

Fobia specyficzna we wczesnym okresie połogu. Opis przypadku oraz wątpliwości prawne

Specific phobia in early period of puerperium. Case report and its legal aspects

Andrzej Kokoszka¹, Monika Jerominiak-Kobrzyńska²,
Adriana Kalicka-Owerska³, Karol Wypych⁴, Marian Filar⁵

¹ II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

² Poradnia Zdrowia Psychicznego Wojskowego Instytutu Psychiatrycznego w Warszawie

Kierownik: doc. dr hab. S. Ilnicki

³ Prywatna praktyka

⁴ Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej II Wydziału

Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. zwyczaj. dr hab. n. med. J. Stelmachów

⁵ Katedra Prawa Karnego i Polityki Kryminalnej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kierownik: prof. dr hab. M. Filar

Summary

A 28 year old woman with a specific phobia of being in hospital, three hours after having given birth to her baby, demanded to be discharged from the hospital, in spite of having been informed by the obstetrician that her life was threatened because of an intrauterine infection that might cause sepsis. The patient decided to stay in hospital after several long-lasting psychiatric consultations including psychotherapeutic interventions. The patient did not recognise that her fear was excessive and unreasonable, i.e., did not meet one of the criteria of specific phobia. She gradually regained criticism toward her symptoms within approximately one day. This indicates that patients with specific phobia confronted with a phobic situation may temporarily lose awareness that their fears are unreasonable and/or too intensive and may express beliefs similar to psychotic delusions. This situation faced the team of doctors with potential legal problems that might appear if the patient had definitely refused to stay in the hospital. Polish law does not allow to treat such patients against their will on non-psychiatric hospital wards. However, in the case of a definite phobia diagnosis there is no legal way to hospitalise a patient against his or her will on a psychiatric ward.

Słowa kluczowe: fobia specyficzna, leczenie wbrew woli, zaburzenia poporodowe, urojenia

Key words: specific phobia, compulsory treatment, postpartum disorders, delusions

Wstęp

Fobie specyficzne to częste zaburzenia, które jednak rzadko stwarzają poważne problemy kliniczne. Cechuje je obawa przed specyficznym przedmiotem lub sytuacją, w których występują objawy lęku oraz nasilone unikanie specyficznego przedmiotu lub sytuacji, które oceniane są przez chorego jako nadmierne lub nieracjonalne i są przyczyną istotnego napięcia emocjonalnego. Objawy występują w sytuacjach budzących obawę lub w następstwie rozmyślania o takich sytuacjach [1]. Jedynie zmiana sytuacji, oddalenie się od niej lub wywołującego lęk przedmiotu może uwolnić od niepokoju, myśli o zagrożeniu i jego konsekwencjach [2].

Amerykańskie badania epidemiologiczne wskazują, że takie zaburzenia psychiczne dotyczą około 12,5% populacji [3]. Większość osób dotkniętych nimi unika lękorodnych sytuacji i nie rozpoczyna terapii [4]. Decyzja o poszukiwaniu pomocy podejmowana jest zazwyczaj wtedy, gdy wywołującej fobię sytuacji nie można uniknąć lub gdy pojawia się ona często [2].

Wg ICD-10 [1] wyróżniane są cztery podstawowe podtypy fobii specyficznych: – dotyczących zwierząt; sił przyrody; krwi, zastrzyków, urazów; pewnych sytuacji. W badaniach przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie mieszkańców Sztokholmu stwierdzono punktowe rozpowszechnienie fobii specyficznych 19,9% (26,5% wśród kobiet i 12,4% wśród mężczyzn). Postać dotyczącą zwierząt miało 12,1% kobiet i 3,3% mężczyzn; postać sytuacyjną odpowiednio 17,4% i 8,5%, postać dotyczącą krwi, zastrzyków, ran – 3,2% i 2,7% [5]. Analiza piśmiennictwa wskazuje, że najbardziej skuteczną formą terapii jest ekspozycja *in vivo*. Istnieją badania wskazujące na odpowiedź terapeutyczną u 80–90%. Jednak wyniki te należy interpretować ostrożnie, ze względu na ograniczenia metody tych badań i niejednoznaczne wyniki badań dotyczących trwałości poprawy [4].

Cel pracy

Celem pracy jest zaprezentowanie fobii specyficznej (izolowanej) o tak dużej intensywności lęku i tendencji do unikania, że stanowiła ona poważne zagrożenie dla życia osoby nią dotkniętej i wymagała różnicowania z objawami urojeniowymi oraz skłaniała do rozpatrywania możliwości hospitalizacji pacjentki wbrew jej woli na oddziale położniczym lub psychiatrycznym.

Opis przypadku

28-letnia pacjentka, w 34 tygodniu ciąży, została przyjęta na oddział położniczy z powodu objawów rozpoczynającego się porodu. Dwie godziny przed przyjęciem wystąpił odpływ płynu owodniowego oraz początek czynności skurczowej macicy. Po około półtorej godziny od przyjęcia do szpitala nastąpił poród przedwczesny. Kobieta siłami natury urodziła żywy płód w stanie ogólnym dobrym, o masie 2240 gr i długości 48 cm.

Trzy godziny po porodzie pacjentka poprosiła o wypisanie ze szpitala na własne żądanie. Stan somatyczny lekarz ginekolog określił jako zagrażający życiu, z powodu podejrzenia infekcji wewnątrzmacicznej, grożącej rozwojem posocznicy. Diagnozę tę potwierdzały wyniki badań laboratoryjnych, które wskazywały na trzykrotnie przekroczone normy leukocytozy (30,32 K/UI; norma 4–10) oraz prawie dwukrotnie białka ostrej fazy (18 mg/L; norma 0–10). Ponadto wskazywały one na niedokrwistość: erytrocyty – 3,69 M/UI (norma 4,7–6,1); hematokryt – 32,4 % (norma 42–52); hemoglobina – 11,2 g/dL (norma 14–18). Włączono do leczenia cefuroksym iv. 3 x 750 mg i poproszono lekarza psychiatrę o konsultację w celu oceny stanu psychicznego i zdolności podejmowania decyzji przez pacjentkę.

W badaniu psychiatrycznym stwierdzono, że pacjentka była w prawidłowym rzeczowym kontakcie, prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie, w nastroju wyrównanym. Negowała myśli samobójcze. Zgłaszała silny lęk związany z pobytem w szpitalu. Była zdecydowana opuścić oddział celem uniknięcia odczuwanego lęku przed śmiercią oraz intensywnych somatycznych składników lęku (przyspieszenia akcji serca i oddechu, sztywności mięśni, pocenia się). Obawiała się braku pomocy ze strony personelu w momencie, kiedy będzie tego potrzebowała, co może zakończyć się tym, że „po zaśnięciu nie obudzi się rano”. Intensywność dążenia do natychmiastowego wypisania się ze szpitala pomimo informacji, że zagraża to jej życiu, była tak duża, że wymagała różnicowania z urojeniami i występowaniem zaburzeń psychotycznych. Pacjentka nie była w stanie zrozumieć informacji o konieczności stałej obserwacji i leczenia w warunkach szpitalnych ani traktować z krytycyzmem doświadczanych objawów lękowych i przekonań o konieczności natychmiastowego opuszczenia szpitala. Nie była wówczas zainteresowana kontaktem ze swoim dzieckiem.

Jako przyczynę lęku wskazała zarówno własne wczesne doświadczenia z pomyłkami lekarskimi (w siódmej klasie szkoły podstawowej leczona była „zbyt dużymi dawkami lewotyroksyny” z powodu niedoczynności tarczycy, co doprowadziło do objawów toksycznych – zbliżonych do objawów pojawiających się w napadzie paniki, i powstania torbieli w cieśni tarczycy, a w efekcie trzech biopsji tarczycy), jak i rodzinne – dziadkowie i rodzice pacjentki zmarli w szpitalu (dwóch członków rodziny na skutek błędów lekarskich). Podała, iż w przeszłości miała wykonaną laparoskopię z powodu krwawienia wywołanego pęknięciem ciąży pozamacicznej, a do szpitala trafiła dopiero w momencie świadomości realnego zagrożenia jej życia. Twierdziła, że do szpitala „zgłaszała się jedynie wtedy, gdy działo się coś poważnego”. Z wywiadu wynikało, że pacjentka podczas tamtego pobytu w szpitalu doznała pierwszego ataku paniki, a następnie dłużej trwającego lęku o fluktuującym nasileniu, falującego lęku. W drugiej dobie po laparoskopii wypisała się na własne żądanie. Poinformowała także, że uzgodniła z ginekologiem położnikiem prowadzącym obecną ciążę zakończenie jej porodem w domu, aby uniknąć pobytu w szpitalu. Unikanie specyficznej sytuacji (szpitala) przejawiało się także w „omijaniu budynku i dróg przebiegających” w pobliżu szpitali, rozmów na ten temat, odwiedzania znajomych bądź hospitalizowanych członków rodziny.

Pacjentka pochodziła z innej miejscowości (była w trzydniowej delegacji), nie miała przy sobie karty ciąży. Lekarz nie dysponował wywiadem obiektywnym –

rodzice pacjentki nie żyli, partner (także przebywający w delegacji w miejscowości oddalonej o około 300 km) miał dojechać dwa dni później. Po rozmowie pacjentka zdecydowała się pozostać na oddziale położniczym do momentu stabilizacji stanu somatycznego. Zalecono doraźnie 25 mg hydroksyzyny w tabl. oraz poinformowano o wskazaniach do terapii poznawczo-behawioralnej fobii specyficznej po wypisaniu z oddziału położniczego.

W dniu następnym rano odbyła się ponowna konsultacja psychiatryczna, podczas której nie stwierdzono, poza wzmożoną pobudliwością i lękowym przeżywaniem pobytu na oddziale, żadnych innych objawów psychopatologicznych. Pacjentka wyrażała chęć jak najszybszego opuszczenia szpitala, zarówno ze względu na swój lęk, jak i na potrzebę zakupu niezbędnych rzeczy dla dziecka, które musiało pozostać jeszcze w szpitalu. Prosiła także o ewentualne zabezpieczenie w leki w razie nasilenia się doznań lękowych. Tego samego dnia w godzinach wieczornych, po kolejnej konsultacji psychiatrycznej, w stabilnym stanie somatycznym została wypisana ze szpitala z zaleceniem stosowania cefuroksymu w tabl. 2 x 500 mg/dobę i 325 mg siarczynu żelaza z 350 ug kwasu foliowego 2 x 1 tabl. Była zdecydowana podjąć terapię poznawczo-behawioralną fobii specyficznej.

Omówienie

W opisywanym przypadku należało różnicować pomiędzy fobią specyficzną (swoistą) a psychozą poporodową. Warto podkreślić, że nie występowały też jakiegokolwiek objawy zaburzeń świadomości, które mogłyby wskazywać na rozpoczynające się majaczenie w przebiegu infekcji. Psychoza poporodowa manifestuje się takimi objawami, jak: „bezsensowność, niepokój, chwiejność emocjonalna, przechodząca w splątanie, zachowania irracjonalne, urojenia i obsesyjne obawy o dziecko [6, s. 148]. Jednak psychoza ta przeważnie rozpoczyna się 2–3 dni po porodzie, a poza irracjonalnym zachowaniem i podejrzeniami urojeń, nie stwierdzano innych jej objawów. W trakcie pierwszej konsultacji psychiatrycznej diagnoza fobii specyficznej wg DSM-IV-TR [7] wzbudzała wątpliwości dotyczące spełnienia jednego kryterium:

- rozpoznawania przez pacjentkę, że strach jest nadmierny i irracjonalny.

Wszystkie inne kryteria:

- znaczny i utrwalony, nadmierny i irracjonalny strach spowodowany zetknięciem się ze swoistą sytuacją – szpitalem,
 - narażenie na bodziec fizyczny niezmiennie wyzwała natychmiast reakcję lękową, która może przybrać postać napadu paniki wyzwalanego sytuacyjnie,
 - unikanie sytuacji fobicznej, która przynosi nasilony lęk,
 - unikanie fobicznej sytuacji istotnie zakłóca normalne życie,
- były spełnione.

Podobnie było z kryteriami wg ICD-10 [1] – wątpliwości wzbudzało jednak kryterium: „unikanie lub objawy lękowe oceniane są przez chorego jako nadmierne i nieracjonalne”, natomiast spełnione były pozostałe kryteria:

- znaczna obawa przed specyficzną sytuacją nie wymieniona w przypadku agorafobii lub fobii społecznej,
- unikanie takiej sytuacji,
- występowanie objawów lęku (zgodnych z kryterium lęku w agorafobii),
- objawy występują wyłącznie lub najczęściej w sytuacjach budzących obawę albo w następstwie rozmyślania o takich sytuacjach.

W czasie pierwszej konsultacji fobiczne przekonania spełniały kryteria urojenia: „fałszywe i niepodzielane przez otoczenie przekonanie oparte na błędnej interpretacji rzeczywistości, uważane przez chorego za prawdziwe, mimo oczywistych dowodów, że jest błędne” [6, s. 25].

Podczas kolejnych konsultacji można było zaobserwować narastanie krytycyzmu w stosunku do fobicznych lęków i obaw. W trakcie spotkania po wypisaniu z oddziału położniczego pacjentka wyraziła gotowość podjęcia terapii fobii.

Opisany przypadek należy do rzadkich sytuacji, kiedy badanie psychiatryczne ma miejsce w trakcie znajdowania się pacjenta w położeniu wzbudzającym objawy fobii specyficznej. Zazwyczaj pacjent relacjonuje ich doświadczenie w przeszłości. W tych szczególnych okolicznościach zaobserwowano, że podczas intensywnego fobicznego lęku może przejściowo dochodzić do utraty krytycyzmu, co powoduje, że pacjent przeżywa go na poziomie odpowiadającym psychotycznym urojeniom. Z tego względu, w postępowaniu w takich sytuacjach przydatne wydają się interwencje psychoterapeutyczne o charakterze wspierającym: okazywanie zainteresowania, chęci pomocy, udzielanie precyzyjnych informacji o stanie zdrowia, cierpliwość i odrzucanie decyzji o leczeniu.

Konsultacji osoby przebywającej we wzbudzającej fobiczny lęk sytuacji, który stwarza ryzyko działań zagrażających życiu, mogą towarzyszyć poważne wątpliwości natury prawnej dotyczące wskazań do hospitalizacji wbrew woli takiej osoby, zwłaszcza w przypadkach jednokrotnej konsultacji. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego rozpoznanie fobii specyficznej nie może stanowić podstawy do hospitalizacji psychiatrycznej bez zgody pacjenta. Z tego względu autorzy niniejszej prezentacji zwrócili się do prawnika z prośbą o napisanie komentarza w sprawie możliwości zastosowania w podobnym przypadku hospitalizacji na oddziale położniczym na podstawie ustawy o zawodzie lekarza, ze względu na tzw. stan wyższej konieczności, oraz na oddziale psychiatrycznym, ze względu na stan zagrożenia życia pacjentki związany z podejrzeniem występowania u niej objawów choroby psychicznej.

Opinia prawna

Zgodnie ze współczesnymi standardami prawa medycznego [8] nie ulega wątpliwości, iż warunkiem podjęcia wobec osoby dorosłej i zdolnej do świadomego wyrażania woli (zwłaszcza gdy nie została ona ubezwłasnowolniona lub nie jest np. nieprzytomna) określonych czynności leczniczych (innymi słowy – udzielenia jej świadczenia zdrowotnego), w tym oczywiście i hospitalizacji na oddziale niepsychiatrycznym (np. położniczym), jest wyrażenie przez nią, po uprzednim poinformowaniu jej o medycz-

nych aspektach i ewentualnych konsekwencjach podjętej w tej kwestii określonego rodzaju decyzji, zgody lub braku zgody na taką czynność (np. hospitalizację). Co do ogólnej zasady sprawę tę przesądza art. 41 p. 1 Konstytucji RP, a w jego konsekwencji – art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2002 r. nr 21 poz. 204 z późn. zmian.) oraz art. 19 ust. 1 p. 3 ustawy o zoz z 30 października 1991 r., jak również art. 15 KEL.

Podkreślić należy, że wyłącznie ta osoba jest uprawniona do wyrażania takiej zgody i jej uprawnienia w tym względzie nie można zastąpić ew. zgodą innych osób czy podmiotów (tzw. zgodą zastępczą). Lekarz, który przy braku zgody, a tym bardziej przy sprzeciwie pacjentki, umieściłby ją na oddziale położniczym (lub przetrzymywał na nim), naraziłby się na odpowiedzialność karną z art. 189 kk (pozbawienie wolności), a nawet w określonych sytuacjach z art. 191 kk (zmuszanie). Nie znajduje tu zastosowania ani art. 26 §1 kk (stan wyższej konieczności), ani też art. 26 § 5 kk (kolizja interesów), gdyż wobec jednoznacznego i kategorycznego brzmienia cytowanych powyżej przepisów prawa lekarskiego ustanawiających określony priorytet dóbr prawnych w tym względzie (tzw. poinformowana zgoda lub sprzeciw, a więc decyzja woli pacjenta jako dobro priorytetowe), mechanizm kontratypowy nie znajduje tu zastosowania. Jedynym wyjściem prawnym w opisywanej sytuacji byłoby uzyskanie orzeczenia stosownego sądu w przedmiocie ubezwłasnowolnienia pacjentki, co otwierałoby drogę do podjęcia przez lekarza decyzji o hospitalizacji na oddziale położniczym wbrew jej stanowisku (a co ze względów czasowych ma raczej znaczenie teoretyczne).

Nieco inaczej, ze względu na treść przepisów ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, wygląda problem ewentualnego umieszczenia pacjentki z podejrzeniem zaburzeń psychicznych na oddziale psychiatrycznym. Sprawę tę reguluje szczegółowo rozdz. 3 cytowanej ustawy, a w szczególności jej art. 24. Zezwala on na umieszczenie w szpitalu (na oddziale) psychiatrycznym osoby bez jej zgody na okres nie przekraczający 10 dni (art. 24 ust. 2), jeśli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża ona swemu życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. W takim przypadku stosować można tryb opisany w art. 23 tejże ustawy (o hospitalizacji decyduje lekarz, po zatwierdzeniu jego decyzji przez ordynatora oddziału i zawiadomieniu sądu opiekuńczego).

Podsumowując: Przedstawiona analiza przypadku wskazuje, że w związku z aktualnym stanem prawnym lekarz może znaleźć się w trudnej sytuacji etycznej, chcąc pogodzić swoje przekonania o potrzebie podejmowania działań terapeutycznych z regulacjami prawnymi uznającymi większą wartość praw pacjenta do wolności podejmowania decyzji.

Wnioski

1. Objawy unikania miejsc wzbudzających lęk w fobii specyficznej mogą być, w trakcie pozostawania w tych sytuacjach, na tyle silne, że przejściowo dochodzi do utraty krytycyzmu, co stwarza ryzyko działań, które mogą stać się przyczyną bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia osoby nimi dotkniętej.

2. Aktualny stan prawny nie pozwala na leczenie takich osób wbrew ich woli na niepsychiatrycznych oddziałach szpitalnych.
3. W przypadku definitywnej diagnozy fobii nie ma prawnych podstaw do hospitalizacji wbrew woli na oddziale psychiatrycznym.

Специфичная фобия в раннем периоде после родов.

Описание наблюдения и правовые сомнения

Содержание

Женщина, в возрасте 28 лет со специфичной фобией, относящейся к пребыванию в больнице, после трех часов после родов, потребовала выписание ее из больницы на собственную просьбу. Врач-гинеколог не советовал женщине выписываться из больницы, что такое поведение угрожает жизни, тк. имеется подозрение внутриматочной инфекции и развитием сепсиса. Пациентка отказалась от срочной выписки после длительных психиатрических консультаций и психотерапевтической интервенции. Во время первой консультации пациентка не отдавала себе отчета из иррациональности и повышенной интенсивности своих убеждений, истекающих из фобийного страха, а следовательно, не выполняла одного из критериев диагностики социальной фобии. В течение суток пациентка постепенно возвратилась к полному критицизму по отношению к своим симптомам. Наблюдения над этой пациенткой указывают на фпакт, что во время течения возбуждения специфичной фобии может появиться временная потеря критицизма, что по симптомам и наличие убеждений, похожих на бред. Обсуждаемая ситуация привела к конфронтации врачебного коллектива, занимающихся ее лечением, с возможными юридическими проблемами. Такое положение дел может иметь место в случае консеквентного отказа согласия пациентки дальнейшего пребывания в больнице. По мнения юриста актуальное правовое состояние не позволяет на лечение таких людей вопреки их воли в непсихиатрических лечебных заведениях. С другой стороны, в случае дефинитивного диагноза фобии, нет юридических основ для госпитализации, вопреки воли, в психиатрических отделениях.

Spezifische Phobie im frühen Wochenbett – Fallbeschreibung und rechtliche Zweifel

Zusammenfassung

Eine 28-jährige Frau mit einer spezifischen Phobie, die den Krankenhausaufenthalt betraf, verlangte 3 Stunden nach der Geburt eine Entlassung aus dem Krankenhaus auf eigenen Wunsch, obwohl der Arzt ihr mitgeteilt hatte, dass ihr Leben gefährdet wäre, weil es bei ihr auf eine interaurerine Infektion hinweisen konnte, von der sich eine Sepsis entwickeln könnte. Die Patientin verzichtete auf die sofortige Entlassung nach langandauernden psychiatrischen Beratungen und psychotherapeutischen Interventionen. Bei der ersten Beratung war sich die Patientin dessen nicht bewusst, dass ihre Einstellung irrationell ist und die übermäßige Intensivität ihrer Überzeugungen aus der phobischen Angst resultiert; sie erfüllte also eins von den diagnostischen Kriterien der sozialen Phobie nicht. Im Laufe des Tages wurde die Patientin gegenüber den Symptomen kritischer. Die Beobachtungen zeigen, dass in der Situation, die eine spezifische Phobie hervorruft, zu einem vorübergehenden Mangel an Kritizismus gegenüber ihren Symptomen kommen kann, und auch zum Auftreten der Überzeugungen, die den Wahnvorstellungen ähnlich sind. Die besprochene Situation konfrontierte die Ärztgruppe, die die Frau behandelten, mit potentiellen rechtlichen Problemen, die in diesem Falle entstehen können, wenn die Patientin die Einwilligung in den Krankenhausaufenthalt absagen kann. Nach der Meinung des Anwalts, erlaubt der aktuelle rechtliche Stand die Behandlung solcher Personen ohne ihre Zustimmung in nicht - psychiatrischen Abteilungen nicht. Dagegen gibt es im Falle einer definitiven Diagnose phöbische Störung keine Rechtsgrundlagen zur Hospitalisierung wider Willen in der psychiatrischen Abteilung.

La phobie spécifique pendant la période du post-partum – description d'un cas et les aspects légaux

Résumé

L'article présente le cas d'une femme de 28 ans, souffrant de la phobie spécifique concernant l'hospitalisation, qui 3 heures après l'accouchement demande de sortir de l'hôpital bien que son obstétricien l'informe que sa vie est en danger à cause de l'infection intra-utérine qui peut aboutir à la septicémie. La patiente résigne de sortir de l'hôpital après les longues consultations psychiatriques et les interventions psychothérapeutiques. Pendant la première consultation la patiente n'a pas eu plaine conscience de l'irrationalité et de la force excessive de ses convictions résultant de sa phobie donc un des critères de la phobie spécifique n'était pas accompli. Durant le jour suivant la patiente regagne son criticisme quant aux symptômes. Les observations cliniques indiquent que durant la phobie spécifique la perte de court terme du criticisme arrive pendant les situations difficiles et on observe la présence des convictions qui ressemblent aux illusions psychotiques. Cette situation confronte les médecins traitant cette patiente avec les potentiels problèmes légaux liés avec son refus de rester hospitalisée. D'après le droit polonais on ne peut pas traiter les patients sans leur consentement à l'hôpital non psychiatriques. Dans le cas de la phobie spécifique il en est de même - on ne peut pas hospitaliser le patient à l'hôpital psychiatrique sans son consentement.

Piśmiennictwo

1. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. 10 rewizja. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne.* Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.
2. Aleksandrowicz JW. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. *Life-time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.* Arch. Gen. Psychiatry 2005, 62: 593–602.
4. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. *Treatment of specific phobia in adults.* Clin. Psychol. Rev. 2007; 27: 266–286.
5. Furmark T, Tillfors M, Everz P, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M. *Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1999; 34: 416–424.
6. Kaplan HJ, Sadock BJ, Sadock VA. *Psychiatria kliniczna.* Wydanie II polskie. Wrocław: Urban & Partner; 2004.
7. *Diagnostic and statistical manual. Fourth edition. Text revision (DSM-IV-TR)* Washington D.C.; 2004.
8. Filar M. *Lekarskie prawo karne.* Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze; 2000.

Adres: Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 21.06.2007
Zrecenzowano: 6.09.2007
Otrzymano po poprawie: 13.05.2010
Przyjęto do druku: 17.05.2010