarskiej komisji właściwej dla orzekania o zaburzeniach psychicznych

c) osoby przebywającej na obserwacji sądowo- psychologicznej na podstawie orzeczenia organu prawa jeśli osoba taka została zdiagnozowana przez lekarzy specjalistów jako osoba z zaburzeniami psychicznymi ;

2) oddziale psychologicznym odnosi się to również do:

a) oddziału psychologicznym dziennego otwartego w szpitalu ogólnym oraz oddziału zamkniętego

b) kliniki psychologicznej

c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

d) innego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychologiczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje;

3) domu pomocy społecznej lub środowiskowym domu samopomocy, odnosi się to również do wszelkich form pomocy instytucjonalnej dla osób, o których mowa w pkt 1

4) zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która - niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego - jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania;

5) lekarzu kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, należy przez to rozumieć wykwalifikowany zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu ustawy o leczeniu i zawodach medycznych

6) przymusie bezpośrednim, ze wskazaniem środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:

a) przytrzymanie - doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem odpowiednio zastosowanej siły fizycznej,

b) przymusowe zastosowanie leków - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody, wyłącznie gdy osoba stwarza bezpośrednio zagrożenie dla siebie lub dla otoczenia i nie wyraża świadomie zgody na zastosowanie dobrowolnego leczenia lub jest w stanie stwierdzonej przez lekarza niepoczytalności to znaczy gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie nawiązać kontaktu z otoczeniem ani kontrolować swojego zachowania

c) unieruchomienie - obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaptana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych bez jej zgody, wyłącznie gdy osoba stwarza bezpośrednio zagrożenie dla siebie lub dla otoczenia i nie wyraża świadomie zgody na zastosowanie dobrowolnego leczenia lub jest w stanie stwierdzonej przez lekarza niepoczytalności to znaczy gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie nawiązać kontaktu z otoczeniem ani kontrolować swojego zachowania

d) izolację - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu bez jej zgody, wyłącznie gdy osoba stwarza bezpośrednio zagrożenie dla siebie lub dla otoczenia i nie wyraża świadomie zgody na zastosowanie dobrowolnego leczenia lub jest w stanie stwierdzonej przez lekarza niepoczytalności to znaczy gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie nawiązać kontaktu z otoczeniem ani kontrolować swojego zachowania

Art. 4. 1. Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz leczenia zaburzeń psychicznych określonych w Preambule są podejmowane przede wszystkim wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich własnego zdrowia oraz bezpieczeństwa publicznego.;

1) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania zaburzeń nerwicowych oraz psychicznych u osób dorosłych oraz zaburzeń rozwojowych u dzieci i młodzieży

2) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;

3) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze;

4) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku;

5) podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;

6) uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu

2. Minister Zdrowia określi w drodze rozporządzenia w porozumieniu ze specjalistami sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, uwzględniając potrzebę zapewnienia właściwej koordynacji podejmowanych działań i udziału w nich podmiotów, o których mowa w art. 1 ust. 2.

Art. 4a. 1. Tworzy się Radę do Spraw Zdrowia Psychicznego, zwaną dalej "Radą", jako działający przy ministrze właściwym do spraw zdrowia organ koordynacyjno-doradczy w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

2. Do zadań Rady należy w szczególności:

1) monitorowanie realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego;

2) opiniowanie projektów informacji o realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;

3) inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej

4) opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje przewodniczącego, zastępcę przewodniczącego, sekretarza i członków Rady - spośród specjalistów z zakresu medycyny to jest psychologii, socjologii, seksuologii, neuropsychologii, neurologii behawioralnej mających zastosowanie w ochronie zdrowia psychicznego spośród czynnie działających towarzystw medycznych oraz innych specjalistów lub uznanych autoritetów stosownie do art. 2.6 / b.

4. Za udział w pracach Rady członkom Rady przysługuje wynagrodzenie. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów podróży w wysokości i na warunkach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

5. Wydatki związane z działalnością Rady są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

6. Szczegółowe warunki i tryb działania Rady oraz zakres odpowiedzialności karnej i cywilnej określa statut nadany, w drodze zarządzenia, przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 5. Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, - w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Art. 6. 1. Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczenia zdrowotne w zakresie psychologicznej opieki zdrowotnej.

Art. 6a. Powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Domy te są tworzone na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej .

Art. 7. 1. Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, a także w domu rodzinnym.

2. Dla osób, o których mowa w ust. 1, organizuje się również rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne. Opieka niezbędna do prowadzenia rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wchodzi w zakres tych czynności.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w porozumieniu ze specjalistami w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacji społecznej organizowanych w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami nerwicowymi oraz psychicznymi jak też sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w tych jednostkach oraz konieczność promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

5. Naukę, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze i rehabilitację mogą także organizować podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.

Art. 8. 1. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej w porozumieniu z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologicznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu trudności w życiu codziennym mają ograniczone możliwości samodzielnej egzystencji.

2. Oparcie społeczne polega w szczególności na: udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Art. 9. 1. Usługi opiekuńcze powinny być dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Pomoc mieszkaniowa, jako forma usługi opiekuńczej, może polegać między innymi na udostępnianiu miejsca w środowiskowym domu samopomocy.

2. Środowiskowe domy samopomocy stosownie do potrzeb są organizowane, prowadzone i finansowane przez organy do spraw pomocy społecznej na zasadach określonych w przepisach ustawy o pomocy społecznej. Środowiskowe domy samopomocy mogą być także tworzone przez podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.

3. Jednostka organizacyjna pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami nerwicowymi oraz psychicznymi udziela osobie w niej przebywającej, adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia tej osoby, pomocy w korzystaniu przez nią ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Zadania, o których mowa w ust. 1 i 2, są realizowane jako zadania zlecone gminom przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej.

Art. 10. 1. Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychologicznej opieki zdrowotnej udzielane osobie, o której mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa we właściwej ustawie o udzielaniu świadczeń.

2. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przebywającym w szpitalu lub innym zakładzie leczniczym przysługują ponadto produkty lecznicze, wyroby medyczne, leki oraz środki higieniczne jak też całodobowe wyżywienie według norm żywieniowych ustalonych dla grup wiekowych z uwzględnieniem indywidualnych preferencji oraz wskazań leczniczych.

3. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przysługują także produkty lecznicze i wyroby medyczne określone w wykazach Ministra Zdrowia.

Rozdział 2

Badanie, leczenie, rehabilitacja oraz opieka i pomoc

Art. 10a. 1. Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zakład Opieki Zdrowia Psychicznego oraz osoba czasowo odizolowana na polecenie organu prawa i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej "organami do spraw pomocy społecznej", ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw.

2. Prawo do pomocy w ochronie praw osoby, o której mowa w ust. 1, przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.

3. Świadczeniodawca informuje osoby, o których mowa w ust. 1 i 2, o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta powołanym przy Ministerstwie Zdrowia .

4. Osoby, o których mowa w ust. 1 i 2, mają prawo w szczególności do:

1) przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw osoby, o której mowa w ust. 1;

2) spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego działającym przy Ministerstwie Zdrowia w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby;

3) uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

Art. 10b. 1. Ochrona praw osób, o których mowa w art. 10a ust. 1, należy do zadań Rzeczników Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego powołanym przy Ministerstwie Zdrowia .

2. Do zadań Rzecznika Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego należy w szczególności:

1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem z Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego

2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób;

3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób;

4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez właściwy zakład

3. W zakresie zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, Rzecznik Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego współpracuje z:

1) Ministrem Sprawiedliwości

2) Rzecznikiem Praw Dziecka;

3) Rzecznikiem Praw Pacjenta

4) Rzecznikiem Praw Obywatelskich

3) konsultantami krajowymi i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinach określonych ustawą

4) innymi organami jeśli są one niezbędne dla zapewnienia właściwej realizacji zadań w tym z policją i prokuraturą

4. Rzecznik Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, ma prawo:

- 1) wstępu o każdym czasie do pomieszczeń Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego oraz pomieszczeń oddziału psychologicznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 2) występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego, oraz do podmiotu tworzącego w rozumieniu tej ustawy, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi jak też wyjaśnienie zaistniałych naruszeń
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego oraz wglądu w dokumentację medyczną każdego skarżącego pacjenta jak też osoby poddanej czasowej izolacji w zakładzie zamkniętym
- 4) porozumiewania się z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2, bez udziału innych osób.
 - 5) żądania przeprowadzenia dodatkowego badania przez innego lekarza specjalistę lub inny ośrodek leczniczy
 - 6) wydania opinii lub oświadczenia co do rzetelności sporządzonej przez lekarza opinii wraz z żądaniem udostępnienia nagrania z przeprowadzonego badania lub wywiadu medycznego
 - 7) wniesienia zaskarżenia do prokuratury oraz do właściwego sądu w związku z popełnionymi przez lekarza lub personel medyczny naruszeniami w tym wszelkimi naruszeniami związanymi ze stosowaniem przemocy, agresji oraz innych przestępstw przeciwko czci i obyczajności
 - 8) reprezentowania osoby pokrzywdzonej przed organami prawa w sprawie wniesionej skargi na wniosek tej osoby
 - 9) skargi, zażalenia oraz wnioski wniesione do Rzecznika Praw Pacjenta są rozpatrywane niezwłocznie po przyjęciu skargi w terminie nie dłuższym niż 14 dni

5. Kierownik zapewnia Rzecznikowi Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego warunki do wykonywania jego zadań, w szczególności:

- 1) umożliwia przyjmowanie skarg, o których mowa w art. 10a ust. 4 pkt 1, przez Rzecznika;
- 2) udostępnia pomieszczenia przeznaczone do odbywania spotkań z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta uwzględniając terytorialny obszar działania Rzeczników w odniesieniu do różnych form opieki zdrowotnej.

Art. 10c. 1. Rzecznikiem (lub rzecznikami)Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego może być osoba która:

- 1) posiada wykształcenie wyższe w określonej specjalizacji nauk medycznych oraz biegłą wiedzę w przepisach prawa
- 2) posiada wiedzę na temat praw i wolności człowieka, w szczególności wiedzę w psychologii która dotyczy osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także możliwości skutecznej ochrony tych praw;

- 3) jest obywatelem polskim narodowości polskiej
- 4) korzysta z pełni praw publicznych;
- 5) nie była karana za przestępstwo popełnione z winy umyślnej;
- 6) cieszy się nieposzlakowaną opinią zawodową

2. Rzecznik Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego nie może być:

- 1) świadczeniodawcą w rozumieniu ustawy o świadczeniach;
- 2) właścicielem podmiotu wykonującego działalność leczniczą
- 3) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub wytwórcą produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyrobu medycznego do diagnostyk
- 4) właścicielem akcji albo udziałów w spółce prowadzącej aptekę lub hurtownię farmaceutyczną albo wytwarzającej produkty lecznicze lub wyroby medyczne;
- 5) członkiem Rady Narodowego Funduszu Zdrowia albo rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 7) Rzecznik Praw Pacjenta ds. Zdrowia Psychicznego ponosi odpowiedzialność karną za naruszenia przepisów prawa na zasadach ogólnych przewidzianych w kodeksach praw oraz w rozporządzeniach jak też zgodnie z lekarskim prawem karnym.

Art. 11. 1. Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię z przeprowadzonego wywiadu lekarskiego jak też skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego, lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

2. Badanie specjalistyczne w stosunku do osoby z zaburzeniami psychicznymi może być przeprowadzone wyłącznie przez lekarza posiadającego medyczne wykształcenie psychologiczne .

a. na zgłoszenie się osoby z zaburzeniami do lekarza specjalisty w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej lub w Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej oraz każdego lekarza wykonującego praktykę lekarską jeśli lekarz ten ma uzasadnione podejrzenia co do choroby psychicznej lub innych zaburzeń psychicznych pacjenta .

b. na uzasadniony wniosek rodziny lub opiekuna prawnego przede wszystkim jeśli osoba z zaburzeniami psychicznymi stwarza zagrożenie jak też w każdym przypadku, gdy osoba wymaga specjalistycznej pomocy zarówno doraźnej jak też długotrwałej oraz specjalistycznego doradztwa,

c. na uzasadniony wniosek przełożonego w tym przełożonego w zakładzie pracy oraz kierownika placówki edukacyjnej, przede wszystkim jeśli osoba z zaburzeniami stwarza czynne zagrożenie społeczne jak też w każdym przypadku, gdy osoba wymaga specjalistycznej pomocy zarówno doraźnej jak też długotrwałej lub specjalistycznego doradztwa, przy czym za zakład pracy uważa się każdą jednostkę organizacyjno-prawną która spełnia warunki określone przepisami o zatrudnieniu a za placówkę edukacyjną każdą zorganizowaną jednostkę organizacyjno-prawną zajmującą się edukacją

d. na polecenie sądu oraz organu prawa wykonującego czynności prawne przewidziane przepisami prawa oraz właściwymi ustawami przy czym badanie na polecenie sądu oraz organu prawa może być przeprowadzone wyłącznie w obecności ustawowego obrońcy oraz musi być przeprowadzone z wykorzystaniem nośników nagrywających przebieg badania

e. na wniosek kierownika zakładu opiekuńczego oraz kierownika jednostki udzielającej świadczeń pomocy społecznej ,jeśli osoba z zaburzeniami psychicznymi stwarza zagrożenie lub też zachodzi uzasadnione podejrzenie tej osoby o chorobę psychiczną , jak też w każdym przypadku , gdy osoba wymaga specjalistycznej pomocy zarówno doraźnej jak też długotrwałej lub specjalistycznego doradztwa,

f. osoba badana o której mowa w ustawie Art. 11.1. 2 może zażądać podczas badania obecności innego lekarza lub też personelu medycznego o czym osoba badana musi być poinformowana. Opinia innego lekarza lub też personelu medycznego będącego świadkiem badania powinna być dołączona do opinii lekarza prowadzącego badanie oraz wywiad lekarski . Osoba badana o której mowa w p.f ma także prawo do obecności duchownego właściwego dla swojego wyznania o czym musi być poinformowana ; duchowny ma prawo sporządzić opinię lub notatkę z przeprowadzonego badania i dołączyć ją do wyniku badania lekarskiego.

2. Wskazany w ust. 1 okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania

Art. 12. Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, należy także dążyć do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy uwzględniając nie tylko proces leczenia ale także psychoterapię.

Art. 13. Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, pod warunkiem, że nie zagraża życiu oraz zdrowiu tych osób.

Art. 14. Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

Art. 15. 1. Zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w zakładach leczniczych oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w zakładach lub szpitalach w tym potrzebę podnoszenia poziomu ich samodzielności.

Art. 16. W razie stwierdzenia, że dobro osoby upośledzonej umysłowo lub osoby z zaburzeniami psychicznymi w szczególności o charakterze patologii społecznej wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychologicznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora oraz rodzinę lub opiekuna prawnego.

Art. 17. W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychologicznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.

Art. 18. 1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub

b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej poprzez zachowanie agresywne i niekontrolowane.

4) O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz dyżurny lub lekarze dyżurni którzy określają rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzorują jego wykonanie także na uzasadniony wniosek personelu medycznego.

3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację to jest wniosek o którym mowa w ust. 4, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym lekarza specjalistę w dziedzinie psychologii

4. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności medycznych lub opiekuńczych wobec osoby, o której mowa w ust. 1, 2,3, pomocy personelowi medycznemu udziela wezwany zespół ratownictwa medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

5. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 3, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Art. 3.) 4) 5) i 6) adekwatnie stosuje się.

6. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty.

Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przystosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

7. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.

10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przez lekarza podmiotu leczniczego ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu,

2) przez innego lekarza, pielęgniarkę lub pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych - ocenia w terminie 3 dni zwierzchnik kierującego akcją czynności medycznych

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w porozumieniu z Radą w drodze rozporządzenia rodzaj formularzy stosowanych do :

1) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego,
2) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego – uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni.

3) informatycznego rejestru formularzy oraz kontroli określonych w art. 11.1-2-3 działań przez wyznaczony i uprawniony organ

Art. 19. Przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na żądanie sądu lub prokuratora powinno się odbywać w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W razie potrzeby badanie to może być przeprowadzone w rodzinnych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych, a wyjątkowo także w miejscu zamieszkania osoby badanej.

Art. 20. Przepisy ustawy przewidujące wymóg wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie stosuje się również do osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, jeżeli wynika to z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora.

Rozdział 3

Postępowanie lecznicze

Przyjęcie do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego.

Art. 21. 1. Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu stwarzania stanu czynnego zagrożenia swojemu lub też życiu lub zdrowiu innych osób, może być poddana badaniu psychologicznemu również bez jej zgody. W tym przypadku art. 18 ma zastosowanie.

2. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody.

3. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego. Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.

4. Lekarz, który przeprowadził badanie określone w ust. 1, odnotowuje tę czynność w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody stosuje się odpowiednio art. 18 ust. 10.

Art. 22. 1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.

1a. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala za jej pisemną zgodą, bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.

2. W przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 1, może być przyjęta do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek przeprowadzić badanie tej osoby.

2a. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, kierownik Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu, jeśli wymagają tego okoliczności na podstawie przeprowadzonego badania.

W zawiadomieniu kierownik Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego wskazuje na te okoliczności uzasadniające przyjęcie.

3. Przyjęcie do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.

4. Jeżeli przyjęcie do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala lub zakładu tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

5. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę, o której mowa w ust. 3, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjściem do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego.

6. O każdorazowym przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi, w warunkach przewidzianych w ust. 5, kierownik Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

Art. 23. 1. Osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób wyłącznie na podstawie wniosku policji lub prokuratury.

2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu .

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić osobie chorej przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.

4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 24. Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna niezwłocznie postępowanie dotyczące przyjęcia do zakładu opieki zdrowotnej.

Art.25. Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu.

Art. 26. 1. W przypadku gdy osoba przyjęta do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w tym szpitalu, sąd opiekuńczy umorzy postępowanie wszczęte na skutek zawiadomienia lub wniosku jeżeli uzna, że osoba ta wyraziła zgodę czyli , że jest świadoma.

2. Przed umorzeniem postępowania sąd jest obowiązany wysłuchać osobę wymienioną w ust. 1.

Art. 27. O treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia osoby, o której mowa w art. 23. sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, Zakład Opieki Zdrowia Psychicznego jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu.

Art. 28. Jeżeli zachowanie osoby przyjętej do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego za zgodą wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy.

Art. 29. 1. Do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego może być również przyjęta, bez zgody osoba chora z długotrwałymi i określonymi zaburzeniami psychicznymi :

1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że wymaga konsultacji i diagnozy oraz że psychoterapia lub leczenie przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

2) każda osoba która odpowiada przepisom Art.3 .1. a- e ustawy.

2. O potrzebie przyjęcia do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego osoby, o której mowa w ust. 1, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby - na wniosek jej małżonka, rodzeństwa, jej przedstawiciela ,ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę.

Art. 11.1. 2 ma zastosowanie adekwatnie.

3. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym, o którym mowa w art. 8, wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej wyłącznie na podstawie opinii lekarza specjalisty.

Art. 11.1. 2 ma zastosowanie adekwatnie.

Art. 30. 1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza specjalisty szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego .Orzeczenie lekarz specjalista wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.

Art. 11.1. 2 ma zastosowanie adekwatnie .

2. W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek.

Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, jeżeli treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego, a złożenie orzeczenia, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu. Art. 11.1. 2 ma zastosowanie adekwatnie.

Art. 30. 1. Podczas przyjęcia do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby poddanej obserwacji klinicznej na polecenie organu prawa lub wykonywania środka zabezpieczającego z okresowa opinia biegłych sądowych sporządzana w toku wykonywania polecenia lub nakazu organu prawa musi być sporządzona przez psychologa jak też innych specjalistów wymienionych w ustawie i powinna być podpisana przez ordynatora oddziału .

2. Opinię podstawową wydaje lekarz psycholog oraz inni specjaliści zgodnie z ustawą.

3. Opinia specjalistów powinna zawierać następujące badania wstępne oraz wywiady podstawowe:

1) wywiad podmiotowy anamneza(anamneza, anamnezja) wywiad anamnestyczny, wywiad chorobowy, badanie podmiotowe (gr. *anamnesis*) – podstawowa czynność w procesie diagnostycznym polegająca na zbieraniu wywiadu chorobowego; dotyczy charakteru, czasu trwania i rodzaju dolegliwości.

2) badane fizykalne (wywiad przedmiotowy) – część badania lekarskiego oraz pielęgniarskiego składająca się z oglądania (łac. *obductio*), omacywania (łac. *palpatio*), opukiwania (łac. *percussio*) i osłuchiwania (łac. *auscultatio*) kóre dotyczy struktur anatomicznych ciała oraz ich funkcji. Wynik badania przedmiotowego może być opisem słownym bądź pomiarem tzw. antropometrycznym wyrażonym w jednostkach układu metrycznego.

Zachowania ruchowe można ocenić na podstawie wyników testów czynnościowych dwójki rodzaju:

a) testy kodowe (skale numeryczne) na ich podstawie badający ocenia funkcje badanego - subiektywnie i według arbitralnie ustalonej punktacji;

b) testy instrumentalne przeprowadza się, wykorzystując instrumenty pomiarowe, natomiast wyniki pomiarów są oceną obiektywną i ilościową, wyrażoną w jednostkach systemu SI.

3) badanie psychoneurologiczne

4) badanie sensoryczne

5) badanie wartości ludzkich

6) wywiad środowiskowy polegającego na uzyskaniu informacji od krewnych, znajomych lub osób mających bezpośredni kontakt z chorym (koledzy z miejsca pracy, ze szkoły, sąsiedzi itd.)

7) analizy dostępnej dokumentacji sądowej lub akt prowadzonego postępowania (nie dotyczy poprzednich postępowań)

8) wykaz regularnie przeprowadzanych wywiadów klinicznych minimum raz w tygodniu przy czym wywiad powinien zawierać zadawane pytania oraz udzielane odpowiedzi oraz - dane z obserwacji osoby badanej oraz jej zachowania podczas badania jak też dane na temat technik oraz metod naukowych które zostały zastosowane podczas badania

- 9) opinie personelu medycznego na temat zachowania sprawcy na podstawie raportów dobowych
- 10) wykaz stosowanych leków psychoterapeutycznych wraz z dawkowaniem oraz uzasadnieniem dawkowania jak też ich stosowania
- 11) wykaz przeprowadzonych testów osobowości
- 12) sprawozdanie z uczestnictwa sprawcy w zajęciach terapeutycznych oraz zakres tych zajęć i ich celowość
- 13) ogólna ocena stanu zdrowia sprawcy oraz inne zlecone leczenie i inne badania medyczne w tym konsultacje
- 14) osiągnięte efekty terapeutyczne

4. Opinia specjalistów o której jest mowa w p.3 powinna spełniać określone kryteria oraz może być zaskarżona zgodnie z ustawą:

- 1) opinia może być poddana konsultacji doświadczonego zespołu specjalistów powołanych przez Okręgową Izbę Lekarską na wniosek organu lub strony zainteresowanej.
- 2) opinia powinna być sporządzona niezależnie od innych opinii bez względu na ich treść oraz podstawy.
- 3) opinia powinna uwzględniać także wypowiedzi oraz dane pacjenta to jest osoby opiniowanej oraz przedstawione przez nią dowody.
- 4) opinię można zaskarżyć jako niewłaściwą, niekompetentną lub sporządzoną z naruszeniem prawa i zasad etyki zawodowej.
- 5) opinia która powiela inne opinie lub się na nie powołuje jest nieważna.
- 6) nie ma ograniczeń co do liczby i ilości opinii; opinia może być wydana na polecenie organu z listy biegłych a także w ramach działalności instytucji naukowej lub badawczej .

5. Osoba badana ma prawo zgłosić zastrzeżenia na piśmie co do przebiegu badania o czym musi być poinformowana a organ nadzoru nad wykonywaniem izolacji ma obowiązek uwzględnić zastrzeżenia oraz ustosunkować się do nich

6. Osoba badana ma prawo do zapoznania się z opinią o czym musi być poinformowana

7. Osoba badana ma prawo zażądać rejestrowania przebiegu badania na odpowiednim pod względem technicznym sprzęcie nagrywającym i rejestrującym o czym musi być poinformowana . Wynik zapisu z urządzenia rejestrującego jest udostępniany organowi nadzoru oraz na wniosek osobie badanej.

8. Osoba badana ma prawo na jej wniosek do dodatkowych opinii dwóch więcej lekarzy specjalistów lub komisji lekarskiej o czym musi być poinformowana ; poszczególne opinie nie mogą być udostępniane lekarzowi przez innych lekarzy ale wyłącznie organowi sprawującemu nadzór nad osobą odizolowaną oraz osobie badanej na jej wniosek .

9. W przypadku sprzeczności w opiniach trzech lekarzy organ nadzoru zleca przeprowadzenie dodatkowego badania w innym ośrodku lub przez komisję lekarską przy czym suma niezależnych opinii specjalistów komisji lekarskiej jest dla tego organu wiążąca.

10. Wyniki zapisów z urządzeń rejestrujących poszczególne badania są udostępniane komisji lekarskiej jak też wyniki zapisów z urządzeń rejestrujących przebieg badania komisji są udostępniane także organowi nadzoru .

11. Okres karencyjny który nie może przekraczać 14 dni stosuje się wobec każdej osoby czasowo odizolowanej w zamkniętym oddziale psychologicznym z polecenia organu prawa lub innego uprawnionego ustawą podmiotu. W czasie trwania okresu karencyjnego badania specjalistyczne oraz wywiady medyczne przeprowadzane są codziennie z zastosowaniem wytycznych. Patrz załącznik szczegółowy do ustawy.

12. Zastosowanie przez lekarza leków psychotropowych może nastąpić wyłącznie po przeprowadzonej obserwacji oraz badaniach które określają przepisy ustawy oraz wyłącznie gdy osoba stwarza czynne zagrożenie dla siebie oraz otoczenia i jest w stanie nieopaczalności to znaczy gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie nawiązać kontaktu z otoczeniem ani kontrolować swojego zachowania a zastosowanie określonych leków przyniesie poprawę stanu zdrowia .

13. Niniejsza ustawa reguluje kwestie zatrudnienia biegłych sądowych oraz lekarzy innych specjalności których dotyczą przepisy ustawy. Zgodnie z zakresem zadań oraz obowiązków określonych w art. 30 biegłym sądowym nie może być lekarz zatrudniony w pełnym wymiarze godzin w zakładzie opieki zdrowotnej publicznym i niepublicznym właściwym dla ochrony zdrowia psychicznego ale wyłącznie lekarz specjalista spełniający najwyższe wymagania pod względem moralnym oraz specjalistycznej wiedzy jak też uprawnień określonych ustawą o zawodach medycznych.

Art.31. Biegłym sądowym może być wyłącznie lekarz specjalista spełniający wymagania określone w ustawie delegowany do przeprowadzenia badań specjalistycznych z listy biegłych sądowych Ministra Zdrowia określonej dla każdej Okręgowej Izby Lekarskiej. Biegły sądowy powinien posiadać wykształcenie medyczne oraz specjalistyczne przede wszystkim jako psycholog.

Art. 32. 1. Wobec osoby przyjętej do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze i terapeutyczne mające na celu poprawę stanu zdrowia tej osoby.

2. Lekarz wyznaczony do tych czynności zapoznaje osobę, o której mowa w ust. 1, z planowanym postępowaniem terapeutycznym, którym nie musi być leczenie farmakologiczne.

Art.33. Minister właściwy do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody osoby określonej w ust. 1 lub jej przedstawiciela ustawowego, uwzględniając konieczność ochrony praw i godności osoby, której świadczenia te są udzielane, oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu postępowania leczniczego.

Art. 34. Wobec osoby przyjętej do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, wraz z okolicznościami wymienionymi w art. 18. .

Art. 35. 1. O wypisaniu ze Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem), jeżeli uzna, że ustały przewidziane w niniejszej ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego bez jej zgody.

2. Osoba ta może za swoją później wyrażoną zgodą pozostać w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego jeżeli w ocenie lekarza jej dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy.

3. O wypisaniu ze szpitala w trybie ust. 1 i okolicznościach, o których mowa w ust. 2, kierownik Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego zawiadamia sąd opiekuńczy.

Art. 36. 1. Osoba przebywająca w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego może złożyć w szpitalu, w dowolnej formie, wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art.37. 1. Osoba przebywająca bez swojej zgody w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę mogą żądać wypisania tej osoby z Zakładu nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia tej osoby bez jej zgody w tym szpitalu. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie; odnotowuje się je w dokumentacji medycznej.

2. W razie odmowy wypisania, osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne osoby wymienione w ust. 2 mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku.

Rozdział 4

Przyjęcie do domu pomocy społecznej

Art. 38. Osoba, która wskutek zaburzeń psychicznych lub upośledzenia umysłowego potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela przyjęta do zakładu leczniczego tylko w przypadku, gdy jej stan stwierdzony opinią lekarską wykazuje taką potrzebę.

Art. 39. 1. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 38, lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na przyjęcie jej do domu pomocy społecznej, a brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu tej osoby lub innych osób, organ do spraw pomocy społecznej może wystąpić do sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby z wnioskiem o przyjęcie do domu pomocy społecznej bez jej zgody tylko na podstawie właściwej opinii lekarskiej oraz postanowienia sądu.

2. Z wnioskiem, o którym mowa w ust. 1, może wystąpić również kierownik Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego jeżeli przebywająca w nim osoba potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, natomiast nie wymaga dalszego leczenia w tym szpitalu.

3. Jeżeli osoba wymagająca skierowania do domu pomocy społecznej ze względu na swój stan psychiczny nie jest zdolna do wyrażania na to zgody, o jej skierowaniu do domu pomocy społecznej orzeka sąd opiekuńczy.

Art. 40. 1. Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do domu pomocy społecznej osoby, o której mowa w art. 38, należy do starosty powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

2. Jeżeli osoba, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do domu pomocy społecznej, odmawia stawienia się w domu pomocy społecznej lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek organu do spraw pomocy społecznej może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do domu pomocy społecznej przez Policję. Osobie takiej przysługuje prawo do wniesienia zażalenia na decyzję sądu.

Art. 41. 1. Osoba przyjęta do domu pomocy społecznej, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo lub osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę - mogą występować do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej.

Rozdział 5

Postępowanie przed sądem opiekuńczym

Art. 42. W postępowaniu przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w niniejszej ustawie stosuje się odpowiednio przepisy o postępowaniu procesowym zgodnie z KPC oraz tryb przyspieszony.

Art. 43. 1. Do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo ma prawo wstępu o każdej porze sędzia w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w takim szpitalu lub domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich one tam przebywają.

2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb sprawowania kontroli, o której mowa w ust. 1, oraz sposób jej dokumentowania, uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, a także biorąc pod uwagę różne rodzaje i typy tych placówek.

Art. 44. 1. Dla osoby przebywającej w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala ustanawiana jej wniosek kuratora, jeżeli osoba ta w czasie pobytu w szpitalu potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw albo spraw określonego rodzaju. Zakres obowiązków oraz uprawnień kuratora określa sąd opiekuńczy.

2. Jeżeli osoba przebywająca w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego ze względu na stan zdrowia nie jest zdolna do złożenia wniosku, sąd opiekuńczy może ustanowić dla niej kuratora z urzędu.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do osób z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, przebywających w domu pomocy społecznej.

Art. 45. 1. W sprawach określonych w art. 25, 29, 36 ust. 3 i art. 39 sąd opiekuńczy orzeka po przeprowadzeniu rozprawy; rozprawa powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4.

1a. W przypadkach uzasadnionych interesem osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, sąd zarządza przeprowadzenie rozprawy w szpitalu.

2. Sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego w trybie określonym w ustawie nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o przyjęciu. W razie stwierdzenia na podstawie wykonanych badań i dokumentacji medycznej, że pobyt tej osoby w szpitalu jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania.

Art. 46. 1. W sprawach dotyczących przyjęcia do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego na oddział psychologiczny oraz wypisania jej z takiego oddziału uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę; mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami.

1a. Osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego, chyba, że jej usprawiedliwi swoją nieobecność na rozprawie. W tym przypadku stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego.

2. Przed wydaniem postanowienia co do istoty sprawy, sąd jest obowiązany uzyskać opinię biegłego lekarza specjalisty.

2a. Jeżeli osoba która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się we wskazanym miejscu lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby przez Policję do wskazanego miejsca wyłącznie gdy przeciwko tej osobie toczy się postępowanie sądowe w określonej sprawie. Osoba która ma być poddana takiemu badaniu ma prawo do sprzeciwu z uzasadnieniem.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do postępowania o przyjęciu do domu pomocy społecznej; do czasu przyjęcia osoby do domu pomocy społecznej organ do spraw pomocy społecznej powinien zapewnić jej niezbędną pomoc.

4. Sąd zawiadamia prokuratora o potrzebie wzięcia udziału w postępowaniu, jeżeli uzna to za konieczne.

Art. 46a. 1. Przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego stosuje się art. 18.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, przewidziane w przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie gdy ich zastosowanie uzasadnia art. 18.1.2.3.

3. Zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie przez Policję, o którym mowa w art. 40 i 46, następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.

Art. 47. 1. Do środków odwoławczych wnoszonych przez osobę, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, ma zastosowania przepis art. 368 Kodeksu postępowania cywilnego oraz w zakresie objętym treścią tego artykułu również przepis art. 370 tego kodeksu. W takim przypadku osobie pokrzywdzonej przysługuje zażalenie do sądu, prokuratora oraz Rzecznika Pacjentów ds. Zdrowia Psychicznego. Rzecznik Pacjentów ds. Zdrowia Psychicznego po zbadaniu sprawy wydaje stosowną opinię wraz z uzasadnieniem w terminie 30 dni.

2. Na odmowę przyjęcia zażalenia lub skargi oraz na opinię Rzecznika przysługuje skarga do Ministra Sprawiedliwości.

3. Minister Sprawiedliwości bądź też uprawniony zastępca Ministra Sprawiedliwości zobowiązany jest udzielić odpowiedzi w terminie do 30 dni roboczych.

Art. 48. Sąd może ustanowić dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata z urzędu.

Art. 49. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w porozumieniu z Radą w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowy sposób postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania z Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego

2) wzory:

a) skierowania do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego,

b) zawiadomień kierownika Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego oraz sądu opiekuńczego o przyjęciu do tego zakładu osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody na podstawie art. 23 ust. 1 lub osoby z zaburzeniami psychicznymi na podstawie art. 24 ust. 1,

c) informatycznego rejestru osób przyjętych do Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego

d) zawiadomień sądu opiekuńczego o wypisaniu z Zakładu Opieki Zdrowia Psychicznego oraz o pozostaniu w zakładzie za zgodą osoby przyjętej do zakładu

e) kontroli powyższych określonych w art. 49.1 -2 oraz organ uprawniony do kontroli.

Rozdział 6

Ochrona tajemnicy

Art. 50. 1. Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału.

2. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:

- 1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej;
- 3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne;
- 4) Kontrwywiadu i Wywiadu Wojskowego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Biura Ochrony Rządu i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub Żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych;
- 5) funkcjonariusza organu policji prowadzącego czynności operacyjno--rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

Art. 51. W dokumentacji dotyczącej badań lub przebiegu leczenia osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, utrwała się także oświadczenia obejmujące przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego . Zasadę tę stosuje się również do dokumentacji dotyczącej badań przeprowadzonych na żądanie uprawnionego organu.

Art. 52. 1. Nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego .

Rozdział 7

Przepisy karne, zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe.

Art. 53. Kto podaje lekarzowi lub organowi właściwemu do wykonywania niniejszej ustawy nieprawdziwe informacje o stanie zdrowia osoby która odpowiada przepisom niniejsze ustawy podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności według obowiązujących przepisów prawa karnego zaś w przypadku gdy sprawcą naruszenia to jest poświadczenia nieprawdy w opinii lub sporządzenia niewłaściwej opinii o stanie zdrowia , stanie niepoczytalności lub zastosowaniu przymusowego leczenia oraz przymusu bezpośredniego jest lekarz lub osoba wykonująca czynności medyczne także odpowiedzialności wg lekarskiego prawa karnego oraz prawa karnego wraz z zakazem wykonywania zawodu a jeśli sprawcą jest lekarz lub organ właściwy do leczenia psychiatrycznego a także inna osoba uprawniona do wykonywania czynności przewidzianych ustawą.

Art. 54. W ustawie z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne (Dz. U. Nr 94, poz. 422) do oznaczenia leków stosowanych w Zakładzie Opieki Zdrowia Psychicznego stosuje się skrót ZOZP.

Art. 55. Minister właściwy dla spraw zdrowia opracuje w porozumieniu z Radą docelową sieć domów pomocy społecznej dla osób psychicznie i nerwowo chorych oraz środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi wraz z zasadami zarządzania tymi placówkami oraz zasadami ich finansowania ze środków budżetowych.

Art. 56. Ustawa wchodzi w życie z dniem

Art.57. Traci moc ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Dz.U.2011.231.1375 2012.01.01 zm. przen. Dz.U.2011.122.696 art. 57 z jednoczesnym unieważnieniem przepisów tej ustawy oraz jej negatywnych skutków i wydanych opinii przez lekarzy psychiatrów.

Art. 57. W sprawach nieuregulowanych niniejszą ustawą zastosowanie mają właściwe rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Art.58. Do przepisów ustawy stosuje się także Załączniki oraz Kartę Zdrowia Psychicznego.

Karta Zdrowia Psychicznego
Profesor Kazimierz Dąbrowski
„KARTA ZASAD I ZADAŃ HIGIENY PSYCHICZNEJ”

1. Higieną psychiczną nazywamy naukę o warunkach zdrowia psychicznego jednostki i grupy.
2. Zdrowie psychiczne jest to zdolność do wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej rzeczywistości i wartości aż do konkretnego ideału społecznego i indywidualnego.
3. Zdrowie psychiczne - jak i inne właściwości ludzkie - ma wiele poziomów, od poziomu ledwie zaznaczonego aż do poziomu najwyższego.
4. Higiena psychiczna, opierając się na sprzęgu takich nauk pogranicznych, jak: psychologia rozwojowa i kliniczna, pedagogika, socjologia, psychopatologia, neurofizjologia, prawo, filozofia i inne, należy do najbardziej inter- i intradyscyplinarnych nauk teoretycznych i stosowanych.
5. Rozwój osobowości jest najważniejszym postulatem higieny psychicznej. Jest to rozwój samouświadomionej, samowybranej, samopotwierdzonej i samowychowującej się jednostki podstawowych właściwości (jakości) psychicznych, realizującej coraz wyższe poziomy rzeczywistości i wartości aż do konkretnego ideału społecznego i indywidualnego.

6. Osobowość jest celem i skutkiem pozytywnych procesów rozwojowych.
7. Jednym z podstawowych wymogów higieny psychicznej jest posiadanie i rozwijanie szacunku dla hierarchii wartości.
8. Szacunek i życzliwość dla człowieka - to jeden z najważniejszych postulatów higieny psychicznej.
9. Opracowanie i wprowadzanie w życie (w wychowanie) zasad i metod obiektywizacji funkcji uczuciowych i popędowych oraz hierarchii wartości jest jednym z podstawowych warunków autentycznego wychowania człowieka.

10. Obiektywizm w stosunku do siebie powinien wiązać się z postawą obiektywno-subiektywną, w stosunku do innych - z przewagą indywidualnego i subiektywnego rozumienia i traktowania drugiego człowieka.

11. Stałe przygotowanie rodziców, pedagogów, psychologów, socjologów, lekarzy w zakresie zasad, postaw i metod higieny psychicznej powinno nie tylko służyć im samym, ale stanowić wzór w wychowaniu całego społeczeństwa.

12. Trzeba wszechstronnie rozwijać swoje dziecko, aby nie być zmuszonym w przyszłości leczyć je psychicznie.

13. Większość pozytywnych form nerwowości (wzmoczonej pobudliwości psychicznej) i psychonerwic należy odpowiednio wcześnie i wszechstronnie wykorzystać dla rozwoju jednostki i społeczeństwa.

14. Badania naukowe, dokumentowanie i wszechstronne rozpatrywanie faktów powinny zasadniczo zmienić stosunek społeczeństwa, lekarzy, psychologów i pedagogów do nerwowości i psychonerwic i wydzielić je z psychiatrii, z leczenia farmakologicznego, jako podstawowego. Ważne jest przy tym prowadzenie wszechstronnej „terapii przez rozwój” w oparciu o elementy twórcze jednostki, a nie wyłącznie nacisk na eliminację zaburzeń.

15. Psychoterapia i autopsychoterapia są niezbędne u zdrowych ludzi w okresach ciężkich doznań, kryzysów rozwojowych, depresji, trudności życiowych.
16. Dla ludzi zdrowych psychicznie i psychoneurotyków o zdrowych elementach rozwoju należy tworzyć sieć ośrodków higieny psychicznej oraz sanatoriów, domów otwartych, półotwartych, zakładów pobytu dziennego itp. Powinno się w nich stosować różnorodne, odpowiednie do zainteresowań i uzdolnień pacjentów metody psychoterapii i terapię przez pracę twórczą.

17. Przy schorzeniach psychotycznych należy, przez dłuższą obserwację pacjentów, dążyć do uchwycenia w ich strukturze i przeżyciach wartości twórczych, związanych z procesem "chorobowym", i dążyć powoli do częściowego - choćby - podporządkowania im tych procesów. W każdym przypadku należy wykorzystać zainteresowania i potrzeby pacjentów dla poprawy ich zdrowia i dalszego rozwoju.

18. Przy schorzeniach chronicznych i inwolucyjnych należy dążyć do takiej organizacji warunków bytowych i samopoczucia chorych, aby mogli żyć życiem ludzkim, w kontaktach z bliskim otoczeniem. Nie należy przy tym zapominać, że niektóre spośród tych chorób mogą także przejawiać pewne możliwości regeneracji.

19. W przypadku psychopatów i charakteropatów niezbędna jest taka organizacja ich życia, aby można było odpowiednio wcześniej postawić właściwą diagnozę i odkryć — jeżeli się uda — elementy psychonerwicowe w ich strukturze, dające pewne możliwości pozytywnych przekształceń. W razie wszechstronnego rozpoznania esencjalnej (konstytucjonalnej) psychopatii niezbędna jest jednak izolacja takich osób, aby unieвозмоżliwić ewentualne akty agresji w stosunku do innych.

Załącznik 1.

Jak przyjmuje się w doktrynie i orzecznictwie, sama choroba nie stanowi wystarczającej podstawy do przymusowej hospitalizacji. Jednocześnie musi występować bezpośrednie zagrożenie dla własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób. W grę mogą wchodzić wyłącznie:

- ostre stany psychotyczne wiążące się z „biernym” ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta lub innych osób
- akty agresji wobec siebie lub innych
- akty agresji które zawierają w sobie rzeczywisty i poważny stopień zagrożenia dla otoczenia ,perwersje, sadyzm , masochizm etc.
- dokonane akty agresji lub autoagresji dokonane w stanie chorobowym lub w stanie niepoczytalności (np. skok przez okno z wysoka, poważne samookaleczenie nożem, połknięcie trującej substancji, uderzenie kogoś ciężkim przedmiotem poważne uszkodzenie ciała swojego lub innej osoby)
- słowne i czynne groźby dokonania zamachu samobójczego lub zamachu na inną osobę/ osoby jeżeli sposób i okoliczności uzasadniają obawę ich spełnienia z powodu depresji lub innej poważnej przyczyny natury psychicznej

PSYCHOPATA DEFINICJA

Termin psychopata pochodzi od greckich słów "psyche", czyli "dusza", oraz "pathos", które tłumaczyć można jako cierpienie (stąd także pochodzi termin "patologia" oznaczający jakiegoś rodzaju zaburzenie). Psychopata to zatem osoba o "zaburzonej duszy", a raczej o zaburzonym sposobie myślenia i odczuwania.

Psychopata to osoba o pewnego rodzaju dysfunkcji, czy raczej dysfunkcjach poznawczo-emocjonalnych. Warto podkreślić, że psychopata nie powinien być mylony z [socjopatą](#), co często się dzieje w potocznym dyskursie. Psychopata nie musi być wcale jednostką aspołeczną, tak jak dzieje się to w przypadku socjopatów wykazujących niechęć do społecznych norm i ludzi jako takich. Wręcz przeciwnie – psychopata często bywa jednostką wysoko uspołecznioną, posiadającą duże grono znajomych, wręcz czarującą i przyciągającą ludzi.

To czyni psychopatów szczególnie niebezpiecznymi – często przez długi czas trudno się zorientować, że mamy do czynienia z kimś o zaburzonych emocjach i patologicznym sposobie myślenia.

Na szczęście istnieje kilka testów skonstruowanych w celach diagnostycznych przez psychologów, na przykład Skala Skłonności Psychopatycznych R. Hare'a, Inwentarz Osobowości Psychopatycznej oraz skala kompleksowej Oceny Osobowości Psychopatycznej pozwalające wykryć te nieprawidłowości.

Cechy osobowości charakterystyczne dla psychopaty to:

- 1 niebranie pod uwagę uczuć innych ludzi, czyli brak empatii,
- 2 lekceważenie autorytetów i norm oraz zasad społecznych, w tym norm prawnych,
- 3 zwiększona skłonność do kłamania i celowego wprowadzania innych w błąd,
- 4 wysoko rozwinięta umiejętność manipulowania ludźmi dla osiągnięcia własnej korzyści,
- 5 brak poczucia odpowiedzialności za własne (niemoralne) postępowanie,
- 6 tendencja do obwiniania innych ludzi za wszelkie niepowodzenia (sami nigdy nie poczuwają się do winy),
- 7 silne przekonanie o własnej wyjątkowości, poparte lub nie realnymi osiągnięciami,
- 8 niski próg dla odczuwania frustracji; psychopata szybko wpada w gniew i zachowuje się agresywnie, jeśli uważa, że ktoś lub coś stoi na drodze do osiągnięcia celu, jaki sobie wyznaczył,
- 9 ogromna łatwość i umiejętność usprawiedliwiania własnych zachowań, szczególnie tych moralnie podejrzanych; psychopata jest mistrzem podawania racjonalnych wyjaśnień, dlaczego zachował się wyjątkowo wrednie (oczywiście wrednie zdaniem innych, gdyż on nigdy tak nie postrzega swojego zachowania).

Zaburzenie osobowości nazywane psychopatią bardzo trudno wyleczyć bądź zmodyfikować na drodze psychoterapii – głównie z uwagi na to, że psychopata nie widzi najmniejszego powodu, żeby poddać się leczeniu. Jego zdaniem problem mają inni, nigdy on sam. Jeśli jednak zgodzi się na terapię, najlepiej sprawdzi się terapia poznawczo-behawioralna, pokazująca punkt widzenia i odczuwania innych ludzi (nie tylko własny – psychopatyczny).

Osobowość psychopatyczna nie jest łatwo rozpoznawalna. Psychopaci są zazwyczaj bardzo inteligentni i potrafią doskonale się maskować. Potrafią być też uroczy i czarujący, tak by przyciągnąć do siebie potencjalne ofiary. Choć nie zawsze cierpienie innych jest dla nich celem samym w sobie (osobowość psychopatyczna czasem jest także związana z sadyzmem), zupełnie nie biorą pod uwagę uczuć i potrzeb innych ludzi. Lekceważą też autorytety i nie widzą potrzeby przestrzegania zasad i norm obowiązujących w danej społeczności.

W celu osiągnięcia własnej korzyści nie cofną się przed kłamstwem i innymi, nieraz drastycznymi, naruszeniami moralnego i społecznego ładu.

Nie odczuwają lęku i strachu lub mają podwyższony próg ich odczuwania. Sprawiają wrażenie twardych i nieustraszonych, ale wiąże się to również z brakiem poczucia odpowiedzialności za własne decyzje i działania, jak również z brakiem odpowiedzialności za innych. Modelowy psychopata ma wysokie poczucie własnej wartości i jest przekonany o własnej wyjątkowości, nawet jeśli nie ma to potwierdzenia w faktach.

Osobowość psychopatyczna oznacza również niską odporność na frustrację – osoba taka ma tendencje do wpadania w gniew i do zachowań agresywnych, gdy coś idzie nie po jej myśli lub kiedy nie może zaspokoić swoich potrzeb. Psychopata cechuje się również dużą umiejętnością usprawiedliwiania własnych czynów – nieważne jak moralnie naganne jest jego zachowanie, zawsze ma wytłumaczenie.

Socjopaci czyli psychopaci są inteligentni, bez skrupułów, agresywni. Przybierają maskę normalności, czasem wręcz czaru osobistego, by tylko osiągnąć zamierzone cele własne. Nie ma dla nich znaczenia, że przy okazji rujnują innym życie. Specjaliści zwracają uwagę, że co piąta osoba może być socjopatą, czyli wykazywać tego typu zespół cech. Jak rozpoznać, że ktoś jest psychopatą?

Kogo nazywamy socjopatą? Socjopatą określamy osobę, która lekceważy normy i zwyczaje obowiązujące w danej kulturze czy środowisku, nie liczy się z uczuciami innych, manipuluje ludźmi i nie ma poczucia winy.

Oba pojęcia: socjopatia (socjopata) i psychopatia (psychopata) na stałe weszły do naszego codziennego słownika i mogą być używane zamiennie.

Socjopata nie wie, co to empatia, współczucie, ciepłe relacje. Nie wynika to ze złej woli, ale z niezdolności do tworzenia związków opartych na więzi.

Nie rozumie, co to znaczy krzywdzić drugiego człowieka. Krzywda dzieje się tylko wtedy, gdy on ja odczuwa. Egocentryczny, postrzega siebie jako osobę bez zarzutu.

Winą za niepowodzenia obarcza innych.

Większość osób z taką osobowością ma przyjemną powierzchowność, bardzo dobrą pracę, rodzinę.

A ponieważ są dobrymi obserwatorami, łatwo wychwytyją ludzkie słabości, aby w odpowiednim momencie je wykorzystać. Socjopata z wysokim ilorazem inteligencji jest najbardziej wyrafinowany i niebezpieczny

Często u osób na szczytach władzy w korporacjach, ale też w małych firmach obserwuje się cechy zaburzonej osobowości.

Socjopata nie identyfikuje się z ludźmi, nie broni ich, chyba że jest mu to do czegoś potrzebne. Osoby z zaburzoną osobowością czerpią z poczucia władzy taką samą przyjemność jak ktoś inny np. z picia alkoholu.

Władza najczęściej manifestuje się przemocą psychiczną.

Ponieważ socjopaci kłamią, manipulują, często testy nie wykazują u nich żadnego zaburzenia. Tylko niezwykła wnikliwość i doświadczenie pozwala to zdemaskować. Ale mimo trafnej diagnozy żadna terapia indywidualna czy grupowa nie przynosi rezultatów, ponieważ socjopata wcale nie chce się zmieniać.

Socjopatia w rozumieniu prawnym nie jest chorobą, pacjent nie ma urojeń, nie czuje się zagubiony w rzeczywistości, nie myli światów. Twardo stąpa po ziemi, działa świadomie i odpowiada za swoje złe i niemoralne czyny, a w razie popełnienia przestępstwa trafia do zwykłego więzienia.

Załącznik nr 2.

STANDARDOWY ODDZIAŁ SZPITALNY DO LECZENIA ORAZ DIAGNOZOWANIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH.

1. W dużych salach powinny się znajdować tylko 4 łóżka, a w małych tylko 2, przy każdym łóżku szafka oraz szafa 90-tka, krzesło oraz parawan z zasłoną aby pacjent mógł się odseparować od pozostałych osób i miał zapewnioną intymność. W salach powinna być suszarka na bieliznę oraz inne pranie, jak też przyciski do wezwania personelu medycznego, lampki nocne, impresje artystyczne na ścianach celem poprawienia nastroju i odwrócenia uwagi od problemów psychicznych pacjenta. W każdej sali powinno być odpowiednio zabezpieczone przed stłuczeniem lustro nad umywalką wraz z jakąś półką lub szafką na przybory toaletowe oraz kontakt przy umywalce do suszarki do włosów i do ładowarki do telefonu komórkowego.
2. Korytarz oraz sale obserwacyjne powinny być kamerowane celem rejestrowania zachowania osób umieszczonych na obserwacji jak też w celu zapewnienia bezpieczeństwa przed osobami agresywnymi i niepoczytalnymi.
3. Na korytarzu powinny stać automaty na napoje zimne i gorące oraz słodyczne.
4. Na tablicy informacyjnej musi znajdować się tygodniowy jadłospis z dietami, pożywienie musi być odpowiednio zbilansowane i składać się z nabiału, serów, mleka, jaj oraz wędlin i owoców. Posiłki mogą być przygotowywane jako catering na jednorazowych tackach pod folią i dowożone do oddziału, jeśli nie mogą być przygotowywane na miejscu.
5. Kuchenka oddziałowa powinna być czynna cały dzień z przerwą na wydanie posiłków i powinna służyć pacjentom do parzenia herbaty oraz kawy jak też przechowywania w lodówce własnych produktów.
6. Na tablicy informacyjnej jak też na drzwiach sal powinny się znajdować wykazy imienne pacjentów oraz nazwiska lekarzy prowadzących a także pielęgniarek i terapeutów.

7. Pobyt w zamkniętym oddziale nie powinien trwać dłużej niż dwa tygodnie w ciągu których lekarz z psycholog powinien przeprowadzać codzienne rozmowy z pacjentem o jego stanie zdrowia, odczuciach, nastrojach, nastawieniach oraz dotyczące zakresu sprawy i problemu z jakim pacjent został czasowo odizolowany przymusowo lub dobrowolnie. Jeśli pacjent wymaga leczenia czyli podawania określonych leków to lekarz po okresie dwutygodniowym decyduje o określonym leczeniu lub o psychoterapii bądź też o dalszym pobycie w oddziale celem zapewnienia poprawy stanu zdrowia albo zwalnia pacjenta do domu z zaleceniami. Jest to tak zwany okres karencyjny konieczny do zapoznania się z pacjentem oraz postawienia prawidłowej diagnozy.
8. Pacjenci powinni codziennie wychodzić na spacerów oraz na zajęcia sportowe a także powinni odbywać codziennie gimnastykę rehabilitacyjną.
9. Pacjenci nie mogą być pozostawieni samym sobie w czasie weekendów bez zajęć, spacerów oraz opieki. W weekendy powinni pracować dyżurni terapeuci z pacjentami i organizować pacjentom odpowiednio czas.
10. Szpital musi zapewniać wszelkie inne leki oraz inną rehabilitację wraz ze środkami sanitarnymi i czystościowymi.
14. Szpital musi zapewnić pacjentom dostęp do adresów właściwych instytucji i organów prawa oraz ustaw prawa medycznego takich jak Karta Praw Pacjenta, Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego, Karta Praw Człowieka, ustawę o Rzeczniku Praw Pacjenta oraz powinien zapewniać sprawną komunikację w formie korespondencji oraz korzystania z telefonu własnego lub oddziałowego.
15. Oddział psychologiczny powinien także być wyposażony w nowoczesny telewizor oraz w miarę możliwości w czytelnię internetową a także w książki lub poradniki medyczne. Zakaz korzystania z internetu powinien zakreślić właściwy organ w postanowieniu w przypadku przestępców oraz osób podejrzanych i będących w toku śledztwa.

Załącznik Nr 3

Dotyczący badań prowadzonych na zlecenie organu

Art.1. W trakcie badania sądowego dotyczącego ustalenia poczytalności lub niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego wywiad oraz badanie lekarskie powinny zawierać następujące dane określone formularzem badania:

- 1) ocena poczytalności oskarżonego w okresie zarzucanego mu czynu,
 - 2) ocena aktualnego (w trakcie badania) stanu zdrowia i zdolności do udziału w postępowaniu zgodnie ze schematem Załącznika Nr 2 do ustawy
 - 3) ocena potrzeby zastosowania środka zabezpieczającego, związanego z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym na okres obserwacji klinicznej
2. Oceniając poczytalność biegli biorą pod uwagę następujące czynniki:

- 1) konkretny, zarzucany sprawcy czyn zabroniony (jego rodzaj i okoliczności),
- 2) konkretnie określony czas czynu czy przestępstwa i odnoszą je do stanu psychicznego, w jakim znajdował się wówczas sprawca.
- 3) akta sprawy, zeznania, zażalenia i inne dokumenty w aktach oraz załączane na bieżąco do akt

Załącznik Nr 4.

Wykaz lektur obowiązkowych do psychiatrii oraz psychologii profesora Kazimierza Dąbrowskiego wraz z charakterystyką teorii dezintegracji pozytywnej.

Założenia teorii dezintegracji pozytywnej

1. Charakterystyczną właściwością człowieka jest naturalna tendencja do rozwoju
2. Na poziomie fizycznym rozwój ten odbywa się z konieczności.
3. Człowiek jest istotą psychofizyczną.
4. Poza rozwojem fizycznym u ludzi następuje rozwój duchowy, intelektualny („rozwój osobowy”) który może być zaburzony lub zdegradowany
5. Rozwój duchowy rozbija zespoły prymitywne oraz jedność pierwotnej struktury jednostki. W ten sposób, poprzez dezintegrację pozytywną, jednostka rozwija się, ale jednocześnie traci swoją spójność.
6. Instynkt rozwojowy rozbijający pierwotną strukturę dąży do odbudowania jedności na wyższym poziomie.

Zatem proces rozwoju ma trzy główne etapy:

1. Dążenie do rozbicia pierwotnych struktur, które jednostka zaczyna postrzegać jako nużące, niewystarczające.
2. Rozbicie dotychczasowej struktury jednostki z jednoczesną utratą wewnętrznej jedności. Okres przygotowania dla nowych, niedostatecznie jeszcze uświadomionych i ugruntowanych wartości
3. Wyraźne ugruntowanie się nowych wartości; celowe przekształcenie struktury; odzyskanie zachwianej równowagi, scalenie jednostki na wyższym niż dotychczasowy poziomie.

Charakterystyka poziomów rozwoju w teorii Kazimierza Dąbrowskiego

Integracja pierwotna – jednostka kieruje się swoimi popędami i potrzebami fizjologicznymi. Działania podejmowane automatycznie, zgodnie z nawykami. Brak poczucia odrębności psychicznej. Jednostki przystosowane do aktualnej rzeczywistości.

Postawa bezrefleksyjna.

Dezintegracja – proces rozbijania pierwotnej, spójnej struktury popędowej wskutek natrafienia na przeszkody i związane z nimi przeżycia; niezadowolenie z integracji pierwotnej. Zanik automatyzmu, wyodrębnienie się samodzielnych czynności uczuciowych i poznawczych. Rozwój samoświadomości.

Integracja wtórna – spójna struktura i scalone czynności, zorganizowane, podporządkowane ośrodkowi dyspozycyjno – kierownicemu.

Wysublimowana struktura uczuciowa, nadpopędy samozachowawcze i gatunkowe (metafizyczny i społeczno – moralny) oraz rosnąca samoświadomość wiążą postawę aktualną z retrospektywną i prospektywną, tworząc nową hierarchę celów w odniesieniu do wyraźnego ideału, nową, wielowymiarową metodę wzbogacania osobowości – samowychowanie. Samopotwierdzenie, samouświadomienie, samowybranie

Pozostałe najważniejsze terminy teorii dezintegracji pozytywnej

Psychopatia – zintegrowana na niskim poziomie struktura prymitywnych popędów. Brak konfliktów wewnętrznych. Psychopata jest głuchy i ślepy na wyższe wartości. W realizacji swoich ambicji jest silny i realizuje je nie bacząc na innych.

Psychonerwice – postawa skonfliktowana wewnętrznie. Psychonerwicowcy są zahamowani, bojaźliwi, przeżywają lęki i depresje. Są wybitnie wrażliwi na hierarchię wartości. Cechuje ich empatia wobec innych, zdolność rozumienia stanów emocjonalnych innych i współodczuwania z innymi, jednak ze względu na skonfliktowanie wewnętrzne nie potrafią tych postaw wyrażać. Jest „pozytywnie nieprzystosowany” – twórczo, samodzielnie dąży do rozwoju.

Zdrowie psychiczne – zdolność rozwoju coraz wyższych hierarchii wartości indywidualnych i społecznych poprzez proces dezintegracji pozytywnej i proces integracji cząstkowej wtórnej. Osobowość jest celem i rezultatem procesu dezintegracji.

Esencja indywidualna – oznacza indywidualne właściwości jednostki (talenty, uczucia, itp.).

Esencja społeczna – oznacza właściwości społeczne jednostki (empatia, autonomia, odpowiedzialność).

Higiena psychiczna – nauka o rozwoju zdrowia psychicznego.

Nauki pokrewne do nauki higieny psychicznej – socjologia, filozofia (rozumiana jako „filozofia codzienności”, „filozofia egzystencji” – szukająca zrozumienia siebie i świata, odpowiedzi na „pytania egzystencjalne” – np.: problem śmierci, wartości, sensu życia), psychologia, psychopatologia, sztuka.

Założenia filozofii rozwoju Kazimierza Dąbrowskiego

Fundamentem filozofii Dąbrowskiego jest idea dwóch esencji.

Na poszczególne esencje składają się właściwości:

- Właściwości społeczne konstrytuują esencję społeczną.
- Właściwości indywidualne konstrytuują esencję indywidualną.

Indywidualne właściwości istotne:

- Talenty i umiejętności, po odjęciu których życie jednostki straciłoby sens lub stałoby się nieznośne. Np.: nie sposób wyobrazić sobie dr Stanisława Markiewicza bez jego pasji pedagogicznej oraz lekarskiej czy Michała Anioła bez jego pasji malarzkiej.

- Więzy przyjaźni i miłości, bez których życie nie zawierałoby żadnych wyższych wartości. Ich brak pozbawiałby nasze życie emocjonalne wszystkich barw.
- Świadomość naszego rozwoju i poczucie tożsamości podmiotowej.

Spoleczne właściwości istotne:

- Empatia, świadomość społeczna, autentyczność, odpowiedzialność. Reprezentują istotę „bycia z innymi”, naszego uczestnictwa we wspólnocie ludzkiej.

Esencje są niezmiennie jakościowo (zawsze składają się na nie wymienione własności), ale są zmienne ilościowo. Wspólnie tworzą całość, są dla siebie nawzajem warunkiem sine qua non. Własności określają nasz sposób myślenia, a także postrzegania siebie i innych. Są niezmiennymi formami tworzącymi strukturę jednostkę. (Struktura: wzajemne relacje między własnościami.)

Esencja człowieka jest ważniejsza niż egzystencja. Egzystencja jest niezróżnicowanym bytem, nieutożsamionym, nieuświadomionym. Esencja jest natomiast zróżnicowana, uświadomiona, wybrana. To nie egzystencja konstytuuje jednostkę, lecz świadomość niepowtarzalnej, wybranej, własnej egzystencji.

Zanik esencji - powodowany brakiem rozwoju - jest gorszy od śmierci i nie-istnienia. Rozwój jest drogą do „egzystencji poprzez esencje”. Dokonuje się on drogą dezintegracji pozytywnej. Odpowiednikiem „esencji” jest w języku psychologii termin „środowisko wewnętrzne”.

Filozoficzna „empiryczna transcendencja w kierunku konkretnego ideału” to w języku psychologii „dezintegracja pozytywna w kierunku rozwoju osobowego”.

Empiryczna transcendencja w kierunku konkretnego ideału podlega analizie transcendentalnej. To znaczy: apriorycznej analizie idei (ideału esencji człowieka) pomijającej problematykę istnienia. Ale rozwój podlega też analizie praktycznej; tzn. analizie sposobów osiągnięcia empirycznego ideału. Punktem dojścia jest kreatywność i możliwość wchodzenia na wyższe poziomy rzeczywistości, a także przekroczenie egzystencji poprzez stwarzanie esencji.

Wyjaśnienie terminów

Opisując procesy rozwojowe profesor Dąbrowski zdefiniował podstawowe terminy, wykorzystywane w ramach teorii:

Dezintegracja pozytywna wyraża korzystne rozluźnienie, a nawet rozbicie pierwotnej struktury psychicznej, np. w okresie dojrzewanja, w nerwowości, nerwicach i psychonerwicach oraz w konfliktach zewnętrznych, a przede wszystkim - wewnętrznych życia codziennego.

Jej pozytywność opiera się na stwierdzeniu, że takie rozluźnienia i rozbicia są bardzo często czynnikiem sprzyjającym rozwojowi, szczególnie rozwojowi przyspieszonemu i twórczemu, co stwierdza się w praktyce u osób psychonerwicowych oraz w biografjach wybitnych osobowości.

Środowisko wewnętrzne, to - analogicznie do środowiska zewnętrznego - układ tendencji albo dynamizmów wewnętrznych jednostki, a więc dynamizmów jednopoziomowych lub wielopoziomowych, hierarchicznych lub równorzędnych, będących ze sobą w harmonii lub w konfliktach i mających znaczenie rozwojowe lub arozwajowe.

Jest to teren współpracy i ścierania się wszystkich dynamizmów jednostki zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych.

Nieprzystosowanie pozytywne oznacza nieprzystosowanie, które ma charakter twórczy, wyraża samodzielność rozwojową.

Agonia - jest tutaj używany w znaczeniu najwyższego, globalnego natężenia bólu czy cierpienia psychicznego, które może mieć znaczenie pozytywne.

Przedmiot-podmiot w sobie - świadome zainteresowanie jednostki swoim własnym życiem psychicznym i zdolność do coraz szerszego i głębszego wnikania w nie.

Powstanie tego dynamizmu oznacza, że zainteresowanie własnym środowiskiem wewnętrznym zaczyna górować nad zainteresowaniem światem zewnętrznym.

Dynamizm ten jest kluczem umożliwiającym jednostce otwarcie jej własnej psychiki dla niej samej. Dzięki niemu podmiot obiektywizuje swe treści, ujmując je nieomal jak zjawiska zewnętrzne, co pozwala na to, by spojrzeć na nie i poznawać w sposób bardziej pełny, rzeczowy, uwolniony o d pierwiastków jednostronnych i powierzchownych.

Czynnik trzeci, to czynnik autonomiczny, syntetyzujący inne czynniki autonomiczne, które wyrażają twórcze zaprzeczenie i potwierdzenie pewnych własnych tendencji i pewnych wpływów otoczenia. Jest to czynnik wybiórczy w obu środowiskach i autonomiczny w rozwoju własnym jednostki.

Czynnik ten jest bardzo bliski istocie i zakresowi działania dynamizmu przedmiot-podmiot w sobie. Wyodrębniony obok czynników pierwszego (czynnik konstytucjonalny) i drugiego (wpływ środowiska społecznego) - jest on syntezą wszystkich czynników autonomicznych i autentycznych w rozwoju. Jest to czynnik świadomego wyboru określonych wartości we własnym psychicznym środowisku wewnętrznym, wielopoziomowej analizy i oceny środowiska wewnętrznego i zewnętrznego.

Jego działanie moglibyśmy wyrazić następująco: nie lubię, nie potwierdzam pewnych właściwości mej struktury psychicznej, pewnych tendencji, form myślenia i działania - zatem odrzucam je, a wzmacniam, potwierdzam i pragnę rozwinąć inne, które uważam za wyższe; podobnie odsuwam, odrzucam, nie uznaję pewnych wpływów otoczenia, a inne przyjmuję, potwierdzam, wzbogacając tym samym własną osobowość.

Czynnik trzeci jest zatem czynnikiem stałego wyboru w środowisku wewnętrznym i zewnętrznym.

Jest czynnikiem autonomicznym i autentycznym, wyrażającym częściowe uniezależnienie się od obu pierwszych czynników rozwojowych, które to czynnik trzeci modyfikuje, przetwarza, kontroluje, wybiera z nich wszystko to, co jest korzystne dla rozwoju, a inne elementy osłabia i odrzuca. Jest zatem jednym z głównych czynników rozwoju w procesie dezintegracji pozytywnej.

Czynnik trzeci wyraża postawę obiektywizmu i krytycyzmu wobec siebie, samokontroli, sprzyja obiektywnej ewaluacji środowiska społecznego. Ten podstawowy element determinuje rozwój człowieka i znajduje swoje miejsce - jak już wspominaliśmy - obok dziedziczności i wpływów otoczenia. I dalej jeszcze - jego znaczenie wzrasta w wyższych stadiach rozwoju człowieka.

Pojawienie się i rozwój czynnika trzeciego są w pewnym stopniu zależne od uzdolnień odziedziczonych i od doświadczeń w środowisku wewnętrznym, ale równocześnie staje się on niezależny od tych czynników przez definiowanie siebie samego i determinowanie rozwoju własnej osobowości.

Esencja indywidualna i społeczna, to najwyższe zespoły właściwości jednostki, z których pierwszy oznacza najistotniejsze, wysublimowane właściwości indywidualne (zainteresowania i talenty, wyłączone uczucia, świadomość własnej tożsamości i historii, rozwoju), a drugi - najwyższe właściwości społeczne (empatia, odpowiedzialność, autonomia, autentyzm, wysoki poziom świadomości społecznej). Każda z tych esencji stanowi warunek sine qua non drugiej.

Poczucie niższości w stosunku do samego siebie jest poczuciem odległości między tym, co w danej chwili jest realizowane a poziomem ideału, który zarysowuje się coraz wyraźniej, staje się podstawą napięć twórczych, prowadzących do coraz bardziej intensywnych czynności samowychowania.

Poczucie jest przejawem procesu intensywnego rozwoju moralnego i kulturalnego w przeciwieństwie do poczucia niższości w stosunku do środowiska zewnętrznego, będącego zjawiskiem powszechnym i prymitywnym.

Wystąpienie poczucie niższości w stosunku do samego siebie jest czynnikiem niezbędnym w procesie dezintegracji pozytywnej, na drodze efektywnej realizacji ideałów osobowości i osiągnięcia coraz wyższego poziomu osobowości.

Ośrodek dyspozycyjno-kierowniczy w ogólnym rozumieniu jest dynamizmem, który decyduje o rodzaju i kierunku czynności danego osobnika. U jego podstaw znajdują się różne siły popędowe, od niższych do wyższych, tendencje nieświadome i świadome, chorobowe i niechorobowe, powstałe i rozwijające się w strukturze spoistej lub zdezintegrowanej.

W teorii dezintegracji pozytywnej występuje w węższym znaczeniu, jako spoisty dynamizm, istniejący zarówno na niższym, jak i na wyższym poziomie rozwoju jednostki i obejmujący bądź tylko pewną "przestrzeń psychiczną", bądź całą psychikę danego osobnika.

Ośrodek jest czynnikiem organizującym, kierującym, wolicyjno-realizacyjnym, czynnikiem podejmowania i wykonywania decyzji w oparciu o kierunek wyznaczony przez podstawowe instynkty, lub w oparciu o proces rozwojowy sterujący ku osobowości.

W ostatnim przypadku ośrodek dyspozycyjno-kierowniczy współdziała ściśle z innymi dynamizmami rozwijającej się osobowości.

Ideał osobowości - odległy wzór, który jednostka realizuje. Jest to rezerwuar aktywnych sił organizujących, powstający w fazie dezintegracji pozytywnej wielopoziomowej i integracji wtórnej. Mimo odległości wzór ten może być u wielu jednostek konkretny.

Stanowi on dynamizm wewnętrzny i źródło energii dla rozwoju wszystkich aktualnych i potencjalnych bogactw psychicznych jednostki oraz dla hamowania jej dynamizmów prymitywnie popędowych. Ideał ten obejmuje wszystkie najistotniejsze cechy pozytywne, bardziej i mniej powszechne a także indywidualne.

Ucieleśnia się on zazwyczaj w rzeczywistej lub fikcyjnej postaci (ojciec, matka, wychowawca, wybitna osobistość współczesna lub historyczna), ale może on też być koncepcją, sumą cech charakterologicznych i typologicznych mniej więcej skonkretyzowanych. W obu przypadkach ideał osobowości odgrywa rolę modelu, wzoru, jest silnie przeżywaną i konkretyzowaną przez jednostkę potrzebą uzupełnień i modyfikacji własnych właściwości.

Potencjał rozwojowy jest konstytucjonalnym wyznacznikiem rozwoju indywidualnego w głównych liniach. Na potencjał rozwojowy składa się wzmożona pobudliwość psychiczna w podstawowych, zawiązkowych jej formach, a więc: wzmożona pobudliwość sensualna, psychoruchowa, emocjonalna, imaginacyjna, intelektualna.

Potencjał rozwojowy przejawia się również u wielu jednostek w formie wczesnych objawów silnych zainteresowań i uzdolnień, a nawet talentów. W związku z właściwościami potencjału rozwojowego, przejawia się ta cecha, która świadczy o zawiązkach samoświadomości, o zawiązkach utożsamiania z sobą i ze swoją drogą rozwojową. Stanowi to teren, na którym potencjał rozwojowy jest wyraźny i silny, wyznacza w znacznej mierze pozytywny lub negatywny rozwój jednostki.

Transcendencja - albo - przekroczenie - oznacza wzniesienie się w rozwoju ponad poziom przeciętnych, a nawet wyżej przeciętnych czynności intelektualnych i afektywnych, charakterystycznych dla stadiów prymitywnych. Jako przykład możemy podać przekroczenie lub tendencje do przekroczenia własnego typu psychicznego oraz biologicznego cyklu życiowego, przekroczenie instynktu samozachowawczego i płciowego na poziomach średnich lub wyżej średnich.

Publikacje oraz artykuły Profesora Kazimierza Dąbrowskiego obowiązujące każdego psychiatrę oraz psycholog a jak też lekarzy innych specjalności mających związek z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego:

1. Dąbrowski, K. (1929). Les conditions psychologique du suicide. Geneve: Imprimerie de Commerce (praca doktorska).
2. Dąbrowski, K. (1933). Higiena psychiczna za granicą i u nas, jej najbliższe potrzeby i próby jej realizacji. [Mental hygiene abroad and in our country.] Warszawa: Wydawnictwo Ministerstwa Opieki Społecznej.

3. Dąbrowski, K. (1934). Behawioryzm i kierunki pokrewne w psychologii. [Behaviourism and related schools in psychology.] Warszawa: Lekarz Polski
4. Dąbrowski, K. (1934). Podstawy psychologiczne samoderżenia (automutylacji). [Psychological basis of self-torture.] Warszawa: Przyszłość.
5. Dąbrowski, K. (1935). Nerwowość dzieci i młodzieży [The nervousness of children and youth.] Warszawa: Nasza Księgarnia
6. Dąbrowski, K. (1937). Instytut Higieny Psychiczej. [The Mental Hygiene Institute.] Warszawa: Wydawnictwo Koła Przyjaciół Instytutu Higieny Psychiczej.
7. Dąbrowski, K. (1937) La santé mentale, la définition et délimitation des domaines in: Comptes Rendus du Ite Congrès International d'Hygiène Mentale, Paris 1937
8. Dąbrowski, Casimir (1937). Psychological basis of self mutilation. (W. Thau, Trans.) Genetic Psychology Monographs, 19, 1-104
9. Dąbrowski, K. (1938). Kwestionariusz neurotyczny. [The neurotic questionnaire.] Warszawa: Instytut Higieny Psychiczej.
10. Dąbrowski, K. (1947). Państwowy Instytut Higieny Psychiczej. [The State Institute of Mental Hygiene.] Warszawa: Wyd. Prasa Demokratyczna.
11. Dąbrowski, K. (1958). Nerwowość dzieci i młodzieży. [Nervousness of children and teenagers.] Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych. (PZWS).
12. Dąbrowski, K. (1959). Społeczno-wychowawcza psychiatria dziecięca. [Socio-educational child psychiatry.] Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych (PZWS).
13. Dąbrowski, K. (1960). Nasze dzieci dorastają. Problemy wieku dojrzewania. [Our children grow.] [Basic question of mental hygiene.] Warszawa: Wiedza Powszechna
14. Dąbrowski, K. (1962). Higiena psychiczna [Mental hygiene.] Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych (PZWS).
15. Dąbrowski, K. (1962). Co to jest higiena psychiczna [What is mental hygiene?] Warszawa: Nasza Księgarnia.
16. Dąbrowski, K. (1964). Higiena psychiczna w życiu codziennym. [Mental hygiene in everyday life.] Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich
17. Dąbrowski, K. (1964). O dezintegracji pozytywnej: [On positive disintegration:] Szkic teorii rozwoju psychicznego człowieka poprzez nierównowagę psychiczną, nerwowość, nerwice i psychonerwice. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
18. Dąbrowski, K. (1964). Positive disintegration. Boston: Little Brown & Co.
19. Dąbrowski, K. (1964). Społeczno-wychowawcza psychiatria dziecięca. [Socio-educational child psychiatry. Second revised edition] Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
20. Dąbrowski, K. (1964). La desintegration positive; problemes choisis. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
21. Dąbrowski, K. (1965). Psychotherapie des neuroses et des psychonevroses. L'instinct de la mort d'apres la theorie de la desintegration positive. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
22. Dąbrowski, K. (1967). Personality-shaping through positive disintegration. Boston: Little Brown & Co.

23. Cienin, P. (pseudonim) (1970). Myśli i aforyzmy egzystencjalne. [Existential thoughts and aphorisms.] London: Gryf-Publications.
24. Dąbrowski, K., with Kawczak, A., & Piechowski, M. M. (1970). Mental growth through positive disintegration. London: Gryf Publications
25. Dąbrowski, K. (1970). Multilevelness of instinctive and emotional functions. Unpublished manuscript. University of Alberta, Edmonton, AB. (Purple cover, 173 pages. A preliminary manuscript to Volume I of the 1977 Dabor Publications).
26. Dąbrowski, K. (1971). Pojęcia żyją i rozwijają się: ze studiów nad dynamiką pojęć. [Dynamics of concepts.] London: Gryf Publications.
27. Dąbrowski, K. (1972). Crecimiento mental la desintegracion positiva. Lima, Peru: Universidad Femina.
28. Dąbrowski, K. (1972). Psychoneurosis is not an illness. London: Gryf Publications.
29. Cienin, Paul (Pseudonim) (1972). Existential thoughts and aphorisms. London: Gryf Publications.
30. Cienin, Pawel (Pseudonim) (1972). Fragments from the diary of a madman. London: Gryf Publications.
31. Dąbrowski, K. (1972, March 10). Project of the organization of the Institute for Research and Development of Higher Emotions. Institute for Authentic Development. 14 pages
32. Dąbrowski, K. (1972). La croissance mentale par la desintegration positive. Quebec: Editions Saint-Yves.
33. Dąbrowski, K. (1972). La psychonevrose n'est pas une maladie: nevroses et psychonevroses, considerees du point de vue de la desintegration positive. Quebec: Editions Saint-Yves.
34. Dąbrowski, K. (1972). Le dynamisme des concepts: phenomenes positifs dans la desintegration. Quebec Editions Saint-Yves.
35. Dąbrowski, K. (1972). Introduction generale a la theorie de la desintegration positive. Quebec: Editions Saint-Yves
36. Dąbrowski, K., with Kawczak, A., & Sochanska, J. (1973). The dynamics of concepts. London: Gryf Publications.
37. Dąbrowski, K. (1974). Dwie diagnozy. [Two diagnoses.] Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
38. Dąbrowski, K. (1974). Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie. [Mental health and human worth.] Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
39. Dąbrowski, K. (1975). Trud istnienia. [Difficulty of existence.] Warszawa: Wiedza Powszechna . Seria Omega.
40. Dąbrowski, K. (1975). Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezyntegracje pozytywna. Warszawa: PTHP.
41. Dąbrowski, K. (1976). Nerwowość dzieci i młodzieży. [Neuroses of children and teenagers.] Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. /wyd. drugie uzupełnione/.
42. Dąbrowski, K., with Piechowski, M. M. (1977). Theory of levels of emotional development: Volume 1 - Multilevelness and positive disintegration. Oceanside, New York: Dabor Science Publications

43. Dąbrowski, K. (1977). *Psychotherapies actuelles*. /L. Granger, G. R. de Grace, A. Bachelor, F. L. Leśniak, A. Saint-Yves/. Collection Service a la Psychotherapie. Quebec: Editions Saint-Yves
44. Dąbrowski, K. (1977). *S'il y a un toxicomane dans votre famille*. Quebec: Editions Saint-Yves.
45. Dąbrowski, K. (1979, March). *Nothing can be changed here*. (E. Mazurkiewicz, Trans.), Peter Rolland (Ed.). (Privately Printed).
46. Dąbrowski, K. (1979). *Dezintegracja pozytywna*. [Positive disintegration.] Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy. (PIW)
47. Dąbrowski, K. (1979). *Wprowadzenie do higieny psychicznej*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
48. Dąbrowski, K. (1979). *Zdrowie psychiczne*. /red./ /współautorzy: J. Aleksandrowicz, G. L. Borofsky, J. Chałasiński, M. Grzywak-Kaczyńska, R. Miller, M. M. Piechowski, A. Roykiewicz, B. Suchodolski, H. Szwarc, M. Szyszkowska, K. Zieliński. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
49. Dąbrowski, K. (1979). *Psychoterapia przez rozwój*. [Psychotherapy through development.] Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej
50. Dąbrowski, K. (1979). *Osobowość jej kształtowanie poprzez dezyntegracje pozytywna*. [Personality and its development through positive disintegration.] PTHP, Warszawa.
51. Dąbrowski, K. (1980). *Funkcje i struktura emocjonalna osobowości*. [Structure and emotional functions of personality.] Wyd. Warszawskie Centrum Studenckiego Ruchu Naukowego. Warszawa [wyd. drugie PTHP Oddział w Lublinie. Lublin 1984]
52. Dąbrowski, K. (1982). *Pasja rozwoju*. [Passion of growth.] Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
53. Dąbrowski, K. (1988). *Pasja rozwoju*. [Passion of growth.] Warszawa: Almapress. Studencka Oficyna Wydawnicza ZSP.
54. Dąbrowski, K. (1989). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. [In search of mental health.] Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
55. Dąbrowski, K. (1991). *Moralność w polityce*. Wyd. Bis. Warszawa ss. 76.
56. Dąbrowski, K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. [In search of mental health.] Warszawa: Wydawnictwo Naukowe /PWN/..
57. Dąbrowski, K. (1996). *Multilevelness of emotional and instinctive functions. Part 1: Theory and description of levels of behavior*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. A republication of the titles and text of the 1974 manuscript that was the basis of Part 1 of the 1977 Dabor book. Published in English with a new preface by Czesław Cekiera. 446 pages. Published in one soft cover binding with Part 2.
58. Dąbrowski, K. & Piechowski, M. M. with the assistance of Marlene [Rankel] and Dexter R. Amend (1996). *Multilevelness of emotional and instinctive functions. Part 2: Types and Levels of Development*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. A republication of the titles and text of the 1972 manuscript that was the basis of Part 2 of the 1977 Dabor book. Published in English with a new preface by Czesław Cekiera. 446 pages. Published in one soft cover binding with Part 1.

Artykuły

1. Dąbrowski, K. (1931). O wpływie otoczenia na powstawanie i rozwój nerwowości dziecięcej. [The influence of the environment in the genesis and development of child nervousness.] *Szkoła Specjalna*, 2, 32-39.
2. Dąbrowski, K. (1931). Z zagadnień podniesienia kultury moralnej społeczeństwa. [The questions of developing the moral culture of the society.] *Głos Nauczycielski*, 12, 8-11.
3. Dąbrowski, K. (1931). Zur Klinik und Pathologie der senilen Paranoia. *Jahrbucher fur Psychiatrie und Neurologie*, 47, 171-176.
4. Dąbrowski, K. (1933). Znaczenie wieku w klinice i patologii parkinsonizmu pośpiączkowego. *Neurologia Polska*, 1, 52-59.
5. Dąbrowski, K. (1936). L' Institut d' Hygiene Mentale de Varsovie et son programme de travail. *Bulletin Mensuel de l'Office International d'Hygiene Publique*, 28(fasc. 8), 127-131.
6. Dąbrowski, K. (1938). Nowoczesne zadania i potrzeby psychiatrii i higieny psychicznej w Polsce. [The contemporary tasks and needs of psychiatry and mental hygiene in Poland.] *Biuletyn Instytutu Higieny Psychicznej*, 2, 21-27.
7. Dąbrowski, K. (1938). Typy wzmożonej pobudliwości psychicznej. [Types of increased psychic excitability]. *Biuletyn Instytutu Higieny Psychicznej*, 1(1), 12-19.
8. Dąbrowski, K. (1938). Uwagi o psychosocjalnych warunkach powstawania i rozwoju hiperkinez funkcjonalnych oraz tików. [Psychosocial conditions of genesis and development of functional hyperkineses and tics.] *Biuletyn Instytutu Higieny Psychicznej*, 2, 1-10.
9. Dąbrowski, K. (1939). Higiena psychiczna, jej treść, zakres, zadania i stosunek do innych nauk. [Mental hygiene, its content, scope, task, and relationship to other branches of science.] *Biuletyn Instytutu Higieny Psychicznej*, 2, 12-19.
10. Dąbrowski, K. (1939). O wpływie otoczenia na powstanie i rozwoju niektórych form nerwowości u dzieci. [About the impact of the environment and development of some forms of nervousness in children.] *Szkoła Specjalna*, Warszawa
11. Dąbrowski, K. (1946). O integracji i dezintegracji psychicznej. *Zdrowie Psychiczne*, nr 1.
12. Dąbrowski, K. (1948). Pojęcie zdrowia psychicznego. [The concept of mental health.] *Zdrowie Psychiczne*, 2- 4, 37-51.
13. Dąbrowski, K. (1948). Uwagi o teorii Jacksona. [Comments on Jackson's theory.] *Zdrowie Psychiczne*, 2- 4, 143-49.
14. Dąbrowski, K. (1949). Dezyntegracja jako pozytywny etap w rozwoju jednostki. [Positive disintegration as a positive stage in the development of an individual]. *Zdrowie Psychiczne*, 3- 4, 30-37.
15. Dąbrowski, K. (1951). Gruźlica i walka z nią. Podręcznik dla średnich szkół medycznych . Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw. Lekarskich.
16. Dąbrowski, K. (1958). Higiena psychiczna. [Mental hygiene.] *Zdrowie Publiczne*, 2, 811-830. Junior author: I. Rogowski.
17. Dąbrowski, K. (1958). Les desintegration mentale comme facteur positif dans le developement emotional de l'enfant. *A Crianaca Portuguesa*, 17, 731-736.
18. Dąbrowski, K. (1958). Uwagi o diagnostyce psychologicznej i jej znaczeniu dla samowychowania. [Comments on psychological diagnosis and its meaning for self-education.] *Collectanea Theologica*, 39, 106-128.

19. Dąbrowski, K. (1959). Sur la desintegration positive. *Annales Medico-Psychologiques*, 117/2, 643-668.
20. Dąbrowski, K. (1960). Conception dynamique de la sante mentale. *A Crianca Portuguesa*, 19, 145-167.
21. Dąbrowski, K. (1960). Podstawowe zagadnienia higieny psychicznej *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Higieny Psychicznej*, 1, 4-25. Junior author: H. Zajączkowski.
22. Dąbrowski, K. (1960). Remarques sur la typologie base sur la theorie de la desintegration positive. *Annales Medico-Psychologiques*, 118/2, 401-406.
23. Dąbrowski, K. (1960). Światowy Rok Zdrowia Psychicznego w Polsce. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Higieny Psychicznej*, 1, 42-45.
24. Dąbrowski, K. (1961). Dynamiczne ujecie zdrowia psychicznego. [A dynamic approach to mental health.] *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Higieny Psychicznej*, 2, 24-33.
25. Dąbrowski, K. (1961). Dynamiczne ujecie zdrowia psychicznego. Cz. I. *Zdrowie Psychiczne*, 1, 14-22.
26. Dąbrowski, K. (1961). Dynamiczne ujecie zdrowia psychicznego. Cz. II. *Zdrowie Psychiczne*, 2, 18-26.

27. Dąbrowski, K. (1961). Les dynamismes principaux de la desintegration au niveaux multiples. *Annales Medico-Psychologiques*, 119/1, 225-234.
28. Dąbrowski, K. (1961). La sentiment d' inferiorite vis-a-vis de soi-meme. *Annales Medico-Psychologiques*, 119/2, 625-632.
29. Dąbrowski, K. (1963). La desintegration positive. Problemes choisis. *Conferences de l'Academie Polonaise des Sciences, Centre Scientifique a Paris, 1963, fascicule 48, (whole number 48), 115-122.*
30. Dąbrowski, K. (1963). Osobowość, wybitne uzdolnienia i psychoneurozy u dzieci i młodzieży. [Personality, prominent abilities, and psychoneuroses in children and youth.] *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Higieny Psychicznej*, 4, number 2, 53-63.
31. Dąbrowski, K. (1963). Principales structures et dynamismes du milieu psychique interne. *A Crianca Portuguesa*, 21, 507-535.
32. Dąbrowski, K. (1963). Psychoneurozy. [Psychoneuroses.] *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 17, 305-345.
33. Dąbrowski, K. (1964). Metoda pochwały i nagany w rozwoju osobowości dziecka. [The method of praise and reprimand in the development of child's personality.] *Zdrowie Psychiczne*, 5, number 4, 3-11.
34. Dąbrowski, K. (1964). O internerwicowych i intranerwicowych hierarchiach struktury i funkcji psychicznej. [On interneurotic and intraneurotic hierarchies of psychic structure and functions.] *Zdrowie Psychiczne*, 5, number 3, 14-22.
35. Dąbrowski, K. (1964). O psychoterapii nerwic i psychoneurozy w oparciu o teorie dezintegracji pozytywnej. [Psychotherapy of neuroses and psychoneuroses based on the theory of positive disintegration.] Part 1. *Zdrowie Psychiczne*, 5, number 1, 19-26.
36. Dąbrowski, K. (1964). O psychoterapii nerwic i psychoneurozy w oparciu o teorie dezintegracji pozytywnej. [Psychotherapy of neuroses and psychoneuroses based on the theory of positive disintegration.] Part 2. *Zdrowie Psychiczne*, 5, number 2, 59-67.
37. Dąbrowski, K. (1965). O psychoterapii dziecka lękliwego, w: *Higiena psychiczna i nerwice dziecięce / praca zbiorowa/* . PAN, Wrocław-Warszawa-Kraków, s. 42-52.

38. Dąbrowski, K. (1965). Psychoneurose u młodzieży wybitnie uzdolnionej. [Psychoneuroses among particularly gifted youth.]. *Zdrowie Psychiczne*, 6, 1, 24-35. Junior author: J. Kujawska.
39. Dąbrowski, K. (1965). Problemy adaptacji i dezadaptacji. [Problems of adjustment and maladjustment.] *Zdrowie Psychiczne*, 6, Number 4, 7-18.
40. Dąbrowski, K. (1965). Zagadnienia higieny psychicznej w psychoprofilaktyce przestępców. [Aims of mental hygiene in psychoprophylaxis of criminals]. *Zdrowie Psychiczne*, 6, No. 4, 7-19. Junior author: H. Osiński.
41. Dąbrowski, K. (1966). The problem of positive disintegration: A new approach to the study of mental disorders. *The Alberta Psychologist*, 1, 12-18.
42. Dąbrowski, K. (1966). The Theory of Positive Disintegration. *International Journal of Psychiatry*, 2(2), 229-244. This is a reprint of pages 1-32 of *Positive Disintegration* (1964). It is introduced by Aronson (on page 165). Short discussions by Aronson and Mowrer follow Dąbrowski's article.
43. Dąbrowski, K. (1967). La decompensation des structures psychonevrotiques. *Annales Medico-Psychologiques*, 125/2, 475-482.
44. Dąbrowski, K. (1967). The Theory of Positive Disintegration. In O. H. Mowrer, *Morality and mental health* (pp. 152-165). Chicago: Rand McNally. [A reprint of pages 1-32 of *Positive Disintegration* (1964)].
45. Dąbrowski, K. (1967). Psychotherapy based on the theory of positive disintegration. In R. M. Jurjevich, *Handbook of Psychotherapy* (pp. 143-173). Chicago: Rand McNally.
46. Dąbrowski, K. (1968). Le milieu psychique interne. *Annales Medico-Psychologiques*, 126/ 2, 457-485.
47. Dąbrowski, K. avec M. Piechowski, Les emotions superieures et l'objectivite d'evaluation. *Annales Medico-Psychologiques*, 127/2, 589 – 613.
48. Dąbrowski, K. (1974). Uspołecznienie autentyczne i pozorne a zdrowie psychiczne człowieka. *Zdrowie Psychiczne*, 3(4), 21-32.
49. Dąbrowski, K. (1974). Ważniejsze osiągnięcia i perspektywy rozwojowe ruchu higieny psychicznej w Polsce. *Zdrowie Psychiczne*, 3(4), 41-47.
50. Dąbrowski, K. (1974). Przyszłość i perspektywy ruchu higieny psychicznej w Polsce. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 6, 7-16.
51. Dąbrowski, K. (1975). Automutylacja w psychoneurozach o ostrym przebiegu. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 5-7
52. Dąbrowski, K. (1975). Czy zachodzi potrzeba częściowego wykluczenia z psychiatrii niektórych syndromów albo <jednostek chorobowych>. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 49-55.
53. Dąbrowski, K. (1975). Dziecięce ośrodki higieny psychicznej. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 38-41.
54. Dąbrowski, K. (1975). Fragmenty z dziennika obłąkanego - do zbyt małej wyobraźni. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 132-135.
55. Dąbrowski, K. (1975). Higiena psychiczna /1962/ - wstęp. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 53-55.
56. Dąbrowski, K. (1975). Higiena psychiczna /1962/ - wstęp do drugiego wydania. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 56-58.

57. Dąbrowski, K. (1975). Instynkt rozwojowy. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 80-87.
58. Dąbrowski, K. (1975). Kryteria wartości i poziomu funkcji uczuciowych oraz popędowych a zdrowie psychiczne. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 6-27.
59. Dąbrowski, K. (1975). Myśli i aforyzmy egzystencjalne /fragmenty/. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 136-138.
60. Dąbrowski, K. (1975). Nerwice i psychonerwice u młodzieży. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 66-69.
61. Dąbrowski, K. (1975). Nerwowość. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 34-37.
62. Dąbrowski, K. (1975). Osobowość a procesy uspołecznienia. *Zeszyty ODISS*, 38(6), 51-61.
63. Dąbrowski, K. (1975). Podstawy psychologiczne samoderżenia /automutylacji/ - wstęp. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 22-23.
64. Dąbrowski, K. (1975). Poziomy rozwojowe funkcji instynktowych. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 110-114.
65. Dąbrowski, K. (1975). Pozytywna niedojrzałość. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 119-122.
66. Dąbrowski, K. (1975). Przedmiot psychiatrii dziecięcej, jej zakres i miejsce w naukach pokrewnych. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 30-33.
67. Dąbrowski, K. (1975). Psychohigiena konfliktu społecznego. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 61-65.
68. Dąbrowski, K. (1975). Psychologia humanistyczna. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 128-131.
69. Dąbrowski, K. (1975). Rozwój osobowości według teorii dezintegracji pozytywnej. *Zdrowie Psychiczne*, 1(2), 7-17.
70. Dąbrowski, K. (1975). Środowisko wewnętrzne. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 115-118.
71. Dąbrowski, K. (1975). Typy normalnego rozwoju. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 105-109.
72. Dąbrowski, K. (1975). Wybrane zagadnienia z higieny psychicznej małżeństwa. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 42-52.
73. Dąbrowski, K. (1975). Zagadnienia zdrowia psychicznego grupy społecznej. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 59-61.
74. Dąbrowski, K. (1975). Zastosowanie metody dezintegracji pozytywnej wobec dzieci i młodzieży. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 88-104.
75. Dąbrowski, K. (1975). Zdrowie psychiczne. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 122-127.
76. Dąbrowski, K. (1975). Zdrowie psychiczne ujmowane jako wyraz hierarchicznego działania funkcji pod kontrolą funkcji realności. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 28-30.
77. Dąbrowski, K. (1976). On the philosophy of development through positive disintegration and secondary integration. *Dialectics and Humanism*, 3-4, 129-144.
78. Dąbrowski, K. (1977). Kontrola czynności człowieka poprzez dynamizmy uczuciowo-popędowe. *Zdrowie Psychiczne*, 3, 6-32.
79. Dąbrowski, K. (1977). Rola higieny psychicznej w zapobieganiu przestępczości / współautor: B. Hołyst/. *Zdrowie Psychiczne*, 3, 50-61.
80. Dąbrowski, K. (1977). Współczesna problematyka ochrony zdrowia psychicznego. *Zdrowie Psychiczne*, 1(2), 15-22.
81. Dąbrowski, K. (1978). Interdyscyplinarne ujęcie problemów psychohigieny. *Zdrowie Psychiczne*, 1, 6-12.
82. Dąbrowski, K. (1978). Koncepcja wolności w teorii dezintegracji pozytywnej. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 6-10.
83. Dąbrowski, K. (1978). Pozytywny konflikt w stosunkach międzyludzkich. *Zdrowie Psychiczne*, 1, 38-42.

84. Inteligencja na usługach osobowości i na usługach popędów. *Zdrowie Psychiczne* nr 1, s. 6 – 16.
85. Dąbrowski, K. (1979). Problem stosunku do młodzieży z objawami narkomanii. *Zdrowie Psychiczne*, 2, 7-11.
86. Dąbrowski, K. (1979). Osobowość, zdrowie psychiczne, twórczość, psychoterapia. Próba syntezy. *Zdrowie Psychiczne*, 3(4), 23-28.
87. Dąbrowski, K. Możliwości świadomego rozwoju. „Problemy Studenckiego Ruchu Naukowego”, 5, 56 – 82. ????
88. Ludzkie i antyludzkie aspekty filozofii i psychologii Wschodu. „Problemy Studenckiego Ruchu Naukowego” , 5, 56 – 82. ????
89. Dąbrowski, K. (1980). Charakter narodowy polski i jego perspektywy rozwojowe w świetle teorii dezintegracji pozytywnej. *Zdrowie Psychiczne*, 2, s. 5 – 11.
90. Dąbrowski, K. (1980). Osobowość Marii Grzywak-Kaczyńskiej. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 6, 7-10
91. Dąbrowski, K. (1980). Psychonerwice a twórczość literacka. *Zdrowie Psychiczne*, 1, 7-15.
92. Dąbrowski, K. (1980). Zdrowie psychiczne a zasady przyjemności, rzeczywistości i rozwoju. *Zdrowie Psychiczne*, 3, s. 7 – 19.
93. Dąbrowski, K. (1980). Zdrowie psychiczne a problem śmierci. *Zdrowie Psychiczne*, 4, s. 7 – 18.
94. Dąbrowski, K. (1981). Śmierć jako problem człowieka. *Zdrowie Psychiczne*, 1, s. 7 – 10.
95. Dąbrowski, K. (1981) Sens życia jako rozwiązanie problemów ludzkiej egzystencji. „*Studia Filozoficzne*” 4, 99-108.
96. Dąbrowski, K. (1994). The heroism of sensitivity. (E. Hyży-Strzelecka, trans.). *Advanced Development*, 6, 87-92

Materiały konferencji, sympozjów i zjazdów naukowych

1. Dąbrowski, K. (1937). La sante mentale, la definition et delimitation des domaines voisines. *Comptes Rendus II-e Congres International de l'Hygiene Mentale*, Paris.
2. Dąbrowski, K. (1937). Report upon the activities of the Mental Hygiene Institute. *Comptes Rendus II-e Congres International l'Hygiene Mentale*, Paris.
3. Dąbrowski, K. (1949). III Międzynarodowy Kongres Zdrowia Psychicznego. *Zdrowie Psychiczne*, nr 1- 2, 6-23.
4. Dąbrowski, K. (1958). Struktura psychiatrii dziecięcej. [The structure of child psychiatry.] *Lubiąż*: may. *Polskie Towarzystwo Psychiatryczne*. [Paper read at the annual convention of the Polish Psychiatric Association]. *Lubiąż*.
5. Dąbrowski, K. (1960). Nerwice, psychonerwice i psychopatia dziecięca - pojęcia podstawowe. *Materiały z konferencji Zdrowie psychiczne i psychiatria dziecięca*, Warszawa.
6. Dąbrowski, K. (1960). Sprawozdanie z dorocznego Zjazdu Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego w Barcelonie 1959. *Zdrowie Psychiczne*, 1, 22-26
7. Dąbrowski, K. (1961). VI Kongres Zdrowia Psychicznego w Paryżu /doniesienie wstępne/. *Zdrowie Psychiczne*, 2, 42-46

8. Dąbrowski, K. (1963, June). Personalite, aptitudes remarquables et psychoneuroses chez les enfants et chez les adolescents. Proceedings of the Second European Congress of Child Psychiatry. Rome, 2, 220-233.
9. Dąbrowski, K. (1964, June). Miejsce psychoterapii w ruchu higieny psychicznej [The place of psychotherapy in the movement of mental health.] Paper read at the First General Polish Conference on Problems of Psychotherapy with Children and Youth. Warszawa.
10. Dąbrowski, K. (1964, June). Psychoterapia dzieci i młodzieży a higiena psychiczna. [The psychotherapy of children and youth and mental hygiene.] Paper read at the First General Polish Conference on Problems of Psychotherapy with Children and Youth. Warszawa. Junior author: H. Osiński.
11. Dąbrowski, K. (1965). Psychotherapie des neuroses et des psychonevroses. Conferences de l'Academie Polonaise des Sciences, Centre Scientifique a Paris, fascicule 60, 3-14.
12. Dąbrowski, K. (1965). Psychoterapia dzieci i młodzieży a higiena psychiczna / współautor: H. Osiński. /W:/ Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Problemy Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Warszawa 13 V i 24 X 1964. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, 43-50.
13. Dąbrowski, K. (1965). Personnalite, psychonevroses et sante mentale d'apres la theorie de la desintegration positive. Conferences de l'Academie Polonaise des Sciences, Centre Scientifique a Paris, fascicule 57, 82-94.
14. Dąbrowski, K. (1965). L'instinct de la mort d'apres la theorie de la desintegration positive. Conferences de l'Academie Polonaise des Sciences, Centre Scientifique a Paris, fascicule 60, 15-22.
15. Dąbrowski, K. (1965). Miejsce psychoterapii w ruchu higieny psychicznej. In: Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Problemy psychoterapii dzieci i młodzieży, Warszawa 13 V i 20 X 1964. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, s. 37-41.
16. Dąbrowski, K. (1966, September 5-12). Prophylaxie des neuroses infantiles ou prophylaxie par les neuroses infantiles. Proceedings of the Fourth World Congress of Psychiatry, Madrid, 127-130.
17. Dąbrowski, K. (1966, September 5-12). Interneurotic and intraneurotic differences in levels of functions. Paper presented at the Fourth World Congress of Psychiatry, Madrid, Spain. 12 pages.
18. Dąbrowski, K. (1969). /współautor: M. Piechowski/. Les emotions superieures et l'objectivite d'evaluation. Annales Medico-Psychologiques, 127(2), 589-613. [Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 10 pages.
19. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Interneurotic and intraneurotic differences in levels of functions. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 25 pages.
20. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Lincoln, Kierkegaard and Kafka. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 9 pages.
21. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Multilevelness of instinctive and emotional functions. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 15 pages.

22. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Partial death instinct. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 6 pages. Also compare to corresponding chapter in 1973 book.
23. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Psychic overexcitability and psychoneurosis. Paper presented at the First International Conference on the theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 11 pages.
24. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). The life of Professor O. H. Mowrer as a creative personality. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 18 pages.
25. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Immunization against psychosis through neurosis and psychoneurosis. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 11 pages.
26. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Three selected dynamisms of the inner psychic milieu. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 4 pages.
27. Dąbrowski, K. (1970). Depathologisation de certains dynamismes dits pathologiques, Comptes Rendus, La Première Conférence Internationale sur la théorie de la Disintégration Positive, Laval, Quebec
28. Dąbrowski, K. (1970, August 26-30). Institute for the development of man. Paper presented at the First International Conference on the Theory of Positive Disintegration, Laval, Quebec. 14 pages.

Tygodniki kulturalne

ITD – Tygodnik Studencki

1. Kto jest człowiekiem normalnym? ITD 1978, nr 39, s. 3.
2. Zdrowie psychiczne. ITD 1978 nr 40, s. 27.
3. Osobowość, dezintegracja, twórczość. ITD 1978, nr 41, s. 27
4. O relatywizmie moralnym. ITD 1978 nr 42, s. 27.
5. O pasji rozwoju. ITD nr 1978 nr 43, s. 27.
6. Niektóre problemy dezintegracji pozytywnej. ITD 1978, nr 45, s. 27.
7. My, ludzie. Kilka myśli o dalekodystansowym projekcie polepszenia stosunków międzyludzkich. ITD 1978, nr 45, s. 27.
8. Psychopatie i psychonerwice. ITD 1978, nr 46, s. 27.
9. Odpowiedzialność. ITD 1978, nr 47, s. 27
10. Myśli o psychologii uczuć i wartości. ITD 1978, nr 48, s. 26.
11. Odpowiedzialność. ITD 1978, nr 49, s. 27
12. Tak zwane normy. ITD 1978, nr 49, s. 26.
13. Inaczej o schizofrenikach. ITD 1978 nr 50, s. 27.
14. O infantylnym psychicznym pozytywnym, czyli niedojrzałości psychicznej pozytywnej. ITD 1978, nr 51, s. 27.
15. Życzliwość. ITD 1978, nr 52-53, s. 26.
16. Przekroczenie cyklu biologicznego. ITD. 1979 nr 1, s. 27.
17. O filozofii życia codziennego. ITD. 1979 nr 2, s. 27.
18. Wartości i sądy. ITD. 1979 nr 3, s. 26 – 27
19. O Kafkowskiej „ścianie” nie do przebiccia. ITD. 1979 nr 4, s. 14.
20. Zdrowie psychiczne ludzi twórczych. ITD. 1979 nr 5, s. 27.
21. Ściąganie na ziemię. ITD. 1979 nr 6, s. 20 – 21.

22. Dwie i więcej osobowości. ITD. 1979 nr 7, s. 27.
23. Pasja nocy i norma dnia. ITD. 1979 nr 8, s. 30.
24. Droga przez mękę. ITD. 1979 nr 10, s. 30.
25. Dramaty i nadzieje związane z zaburzeniami psychicznymi. ITD. 1979 nr 11, s. 30.
26. Wybór partnera do małżeństwa. ITD. 1979 nr 12, s. 30.
27. Jeszcze o pozytywnych wartościach psychoneurwicy. ITD. 1979 nr 13, s. 30.
28. Wieloznaczność postaw i terminów. ITD. 1979 nr 14, s. 30.
29. Odpowiedź na list. ITD. 1979 nr 15, s. 30.
30. List prywatny w sprawie ogólnej. ITD. 1979 nr 16, s. 30.
31. Życie pacjentki a możliwości rozwojowe. ITD. 1979 nr 17, s. 27.
32. O wyborze przyjaciół. ITD. nr 18, s. 30.
33. O miejscu, roli i odpowiedzialności poszczególnych członków rodziny pozytywnej. ITD. 1979 nr 19, s. 30.
34. Jak hartować wrażliwość dziecka. ITD. 1979 nr 20, s. 30.
35. Samorozwój i samokształcenie. ITD. 1979 nr 21, s. 30.
36. O skromności, czyli cechy prawdziwe i pozorne. ITD. 1979 nr 22, s. 30.
37. Problem samobójstwa. ITD. 1979 nr 23, s. 30.
38. O negatywnej działalności niektórych mikroorganizmów społecznych. ITD. 1979 nr 24, s. 30.
39. O macierzyństwie. ITD. 1979 nr 25, s. 30.
40. Poczucie pustki wewnętrznej. ITD. 1979 nr 26, s. 30.
41. O pozytywnych skutkach nadwrażliwości. ITD. 1979 nr 27, s. 30.
42. Czy cierpienie jest twórcze? ITD. 1979 nr 28, s. 30.
43. Oczekuję pomocy. ITD. 1979 nr 29, s. 30.
44. Siła przebicia. ITD. 1979 nr 31, s. 30.
45. Jestem sam. ITD. 1979 nr 32, s. 31.
46. O niektórych metodach podniesienia kultury moralnej społeczeństwa. ITD. nr 33, s. 30.
47. Autoterapia przez rozwój. ITD. 1979 nr 34, s. 31.
48. O problemach twórczego rozwoju. ITD. 1979 nr 35, s. 30.
49. Jak ochronić ludzi wartościowych dla kultury społecznej. ITD. 1979 nr 36, s. 30.
50. Nikt mnie nie potrzebuje. ITD. 1979 nr 37, s. 30.
51. Ból istnienia. ITD. 1979 nr 38, s. 30.
52. O odpowiedzialności. ITD. 1979 nr 39, s. 30.