

Działania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Zalecenia dotyczące interwencji Policji

W interwencji Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wpisana jest nieprzewidywalność, ale właściwe działanie i współpraca z personelem medycznym może zminimalizować ryzyko niepomyślnego zakończenia, co jednak wymaga zmodyfikowania typowych zasad reagowania. Pełne zrozumienie tytułowych zagadnień wymaga przedstawienia także kilku dodatkowych kwestii, takich jak: *excited delirium*, uduszenia gwałtowne, obchwyty szyi, szkolenia i obowiązek udzielenia pomocy oraz stwierdzanie zgonu. Artykuł przybliży je i wskazuje prawidłowy sposób postępowania Policji w razie interwencji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi¹.

JAROSŁAW BERENT, PIOTR GAŁECKI, RAFAŁ KUBIAK, ANNA SMĘDRA

Wprowadzenie

Autorzy artykułu, wraz z dwoma innymi autorami, w 2015 r. opracowali na wniosek Komendanta Głównego Policji raport dotyczący optymalizacji procedur szkoleniowych związanych ze sposobem prowadzenia przez jej funkcjonariuszy taktyki i technik interwencji wobec osób, których

zachowanie wskazuje na możliwość zażycia środków odurzających lub występowania zaburzeń psychicznych².

Wskazane w tym raporcie zasady postępowania zostały uaktualnione m.in. w wyniku dyskusji podczas III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Ratownictwo w zintegrowanym systemie

¹ Stan na marzec 2022 r.

² J. Berent, P. GałECKI, Z. Kołaciński, W. Krajewski, R. Kubiak, A. Smędra: *Raport dla Komendanta Głównego Policji dotyczący optymalizacji procedur szkoleniowych związanych ze sposobem prowadzenia przez funkcjonariuszy Policji taktyk i technik interwencji wobec osób, których zachowanie wskazuje na możliwość zażycia środków odurzających lub występowania zaburzeń psychicznych*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2015.

– osoba z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolująca swoich zachowań z innych przyczyn – postępowanie interwencyjne i ratunkowe”, zorganizowanej przez Szkołę Policji w Słupsku i Akademię Pomorską w Słupsku 29-30 maja 2018 r. Zaktualizowano i opublikowane je w poradniku wydanym pod koniec 2018 r. przez Szkołę Policji w Słupsku³. Zasady pozostają aktualne.

W Minneapolis (USA) 25 maja 2020 r. podczas działań Policji doszło do śmierci George’a Floyda. Nagrania obiegły cały świat i stały się przyczynkiem do analiz postępowania Policji w takich przypadkach. Także w Polsce, na łamach „Policja 997”⁴, kilka miesięcy po tym zdarzeniu opublikowano artykuł „Jak zginął George Floyd?”⁵. Wskazano w nim na możliwe niepożądane skutki przytrzymywania osoby leżącej na brzuchu przez dociskanie jej kolanami do podłoża.

W połowie 2021 r. w Polsce doszło do kilku zgonów bezpośrednio po interwencjach policyjnych, które były szeroko opisywane w mediach (Dmytro Nikiforenko – Wrocław 30 lipca 2021 r.; Łukasz

Łągiewka – Wrocław 2 sierpnia 2021 r.; Bartosz Sokołowski – Lubin 6 sierpnia 2021 r.). Uznaliśmy wtedy, że zasady opublikowane w roku 2018 należy jeszcze raz przypomnieć. Dlatego przygotowaliśmy krótki artykuł, który kilka miesięcy po tych zdarzeniach został opublikowany w „Gazecie Policyjnej”⁶.

Szkoła Policji w Słupsku wkrótce po tych interwencjach również opublikowała drugie wydanie swego poradnika z 2018 r.⁷, zawierające sformułowane przez nas zasady postępowania, najpierw w formie pliku pdf, a następnie w formie drukowanej.

Zasady postępowania

Opracowane przez nas zasady postępowania opublikowane w 2018 r.⁸ i przypomniane w wydawnictwach z 2021 r.⁹ pozostają aktualne. Ponieważ są dostępne w Internecie¹⁰ nie będziemy ich tutaj przytaczać w całości, a jedynie zwrócimy uwagę na kluczowe punkty.

Ustawowe zasady stosowania środków przymusu bezpośredniego zostały określone w art. 7 ust. 1-3 ustawy z 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego

³ A. Smędra, J. Berent, D. Bartnicki: *Excited delirium* [w:] J. Gil (red.), *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn. Teoretyczno-praktyczny poradnik*, Szkoła Policji w Słupsku, 2018, s.73-79.

⁴ Czasopismo „Policja 997” zmieniło nazwę i od początku 2021 r., jest to „Gazeta Policyjna”, wydawana jako miesięcznik przez Komendę Główną Policji w nakładzie 20 tysięcy egzemplarzy, kolportowanych głównie w policyjnej dystrybucji wewnętrznej.

⁵ D. Bartnicki: *Jak zginął George Floyd?*, „Policja 997” nr 8/2020, s. 30-32.

⁶ J. Berent, D. Bartnicki, A. Smędra: *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Gazeta Policyjna” nr 11/2021, s. 10-12.

⁷ A. Smędra, J. Berent, D. Bartnicki: *Excited delirium* [w:] J. Gil (red.), *Interwencje...*, op.cit., Wydanie II poprawione. Szkoła Policji w Słupsku, 2021, s.69-74.

⁸ Patrz przyp. 3.

⁹ Patrz przyp. 6 i 7.

¹⁰ J. Berent, D. Bartnicki, A. Smędra: *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*, <<https://gazeta.policja.pl/download/7/374483/GP11listopad2021.pdf>>.

i broni palnej¹¹. Zapewniają zachowanie równowagi między skutecznością a bezpieczeństwem osoby, wobec której są prowadzone działania.

Stosowany przez policję na całym świecie typowy sposób unieruchomienia przez dociskanie osoby leżącej na brzuchu kolanami jest skuteczny, o ile unieruchamiany nie jest psychicznie zaburzony. W przypadku osoby zaburzonej ten sposób postępowania może okazać się jednak nieskuteczny i doprowadzić do jej zgonu. Poza tym jest tylko środkiem do osiągnięcia innego celu, a nie techniką samą w sobie. Policjant przystępując do działania musi mieć zatem plan działania. Wiedzieć, po co unieruchamia człowieka i co dalej z nim zrobi. Powinien też postępować według opracowanych przez nas zasad, wśród których na pierwszy plan wysuwają się deeskalacja i wspólne działanie z zespołem ratownictwa medycznego.

Excited delirium

Excited delirium (ED, w użyciu jest także skrót ExD, AgD (*agitated delirium*) czy ABD (*acute behavioural disturbance/disorder*) jest pojęciem, które pojawia się często w kontekście zgonów związanych

z działalnością Policji i dlatego wymaga omówienia.

Pierwsze doniesienia o przypadkach, które można by obecnie zakwalifikować jako ED opisano już w połowie XIX w. Chodzi o osoby przebywające w placówkach psychiatrycznych, u których z nieznanых powodów dochodziło do ataków dezorientacji, pobudzenia i agresji¹². Teraz możemy podejrzewać, że było to związane z brakiem odpowiednich medykamentów, gdyż liczba takich przypadków zmniejszyła się w latach 50. XX wieku, gdy wprowadzono skuteczne leki przeciwpsychotyczne (Chloropromazyna i Rezerpina).

Ponowny wzrost liczby podobnych przypadków miał miejsce w latach 80. XX wieku i był związany z rozpowszechnieniem się kokainy, a później innych psychostymulantów, takich jak amfetamina i jej pochodne czy fencyklidyna. Ostatnio coraz większe znaczenie w wywoływaniu tego zespołu mają dopalacze zawierające katynony.

Autorami pojęcia *excited delirium* są Fishbaum i Wetli¹³, którzy w latach 80. XX wieku nazwali tak przypadki dezorientacji i pobudzenia spowodowanego kokainą¹⁴. Natomiast T. D. Di Maio i V. J. M. Di Maio w swojej monografii z 2006 roku zaproponowali

¹¹ Dz.U. z 2019 r. poz. 2418, zwana dalej „ustawą o środkach przymusu”.

¹² L.V. Bell: *On a form of disease resembling some advanced stages of mania and fever*, „Am J Insanity” nr 6/1849; s. 97-127.

¹³ D.A. Fishbain, C.V. Wetli: *Cocaine intoxication, delirium, and death in a body packer*, „Ann Emerg Med.” nr 10/1981 s. 531-532; C.V. Wetli, D.A. Fishbain: *Cocaine-induced psychosis and sudden death in recreational cocaine users*, „J Forensic Sci.” nr 30(3)/1985, s. 873-880.

¹⁴ Physicians for Human Rights: *Excited Delirium and Deaths in Police Custody. The Deadly Impact of a Baseless Diagnosis*. March 2022, s. 19, <<https://phr.org/wp-content/uploads/2022/03/PHR-Excited-Delirium-Report-March-2022.pdf>>. Autorzy tego opracowania kwestionują, że Fishbaum i Wetli świadomie użyli pojęcia *excited delirium*, natomiast sugerują, że chodziło im o delirium, a słowo *excited* było tylko przymiotnikiem określającym owe delirium. O ile analiza językowa pierwszej pracy Fishbauma i Wetli’ego z 1981 r. pozwala na takie sugestie, o tyle w pracy z 1985 r. autorzy wskazują już jednak wyraźnie, że jest to konkretny zespół objawów określany przez nich kilkunastokrotnie w tekście jako *excited delirium*, co podważa sugestie PHR.

nazwę *excited delirium syndrome* dla przypadków zgonów w przebiegu *excited delirium*¹⁵.

Rozpoznanie psychiatryczne powinny oczywiście być ustalane zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami chorób i zaburzeń psychicznych (10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), które obecnie nie uwzględniają ED jako rozpoznania. W praktyce jednak wielu klinicystów stawia diagnozy opisowe w postaci określonych zespołów psychopatologicznych, a jednym z nich jest zespół majaczeniowy, który może przebiegać w formie z pobudzeniem¹⁶.

Do tej pory w naszym kraju nie przyjęła się żadna polska nazwa tego zespołu, najbardziej właściwe wydaje się „pobudzenie majaczeniowe”¹⁷, ale w niniejszym artykule będziemy używać angielskiej terminologii.

ED jest to zespół łączący podniecenie ruchowe (*excited* – podniecony, podekscytowany, rozgorączkowany, zdenerwowany) oraz objawy występujące w delirium, czyli zaburzenia świadomości połączone z dezorientacją oraz niemożnością odróżnienia rzeczywistości od halucynacji. Nie jest stanem zero-jedynkowym, który jest albo go nie ma. Może on występować w różnym stopniu nasilenia, a jego objawy nie zawsze są takie same. Nie ma jednak

ogólnie przyjętej definicji ED, nie jest znana etiologia, a takie objawy mogą występować w przebiegu różnych jednostek chorobowych. Ważne jest też, że z uwagi na istotę ED nie można przeprowadzić typowych badań doświadczalnych nad tym zespołem, a nasza wiedza opiera się tylko na obserwacjach zaistniałych przypadków. W tej sytuacji nawet skala zjawiska jest trudna do oszacowania, gdyż nie wszystkie przypadki są raportowane, a jeżeli już, to raczej tylko wtedy, gdy dojdzie do zgonu.

ED występuje najczęściej u:

- osób znajdujących się pod wpływem psychostymulantów (narkotyków, ale też dopalaczy) oraz
- osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi chorobą (szczególnie ze schizofrenią bądź ostrym epizodem maniakalnym w przebiegu choroby dwubiegunowej), najczęściej przy braku leczenia lub przy niewłaściwym leczeniu.

Typowym pacjentem z obu tych grup jest pobudzony mężczyzna w wieku trzydziestu kilku lat, ubrany nieadekwatnie do pogody lub wręcz nagi, którego irracjonalne, destrukcyjne lub dziwne zachowanie staje się powodem wezwania Policji.

W takich przypadkach podczas lub krótko po zakończeniu interwencji Policji stwierdza się zwykle zatrzymanie krążenia i oddechu. Resuscytacja najczęściej kończy się niepowodzeniem. Jeśli udaje się przywrócić pracę serca, to najczęściej

¹⁵ T.G. Di Maio, V.J.M. Di Maio: *Excited delirium syndrome*, CRC Press, Boca Raton 2006.

¹⁶ M. Kotlicka-Antczak, A. Pawełczyk: *Psychopatologia* [w:] M. Jarema (red.), *Psychiatria*, Wyd. II uaktualnione. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016, s. 69-71.

¹⁷ Taką też nazwę zastosowano w najnowszym polskim podręczniku medycyny sądowej (T. Konopka, G. Teresiński: *Asfiksja pozycyjna i restrykcyjna, pobudzenie majaczeniowe*, [w:] G. Teresiński (red.): *Medycyna sądowa*, Tom 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019, s.874-878).

obecne są już jednak nieodwracalne zmiany wywołane niedotlenieniem mózgu, człowiek nie odzyskuje przytomności i po różnie długim okresie dochodzi do zgonu¹⁸.

American College of Emergency Physicians – amerykańska organizacja lekarzy medycyny ratunkowej (ACEP) zaproponowało 10 objawów, których wystąpienie sugeruje ED, przy czym należy pamiętać, że nie zawsze występują one wszystkie. Są to: tolerancja bólu (*pain tolerance*), przyspieszenie oddechu (*tachypnea*), pocenie się (*sweating*), podniecenie (*agitation*), podwyższenie temperatury (*tactile hyperthermia*), brak współpracy z Policją (*police noncompliance*), brak zmęczenia (*lack of tiring*), niezwykła siła (*unusual strength*), niewłaściwy ubiór (*inappropriately clothed*), zauroczenie lustrem/szkłem (*mirror/glass attraction*)¹⁹.

Rozpoznanie zgonu w przebiegu ED (czyli EDS) jest rozpoznaniem z wykluczenia, tzn. takim, które jest stawiane, gdy wykluczy się inne przyczyny śmierci – nie stwierdza się choroby podstawowej, urazu lub zatrucia, ewidentnie tłumaczących przyczynę zgonu. ED nie daje bowiem żadnych objawów patognomicznych podczas sekcji zwłok (tzn. takich, które pozwalałyby na potwierdzenie tego rozpoznania).

Oczywiście, np. w sytuacji gwałtownego przebiegu interwencji występują ślady obrażeń zewnętrznych i wewnętrznych, ale analogiczne ślady spotykane są też w przypadkach innych niż ED, więc na tej tylko

podstawie nie można postawić rozpoznania. Wówczas ustalenie przyczyny zgonu opiera się na ocenie całokształtu okoliczności zdarzenia i ocenie różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów. To stwierdzenie odnosi się zresztą nie tylko do przypadków EDS, lecz także do wielu innych przyczyn zgonów. Sekcja zwłok zawsze jest tylko jednym z elementów szerokiego procesu badawczego (*medico-legal death investigation*). Niekiedy same jej wyniki pozwalają na ustalenie przyczyny, mechanizmu i okoliczności zgonu, ale są też przypadki, że jej wyniki nic nie wnoszą. To są skrajne sytuacje, a wyniki sekcji wraz z innymi dowodami zazwyczaj pozwalają na całościową ocenę. Nie jest jednak tak, że sekcja jest panaceum i ostatecznym dowodem.

Postępowanie Policji w przypadku osoby z ED powinno być zgodne z opublikowanymi zasadami. Problemem może być rozpoznanie tego stanu przez funkcjonariuszy, stąd powinny być prowadzone odpowiednie szkolenia. Ich podstawowym celem ma być jednak nie tyle rozpoznawanie ED, co uświadomienie funkcjonariuszy, że osoby z ED, podobnie jak osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi, reagują inaczej, przez co typowe środki przymusu bezpośredniego nie będą skuteczne, a interwencja może zakończyć się zgonem osoby zatrzymywanej ze wszystkimi tego skutkami. Często takie sytuacje są związane z gwałtowną reakcją

¹⁸ Patrz przyp. 3 i 7.

¹⁹ M.L. DeBard i wsp.: *ACEP Excited Delirium Task Force White Paper Report to the Council and Board of Directors*, September 10, 2009, <<https://www.acep.org/globalassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/ems-and-disaster-preparedness/ems-resources/acep-excited-delirium-white-paper-final-form.pdf>>.

społeczeństwa i mediów, nierzadkie są też zamieszki.

Oprócz szkolenia funkcjonariuszy, niezbędne jest też szkolenie zespołów ratownictwa medycznego i pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych, gdyż wiedza o ED nie jest powszechna.

Niektórzy lekarze i część społeczeństwa są w ogóle sceptyczni co do samego istnienia ED, ale z drugiej strony został on już uznany przez różne towarzystwa medyczne. Pojawiły się np. zarzuty do T. D. Di Maio i V. J. M. Di Maio, że napisali książkę na zamówienie firmy Axon (wcześniej Taser International), znanego producenta przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej, aby pod hasłem *excited delirium syndrome* ukryć zgony powodowane przez te urządzenia. Faktycznie firma Axon zakupiła znaczną liczbę egzemplarzy tej publikacji i rozesała bezpłatnie do biur patologów sądowych w USA, ale zarzuty te trudno uznać za sensowne, gdyż treści zawarte w monografii są analogiczne, jak w dużej liczbie różnych recenzowanych publikacji opracowanych także przez autorów niemających żadnych związków z firmą Axon. Z drugiej jednak strony działalność tej firmy mogła budzić kontrowersje,

gdyż pozywała ona patologów sądowych za stwierdzenia w ich opiniach, że do zgonu doprowadziło użycie tasera (paralizatora elektrycznego), co miało wpływ na wydawane przez nich opinie²⁰.

Wspomniane wyżej American College of Emergency Physicians było pierwszym towarzystwem, które trzy lata po wydaniu monografii T. D. Di Maio i V. J. M. Di Maio uznało ED, wskazało jego charakterystyczne objawy kliniczne i sposób postępowania z takim pacjentem – najpierw w swojej Białej Księdze (2009)²¹, a następnie w recenzowanym artykule (2011)²². Kolejnym było brytyjskie Royal College of Emergency Medicine – niezależne profesjonalne stowarzyszenie lekarzy medycyny ratunkowej (RCEM, 2016)²³.

Inną organizacją, która uznaje ED jest National Association of Medical Examiners – zrzeszająca lekarzy patologów sądowych (NAME, 2017). NAME zaproponowało definicję zgonów związanych z interwencjami policji, sposób zbierania informacji podczas dochodzenia w sprawie prawidłowości interwencji policyjnej i kluczowe dane dla medyków sądowych – jak wykonać sekcję zwłok, jakie zabezpieczyć materiały, jak wypisywać karty zgonów, a nawet, jak takie informacje przekazywać mediom²⁴.

²⁰ Physicians for Human Rights: *Excited Delirium...*, op.cit. s. 51.

²¹ Patrz przyp. 19.

²² G.M. Vilke i wsp.: *Excited Delirium Syndrome (ExDS): defining based on a review of the literature*, „J Emerg Med.” nr 5/2012, s. 897-905.

²³ The Royal College of Emergency Medicine: *Best Practice Guideline. Guidelines for the Management of Excited Delirium / Acute Behavioural Disturbance (ABD)*, May 2016, <https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/RCEM_Guidelines_for_Management_of_Acute_Behavioural_Disturbance_May2016.pdf>.

²⁴ R.A. Jr. Mitchell i wsp.: *National Association of Medical Examiners Position Paper: Recommendations for the Definition, Investigation, Postmortem Examination, and Reporting of Deaths in Custody*, „Acad Forensic Pathol.” nr 4/2017, s. 604-618.

ED w tamtych latach stało się powszechnie używanym pojęciem w amerykańskich sądach²⁵, pojawiło się także w opracowaniu z maja 2011 roku autorstwa ówczesnego dyrektora National Institute of Justice – amerykańskiego Narodowego Instytutu Sprawiedliwości²⁶.

W ostatnim jednak czasie prominentne amerykańskie towarzystwa naukowe American Psychiatric Association (grudzień 2020) i American Medical Association (czerwiec 2021) opublikowały swoje stanowiska, że dopóki nie zostanie jasno określony zestaw kryteriów diagnostycznych, dopóty ED nie powinno być używane jako oficjalne rozpoznanie. Postulują też, aby kontrolować, czy rozpoznanie ED nie jest nadużywane przy zgonach związanych z interwencjami policyjnymi, szczególnie gdy chodzi o osoby należące do różnych mniejszości²⁷. Powodu, dla którego oba te towarzystwa właśnie w tym okresie opublikowały takie stanowiska, można upatrywać w gwałtownych protestach ruchu Black Lives Matter, które przetoczyły się przez USA po wydarzeniach z 25 maja 2020 r., gdy w Minneapolis doszło do zgonu George'a Floyda.

W tym też czasie, to jest wkrótce po wydarzeniach w Minneapolis, E. M. F. Strömmer i wsp. opublikowali metaanalizę przypadków ED²⁸, z której wyciągnęli wniosek, że w przypadkach zakończonych zgonem prawdopodobną jego przyczyną nie jest ED jako takie, ale uduszenie spowodowane obezwładnianiem. Uzasadniali go tym, że w 90% badanych przez nich przypadków do zgonu doszło u osoby obezwładnianej, w 8% nie było informacji o ewentualnym obezwładnianiu, a tylko w 2% nie doszło do obezwładniania. Swoją metaanalizę złagodźli jednak stwierdzeniem, że zgon wskutek samego ED bez obezwładniania jest możliwy, choć „obecnie żadne obserwacje nie wspierają tej tezy”.

Twierdzenia E. M. F. Strömmer i współautorów nie są nowe²⁹. W piśmiennictwie już od lat wskazuje się na obezwładnianie jako czynnik prowadzący do zgonu przez utrudnienie oddychania, jednakże praca Strömmer i współautorów jest pierwszą, która tak zdecydowanie przedstawiła to stanowisko.

W takim kontekście zauważalne stało się wycofywanie z dotychczasowego określenia ED i stosowania w zamian innych nazw,

²⁵ Physicians for Human Rights: *Excited Delirium...*, op.cit. s. 60.

²⁶ J.H. Laub: *Study of Deaths Following Electro Muscular Disruption*. National Institute of Justice, May 2011, <<https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/233432.pdf>>.

²⁷ Council on Psychiatry and Law: *Position Statement on Concerns About Use of the Term "Excited Delirium" and Appropriate Medical Management in Out-of-Hospital Contexts*. Approved by the Board of Trustees, December 2020. Approved by the Assembly, November 2020, <<https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-Documents-Policies/Policies/Position-Use-of-Term-Excited-Delirium.pdf>>. American Medical Association: *New AMA policy opposes "excited delirium" diagnosis*. June 14, 2021, <<https://www.ama-assn.org/press-center/pressreleases/new-ama-policy-opposes-excited-delirium-diagnosis>>.

²⁸ E.M.F. Strömmer, W. Leith, M.P. Zeegers, M.D. Freeman: *The role of restraint in fatal excited delirium: a research synthesis and pooled analysis*, „Forensic Science, Medicine and Pathology” nr 16/2020, s. 680-692.

²⁹ Por. np.: M.S. Pollanen, D.A. Chiasson, J.T. Cairns, J.G. Young: *Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community*, „CMAJ” nr 12/1998, s. 1603-1607.

które jednak nadal określają to samo zjawisko. ACEP formalnie nie zmienił swego dotychczasowego stanowiska, ale w czerwcu 2021 r. wydał nowy dokument, w którego tytule nie było już terminu *excited delirium* – zastąpiono go terminem *hyperactive delirium with severe agitation*³⁰. W treści dokumentu *excited delirium* jednak się nadal pojawia, a zmianę uzasadniono dość pokrętnie.

Podobnie w nowych wytycznych RCEM z lutego 2022 r. w tytule nie ma już terminu *excited delirium* – zastąpiono go tam terminem *acute behavioural disturbance*, choć w treści dokumentu zapisano, że jest to obecna nazwa *excited delirium*³¹. Obecnie oficjalne brytyjskie zalecenia dla patologów wskazują zresztą, aby nie używać terminu ED jako samodzielnej przyczyny zgonu, a przedstawiać ją opisowo, gdyż jest to źle odbierane przez opinię publiczną³².

NAME co prawda nie opublikowało oficjalnego stanowiska, ale z informacji e-mailowej od obecnej szefowej tej organizacji Kathryn Pinneri z lutego 2022 r. wynika jednak, że uległo ono pewnemu „zmiękczeniu”. Napisała bowiem, że *excited delirium* jest terminem opisowym na to, co jest znane w medycynie pod nazwą ostrego

pobudzenia majaczeniowego. Patolodzy sądowi uznają, że wystąpienie u danej osoby pobudzenia majaczeniowego lub *excited delirium* nie oznacza, iż zmarła z tego powodu. W rzeczywistości, jeżeli dana osoba umrze po epizodzie ostrego delirium, przyczyną śmierci będzie choroba podstawowa, uraz lub zatrucie, które spowodowały to delirium³³. Również Roger Mitchell, pierwszy autor stanowiska NAME z 2017 r., powiedział w wywiadzie, że diagnoza ED była używana, kiedy nie było kamer i nie było bezpośredniego obiektywnego dowodu na intensywność działań policji w takich sytuacjach³⁴.

Najnowszym dokumentem dotyczącym ED jest obszerne opracowanie Physicians for Human Rights (organizacja działająca na rzecz praw człowieka) z marca 2022³⁵, którego główne tezy opublikowano jednocześnie w prestiżowym, ale uznawanym za kontrowersyjny tygodniku „Lancet”³⁶. Piszą tam wprost, że ED nie jest właściwym rozpoznaniem, nie ma jasnej definicji, ustalonej etiologii, znanej patofizjologii, nie ma standardów diagnostycznych, nie jest wymienione w ICD-10 i w DSM-5, nie jest uznawane przez AMA i APA, brak danych naukowych na jego temat,

³⁰ American College of Emergency Physicians (ACEP) Hyperactive Delirium Task Force: *ACEP Task Force Report on Hyperactive Delirium with Severe Agitation in Emergency Settings*, Jun. 23, 2021, <<https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/education/acep-task-force-report-on-hyperactive-delirium-final.pdf>>.

³¹ Royal College of Emergency Medicine: *Acute Behavioural Disturbance in Emergency Departments*, February 2022, <https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2022/01/Acute_Behavioural_Disturbance_Final.pdf>.

³² The Forensic Science Regulator and Royal College of Pathologists: *Forensic Science Regulator Guidance The Use of 'Excited Delirium' as a Cause of Death*, „FSR-G-231” Issue 2/2020. <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/929746/Excited_Delirium_Guidance_2.pdf>.

³³ Physicians for Human Rights: *“Excited Delirium”*..., op.cit. s. 51., s.38-39.

³⁴ Tamże, s.53.

³⁵ Patrz przyp. 14.

³⁶ A. Saadi, J. Naples-Mitchell, B. da Silva Bhatia, M. Heisler: *End the use of excited delirium as a cause of death in police custody*, „Lancet” nr 399/2022, s. 1028-1030.

a doniesienia wspierające tę diagnozę są nieliczne i słabej jakości. Dalej zwracają oni uwagę, że pojęcie ED zakorzeniło się w podręcznikach dla policji przynajmniej częściowo dzięki akceptacji ACEP i NAME. Autorzy rekomendują zatem tym organizacjom zmianę ich stanowiska a indywidualnym patologom sądowym niewskazywanie ED jako przyczyny zgonu w opiniach. Przez tekst jasno przebiega też teza, że rozpoznawanie ED ma podtekst rasowy i ma na celu oczyszczenie funkcjonariuszy, kiedy dojdzie do zgonu osób o innym niż biały kolorze skóry. W tekście autorzy zawarli jednak zastrzeżenie, że ich opracowanie nie pozwala na rozstrzygnięcie, czy uduszenie spowodowane obezwładnieniem podczas ED jest faktyczną przyczyną zgonu, czy też jest nią samo ED.

Uduszenia gwałtowne

Duszenie od strony sądowno-lekarskiej można najogólniej zdefiniować jako działanie z zewnątrz organizmu prowadzące w efekcie do niedotlenienia mózgu. Niedotlenienie mózgu trwające wystarczająco długo może doprowadzić do śmierci. Medycyna sądowa zajmuje się uduszeniem gwałtownym, czyli nienaturalnym – w przeciwieństwie do niedotlenienia mózgu z przyczyn naturalnych lub chorobowych, które jest schyłkowym momentem każdego umierania³⁷. Rodzajów uduszenia gwałtownego jest bardzo dużo, żeby wymienić tylko tak odległe od siebie, jak: powieszenie, utonięcie, zachłyśnięcie,

przysypanie ziemią, zatrucie tlenkiem węgla czy brakiem tlenu w otoczeniu.

W tym miejscu konieczne jest omówienie dwóch rodzajów, które – podobnie jak EDS – pojawiają się często w kontekście zgonów związanych z działalnością Policji. Są to uduszenie gwałtowne przez uciśnięcie tułowia oraz zadławienie.

Uciśnięcie tułowia

Wymiana gazowa w płucach (pobieranie tlenu i wydalanie dwutlenku węgla) wymaga rozprężania płuc (wdech) i ich sprężania (wydech). Proces ten jest zapewniony z jednej strony przez ruchy oddechowe klatki piersiowej (tor piersiowy), a z drugiej przez skurcz i rozkurcz przepony (tor brzuszny). Każde działanie siły na klatkę piersiową i brzuch, które zakłóca te procesy, upośledza wymianę gazową i może doprowadzić do uduszenia. Oczywiście organizm człowieka posiada swoje spore rezerwy tlenu, więc nie każde takie działanie doprowadzi do uduszenia. W pewnych jednak okolicznościach, jeżeli zewnętrzna siła, która utrudnia lub uniemożliwia wykonywanie ruchów oddechowych, będzie zbyt duża lub będzie działać zbyt długo, to te rezerwy ulegną w końcu wyczerpaniu, co w efekcie doprowadzi do niedotlenienia mózgu i śmierci. Tak może się stać w przypadku tzw. uduszenia pozycyjnego (*positional asphyxia*), kiedy to z uwagi na utrudniającą oddychanie pozycję ciała nie jest możliwe nabranie wystarczającej ilości powietrza (np. gdy ktoś wpadnie do studzienki kanalizacyjnej) lub uduszenia

³⁷ T. Konopka: *Uduszenie gwałtowne* [w:] G. Teresiński (red.), *Medycyna sądowa*, Tom 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019, s. 823-824.

uciskowego (*compression asphyxia*), kiedy to taki efekt powoduje ucisk na klatkę piersiową lub brzuch (np. kiedy dojdzie do docisnięcia kogoś do ściany przez napierający tłum). W praktyce zazwyczaj oba te mechanizmy zachodzą łącznie i trudno jest wskazać, czy w konkretnym przypadku było to bardziej uduszenie pozycyjne, czy bardziej uciskowe, natomiast generalnie jest to uduszenie wskutek uniemożliwienia wykonywania ruchów oddechowych.

Uciśnięcie tułowia osoby leżącej na podłożu grozi jej uduszeniem. Taka sytuacja jest niegroźna, jeżeli trwa krótko, gdyż zazwyczaj ucisk jedynie ogranicza możliwość oddychania, a nie blokuje go całkowicie, a poza tym organizm może korzystać wtedy z zapasów powietrza, które zawsze pozostają w płucach po wydechu i stanowią rezerwuarnię tlenu (*functional residual capacity*, FRC). Jeżeli jednak ucisk się przedłuży, to rezerwy w pewnym momencie wyczerpią się i dochodzi do uduszenia. Dodatkowymi czynnikami, które zwiększają niebezpieczeństwo jest odgięcie rąk do tyłu

w pozycji leżącej na brzuchu (np. po założeniu kajdanek, szczególnie, jeżeli zostaną one oddalone od pleców) albo podłożenie skrzyżowanych rąk pod ciało w pozycji leżącej na brzuchu (np. po założeniu kaftana bezpieczeństwa), wysiłek fizyczny związany ze stawianiem oporu oraz stres związany z samą sytuacją³⁸. W takich okolicznościach dochodzi do uduszenia gwałtownego przez uniemożliwienie wykonywania ruchów oddechowych i nie ma to żadnego związku z ewentualnym uciskiem na szyję. Jeżeli policjant lub policjanci w trakcie interwencji uciskają na tułów (np. podczas przytrzymywania osoby leżącej na brzuchu przez dociskanie jej kolanami do podłoża), to muszą to robić z wyczuciem, aby nie doprowadzić do zbytowego ograniczenia ruchów oddechowych.

Sekcja zwłok osoby zmarłej w takich okolicznościach nie wykazuje żadnych patognomicznych objawów (tzn. takich, które pozwalałyby na potwierdzenie tego rozpoznania). Oczywiście – podobnie, jak w wypadku EDS – np. jeśli interwencja

³⁸ Przeprowadzono wiele badań dotyczących wpływu leżenia na brzuchu podczas unieruchomienia stosowanego przez Policję na wydolność układu krążenia i układu oddechowego (por. np. przegląd piśmiennictwa opublikowany w zeszłym roku: G.M. Vilke: *Restraint physiology: A review of the literature*, „J Forensic Leg Med.” Nr 75/2020, DOI: 10.1016/j.jflm.2020.102056). Żadne z nich nie wykazało, aby taka pozycja było wystarczającym czynnikiem powodującym ich niewydolność. Jednak zwraca się uwagę, że sposób przeprowadzenia takich badań zawsze – z oczywistych powodów – był odległy od sytuacji występującej podczas interwencji i stąd do ich wyników należy podchodzić z ostrożnością. W trakcie tych doświadczeń osoba badana zawsze wiedziała, że jest w bezpiecznym otoczeniu, a w przypadku jakiegokolwiek zagrożenia eksperyment zostanie przerwany. Podczas rzeczywistych interwencji tak nie jest, więc wyciąganie na podstawie tych badań wniosków, że interwencje Policji są bezpieczne, jest błędne. Podobnie błędne są wnioski, że pozycja leżąca na brzuchu jest wręcz korzystna dla oddychania. Takie twierdzenia są z kolei oparte na doświadczeniach w leczeniu COVID-19, gdzie u niektórych pacjentów faktycznie zaleca się okresowo taką pozycję. Dotyczy to jednak sytuacji bardzo odległych od interwencji policyjnych (por. M. Lamperti, L. Gattinoni: *Breathing face down*, „B J Anaesth.” 2022, (online ahead of print), <[https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(22\)00033-2/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(22)00033-2/fulltext)>). Potwierdziły to nowe badania, gdzie stwierdzono, że jeżeli leżenie na brzuchu, wysiłek fizyczny, ucisk ciała i ograniczenie ruchów wystąpią łącznie, to istotnie ograniczają funkcję układu oddechowego (por. M. Campbell i wsp.: *Thoracic weighting of restrained subjects during exhaustion recovery causes loss of lung reserve volume in a model of police arrest*, „Scientific Reports” 11/2021, 15166. <<https://doi.org/10.1038/s41598-021-94157-w>>).

ma gwałtowny przebieg, występują ślady obrażeń zewnętrznych i wewnętrznych, ale analogiczne ślady spotykane są też w innych okolicznościach, więc na tej tylko podstawie nie można postawić rozpoznania. Trzeba podkreślić, że brak objawów patognomicznych dla uduszenia podczas sekcji zwłok osoby zmarłej w takich okolicznościach nie upoważnia do twierdzenia, że do niego nie doszło. Wręcz przeciwnie, w takich okolicznościach zazwyczaj takich objawów nie ma. Ustalenie przyczyny zgonu również opiera się wówczas na ocenie całokształtu okoliczności zdarzenia i ocenie różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów.

Zadławienie

Zadławienie (*choke hold*) jest rodzajem uduszenia gwałtownego, kiedy dochodzi do uciśnięcia szyi z przodu lub boku jedną lub dwiema rękami albo przedramieniem czy kolaniem. Biorąc pod uwagę założenia niniejszego artykułu istotne jest omówienie tej ostatniej sytuacji. W takich okolicznościach przedramię lub kolano uciska na przednią lub boczną powierzchnię szyi, co powoduje zwężenie gardła środkowego i dolnego oraz krtani bądź tchawicy ograniczające drożność dróg oddechowych, natomiast zamknięcie naczyń krwionośnych (tętnic szyjnych wspólnych i żył szyjnych wewnętrznych) po obu stronach jest mniej prawdopodobne. Oznacza to, że człowiek może przez długi czas bronić się, gdyż mózg

otrzymuje dostawy tlenu. Przedłużająca się obrona powoduje zaś zazwyczaj powstanie obrażeń, które są widoczne podczas sekcji zwłok. Policjanci w trakcie interwencji nie powinni stosować dławienia.

Według uzgodnionego stanowiska kierownictwa najważniejszych organów powołanych do ścigania przestępstw i organizacji pracowniczych w USA z 2017 r. (i uaktualnionego w 2020 r.) dławienie jest wyjątkowo niebezpiecznym działaniem (*extremely dangerous*), które łatwo może skutkować poważnymi obrażeniami ciała lub śmiercią (tzw. *deadly force*) i może być stosowane tylko w sytuacjach, gdy takie środki są dozwolone. Chodzi o: ochronę siebie lub innych przed zagrożeniem poważnymi obrażeniami ciała lub śmiercią lub zapobieżenie ucieczce osoby będącej sprawcą przestępstwa, którego znamię jest ciężkie uszkodzenie ciała lub śmierć, albo można przypuszczać, że dopuści się ona takiego przestępstwa, jeżeli nie zostanie zatrzymana. *Deadly force* nie powinna być natomiast używana przeciwko osobie, która powoduje zagrożenie tylko dla siebie lub mienia³⁹. Typowym przykładem *deadly force* jest użycie broni palnej.

Miesiąc po wydarzeniach z 25 maja 2020 r., kiedy w Minneapolis doszło do zgonu George'a Floyda, prezydent Donald Trump wydał zarządzenie, w którym umieszczono właśnie zakaz dławienia z wyjątkiem sytuacji, kiedy dozwolone jest

³⁹ *National consensus policy and discussion paper on use of force*. October 2017, <https://www.theiacp.org/sites/default/files/2018-08/National_Consensus_Policy_On_Use_Of_Force.pdf>. *National consensus policy and discussion paper on use of force*. Revised July 2020 (originally published October 2017), <https://www.theiacp.org/sites/default/files/2020-07/National_Consensus_Policy_On_Use_Of_Force%2007102020%20v3.pdf>.

użycie *deadly force*⁴⁰. Podobne jest stanowisko American Academy of Neurology (amerykańskiego stowarzyszenia naukowego zrzeszającego neurologów) z 2021 roku, w którym uznano dławienie za *deadly force* i rekomendowano zakaz jego stosowania⁴¹.

W przypadku zadławienia sekcja zwłok zazwyczaj wykazuje takie objawy, jak obrażenia zewnętrzne na powłokach szyi, obrażenia wewnętrzne narządów szyi (np. złamanie chrząstek krtani lub kości gnykowej), ślady stawiania oporu, natomiast rzadziej obecne są cechy zastoju krwi w obrębie głowy. Nie ma natomiast żadnych objawów patognomicznych możliwych do wykrycia podczas sekcji, które pozwalałyby jednoznacznie na potwierdzenie rozpoznania uduszenia przez zadławienie spowodowane uciskiem na szyję. Samo stwierdzenie obrażeń szyi nie upoważnia bowiem do stwierdzenia, że doszło do uduszenia w ten sposób. Stąd też również i w takich przypadkach, ustalenie przyczyny zgonu opiera się na ocenie całokształtu okoliczności zdarzenia i różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów.

Obchwyty szyi

W opublikowanych zasadach postępowania mowa jest o obchwycie szyi jako metodzie obezwładnienia służącej do krótkotrwałego unieruchomienia zaburzonej osoby w celu

podania leków. Jest to coś zupełnie innego niż dławienie opisane powyżej.

Obchwyty szyi (*carotid sleeper*) to technika obezwładniania zaczerpnięta wprost z różnych sztuk walki; jest dozwolona przez przepisy, które określają zasady ich uprawiania. Polega na objęciu szyi osoby obezwładnianej przez policjanta stojącego za jej plecami w taki sposób, że jego przedramię uciska jedną powierzchnię boczną szyi i jednocześnie jego ramię drugą powierzchnię boczną, natomiast nie dochodzi do żadnego istotnego ucisku na przednią powierzchnię szyi. W takich okolicznościach nacisk na naczynia szyjne prowadzi już po kilku sekundach do kontrolowanego niedotlenienia mózgu⁴², co powoduje stan przedomdleniowy i pozwala na opanowanie obezwładnianej osoby. Po złuzowaniu nacisku osoba obezwładniana odzyskuje przytomność, ale jest oszołomiona i jej zdolność do stawiania oporu ograniczona. Jeżeli zaś nadal stawia opór, to policjant może ponownie zwiększyć nacisk.

Technika ta ingeruje w naczynia krwionośne zapewniające odpowiednie zaopatrzenie mózgu w tlen niezbędny do życia. Dlatego też od policjanta oczekuje się wyczucia i daleko idącej ostrożności podczas stosowania tej techniki. Stosowanie jej musi być ściśle powiązane z bieżącą kontrolą stanu osoby obezwładnianej. Pamiętać należy, że zarówno wybór obchwytu

⁴⁰ Executive Order 13929 of June 16, 2020. *Safe Policing for Safe Communities*, „Federal Register” nr 119/2020.

⁴¹ American Academy of Neurology: *AAN Position Statement on the Use of Neck Restraints in Law Enforcement*, Jun. 9, 2021, <<https://www.aan.com/policy-and-guidelines/policy/position-statements/aan-position-statement-on-use-of-neck-restraints-in-law-enforcement/>>.

⁴² Spowodowanego zmniejszeniem przepływu przez naczynia szyjne oraz reakcją wazowagalną.

szyi, jak i innej techniki, musi opierać się na proporcjonalności do stopnia zagrożenia. Warunkiem bezpiecznego i skutecznego zastosowania obchwyty szyi jest odpowiednie wyszkolenie.

Policjant musi między innymi umieć wykonać obchwyty tak, aby w ferworze walki nie zmienił się on w dławienie i musi mieć świadomość, że obchwyty służą tylko do krótkotrwałego obezwładnienia osoby w konkretnym celu (np. doprowadzenia do przytrzymywania w pozycji leżącej na brzuchu, założenia kajdanek, podania leków), a nie do jakiegokolwiek dłuższego unieruchomienia. Więcej informacji na temat stosowania siły fizycznej, w tym obchwyty szyi, jako środków przymusu bezpośredniego znajduje się w cytowanym już poradniku⁴³.

W piśmiennictwie ostatnio pojawiły się jednak głosy, że także i ta technika, podobnie jak dławienie, jest niebezpieczna. We wspomnianym stanowisku kierownictwa najważniejszych organów powołanych do ścigania przestępstw i organizacji pracowniczych w USA z 2017 r. nie było zastrzeżeń co do obchwyty szyi, ale jego uaktualnienie z 2020 r. uznało już je za niebezpieczne (*inherently dangerous*) i dopuściło tylko w sytuacjach, kiedy dozwolone jest użycie *deadly force*⁴⁴. Podobne jest stanowisko American Academy of Neurology z 2021 r., w którym obchwyty szyi, dokładnie tak

samo jak dławienie, uznano za *deadly force* i rekomendowano zakaz jego stosowania⁴⁵.

W polskiej ustawie o środkach przymusu nie występuje pojęcie odpowiadające amerykańskiemu *deadly force*, chociaż dalekiego pokrewieństwa można dopatrywać się w pojęciu użycia broni palnej jako środka ostatecznego – *ultima ratio* (art. 6 ust. 2, art. 7 ust. 4 i art. 45). Posłużenie się bronią palną może łatwo skutkować poważnymi obrażeniami ciała lub śmiercią i dlatego stosowanie tak drastycznego środka jest ostatecznością dopuszczalną tylko w pewnych, wyjątkowych okolicznościach. Inaczej natomiast wygląda sytuacja z obchwytem szyi. W tym przypadku, choć oczywiście również może dojść do poważnych obrażeń ciała lub śmierci, jednak taki skutek jest mało prawdopodobny. Stąd uważamy, że zmiana podejścia do tego środka przymusu bezpośredniego, która dokonała się w USA w 2020 r., nie znajduje uzasadnienia i raczej była skutkiem emocji na fali wydarzeń związanych ze śmiercią George'a Floyda, niż racjonalnej oceny sytuacji.

W polskich realiach obchwyty szyi należy traktować jako środek przymusu bezpośredniego – siłę fizyczną w postaci techniki obezwładnienia (art. 12 ust. 1 pkt 1a ustawy), którą można zastosować we wszystkich celach wskazanych w ustawie o środkach przymusu (art. 11). Na podstawie

⁴³ D. Bartnicki: *Stosowanie siły fizycznej jako śpb*, [w:] J. Gil (red.), *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn. Teoretyczno-praktyczny poradnik*, Szkoła Policji w Słupsku, 2018, s. 98-108.

⁴⁴ *National consensus policy...*, op. cit.

⁴⁵ *American Academy of Neurology: AAN Position Statement...*, op. cit.

ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁴⁶ takie działanie można zaś potraktować jako przytrzymanie (art. 18 ust. 6) stosowane dla realizacji celów wskazanych w tej ustawie (art. 18 ust. 1).

Szkolenia i obowiązek udzielenia pomocy

Prawidłowe użycie i wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego wymaga właściwego wyszkolenia. Odpowiednią wiedzę i praktyczne umiejętności policjant powinien wynieść już ze szkolenia podstawowego, a następnie ugruntowywać je przez systematycznie powtarzane zajęcia teoretyczne i praktyczne. Każdy policjant, a w szczególności ten rozpoczynający służbę, nie powinien być dopuszczony do pracy, jeżeli nie opanuje tej wiedzy i nie wykaże się praktycznymi umiejętnościami, gdyż może to być groźne dla niego i innych.

Programy szkoleń powinny opierać się na podręczniku opracowanym przez praktyków taktyki i techniki interwencji we współpracy z zewnętrznymi ekspertami z zakresu medycyny (zespoły, warsztaty, konferencje), co umożliwi globalne spojrzenie na zagadnienie oraz być na tyle

szczegółowe, aby szkolenia były prowadzone w taki sam sposób w całej Polsce. Szkodliwa jest bowiem sytuacja, gdy program szkolenia jest na tyle ogólny, że instruktor może dobrać konkretne techniki według własnego upodobania. W programach należy uwzględnić analizy rzeczywistych przypadków, które powinny być bezzwłocznie udostępniane Policji przez prokuraturę⁴⁷.

Ustawa o środkach przymusu w art. 36 ust. 1 wskazuje, że jeżeli „w wyniku użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego nastąpiło zranienie osoby lub wystąpiły inne widoczne objawy zagrożenia życia lub zdrowia tej osoby”, należy jej niezwłocznie udzielić właściwej pomocy⁴⁸. Przepis ten nakłada zatem na policjantów obowiązek posiadania odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności w tym zakresie, które powinni wynieść z odpowiednich szkoleń. Również one powinny być ugruntowywane przez systematycznie powtarzane zajęcia teoretyczne i praktyczne. W przypadku niewykonania tej powinności funkcjonariusz Policji może ponieść odpowiedzialność za skutki dla zdrowia lub życia takiej osoby, które nastąpiły w wyniku zaniechania,

⁴⁶ Ustawa z 19.8.1994 o ochronie zdrowia psychicznego, (Dz.U. z 2020 r. poz. 685).

⁴⁷ Ustawa z 28.1.2016 – Prawo o prokuraturze (Dz.U z 2021 r. poz. 66) w art. 12 dotyczącym przekazywania informacji organom władzy publicznej i mediom wskazuje: §1. Prokurator Generalny, Prokurator Krajowy lub inni upoważnieni przez nich prokuratorzy mogą przedstawić organom władzy publicznej, a w szczególności uzasadnionych przypadkach także innym osobom, informacje dotyczące działalności prokuratury, w tym także informacje dotyczące konkretnych spraw, jeżeli informacje takie mogą być istotne dla bezpieczeństwa państwa lub jego prawidłowego funkcjonowania. §2. Prokurator Generalny oraz kierownicy jednostek organizacyjnych prokuratury mogą przekazać mediom osobiście, lub upoważnić w tym celu innego prokuratora, informacje z toczącego się postępowania przygotowawczego lub dotyczące działalności prokuratury, z wyłączeniem informacji niejawnych, mając na uwadze ważny interes publiczny. §3. W przypadkach wskazanych w §1 i 2 nie jest wymagane uzyskanie zgody prowadzącego postępowanie przygotowawcze. Na mocy tych przepisów odpowiednie informacje mogą być przekazane Policji, gdyż stanowi to ważny interes publiczny.

⁴⁸ Z pewnymi zastrzeżeniami wskazanymi w art. 36 ust. 2-5 tej ustawy.

czyli za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu.

W naszym raporcie dla Komendanta Głównego Policji z 2015 r. napisaliśmy⁴⁹: „Dodatkowo po analizie przebiegu przedmiotowych interwencji i programów szkolenia funkcjonariuszy pozwalamy sobie przedstawić pod Pana rozagę propozycję modyfikacji szkoleń policjantów w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Naszym zdaniem elementy takiego szkolenia powinny być usunięte z programów wszystkich obecnych kursów. Sytuacja, w której elementy pierwszej pomocy są rozproszone po różnych kursach, nie sprzyja właściwemu poznawaniu tych zagadnień. Są one wtedy jedynie pewnym dodatkiem do zasadniczego programu danego kursu, co powoduje, że nie mają odpowiedniej wagi. Dodatkowo nie widzimy też elementu stałego utrzymywania nabytych kwalifikacji. Lepszym rozwiązaniem byłoby szkolenie z pierwszej pomocy wprowadzone jako odrębny kurs dla wszystkich funkcjonariuszy”.

Twierdzenie to nadal zachowuje aktualność. Najlepiej, aby policjanci przechodzili obowiązkowo standardowe, oparte na ujednoczonych programach, kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy uzyskując tytuł ratownika (zaświadczenie o odbyciu kursu i złożeniu egzaminu z wynikiem pozytywnym jest ważne przez okres 3 lat)⁵⁰.

Dodatkowo wobec coraz większej liczby interwencji dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wobec podanych

powyżej jej zasad uważamy, że celowe byłoby prowadzenie także wspólnych szkoleń policjantów i zespołów ratownictwa medycznego. Powinny one obejmować również techniki deeskalacji. Szkolenia takie, siłą rzeczy prowadzone lokalnie, pozwalałyby na poznanie miejscowej specyfiki, co ułatwiłoby współdziałanie podczas rzeczywistych interwencji.

Stwierdzenie zgonu

W kontekście interwencji Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, w trakcie których lub po których dochodzi do zgonu, należy omówić kwestię stwierdzenia zgonu. Zgon jest zjawiskiem zdysonocjowanym, co oznacza, że poszczególne komórki i tkanki organizmu zachowują żywotność przez różnie długi czas po zatrzymaniu krążenia. Najbardziej wrażliwa na niedotlenienie jest kora mózgowa, która umiera już po kilku minutach, bardziej odporny jest pień mózgu, a tkanki, takie jak skóra czy kości pozostają nieuszkodzone przez wiele godzin i w tym czasie można np. wykorzystać je jako materiał do przeszczepów.

Jeżeli w trakcie interwencji Policji dojdzie do niedotlenienia powodującego śmierć tylko kory mózgowej, to formalnie taka osoba nie zostanie uznana za zmarłą, gdyż będzie funkcjonował pień mózgu, w którym są ośrodki sterujące oddechem, więc człowiek będzie prawidłowo oddychać. Jeżeli zaś zostanie zachowany oddech, to będzie też pracować serce,

⁴⁹ J. Berent, P. Gałęcki, Z. Kołaciński, W. Krajewski, R. Kubiak, A. Smędra, op.cit.

⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.3.2007 w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, (Dz.U. z 2021 r. poz. 411).

które ma własny automatyzm i dopóki otrzymuje utlenowaną krew, będzie działać zupełnie prawidłowo. Taki człowiek nie odzyska jednak już nigdy przytomności i po różnie długim czasie umrze z powodu powikłań stanu obłożności, w jakim się znalazł. Taki zgon będzie powiązany przyczynowo z interwencją Policji, choć może być od niej oddalony w czasie.

Stąd też zdarzają się kontrowersje, szczególnie w przekazach medialnych, co do tego czy osoba po interwencji była żywa, czy martwa, w jakim stanie została zabrana do karetki, czy zgon stwierdzono od razu po przyjeździe do szpitala, czy też po jakimś dłuższym czasie. Kwestie te, choć nośne medialnie, są jednak drugorzędne. Podstawowym pytaniem, które należałoby zadać, jest bowiem to o stan kory mózgowej. Jeżeli doszło do jej nieodwracalnego niedotlenienia, to interwencja Policji *de facto* spowodowała zgon, choć jego wystąpienie i urzędowe stwierdzenie może dokonać się znacznie później.

Więcej informacji na temat stwierdzania zgonu i postępowania w takich przypadkach znajduje się w innych naszych publikacjach⁵¹.

Ponieważ skutek w postaci zgonu po interwencji bywa oddalony w czasie, Policja może nie mieć nawet świadomości, że do niego doszło. Dlatego też celowe byłoby przeprowadzenie badań takich zdarzeń przez niezależny od Policji zespół,

gdyż obecnie nie jest nawet znana skala zjawiska, a doniesienia z piśmiennictwa wskazują, że oficjalne statystyki są znacznie zaniżone⁵².

Uwagi końcowe i wnioski

1. Interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym również z *excited delirium*, wymagają zmodyfikowania typowych zasad interwencji. Zostały one opublikowane w wewnętrznym wydawnictwie Policji w roku 2018, a obecnie, po tragicznych wydarzeniach we Wrocławiu i Lubinie, powtórzono je w otwartym wydawnictwie, dostępnym również w Internecie.

2. *Excited delirium* jest zespołem objawów, które może wystąpić u osób pod wpływem psychostymulantów oraz osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi chorobą. Typowym pacjentem jest pobudzony mężczyzna w wieku trzydziestu kilku lat, ubrany nieadekwatnie do pogody lub wręcz nagi, którego irracjonalne, destrukcyjne lub dziwne zachowanie staje się powodem wezwania Policji.

3. Uciśnięcie tułowia osoby leżącej na podłożu grozi jej uduszeniem, szczególnie przy odgięciu rąk do tyłu w pozycji leżącej na brzuchu albo podłożeniu skrzyżowanych rąk pod ciało w pozycji leżącej na brzuchu, jak również przy wysiłku fizycznym związanym ze stawianiem oporu oraz stresie związanym z samą sytuacją.

⁵¹ A. Smędra, J. Berent: *Stwierdzanie zgonu*, „Medycyna po Dyplomie” nr 1/2018, s. 77-81. A. Smędra, J. Berent: *Ogłędziny zwłok na miejscu ich znalezienia z punktu widzenia medyka sądowego – teoria a rzeczywistość*, „Prokuratura i Prawo” 9/2018, s. 5-29.

⁵² F. Sharara i wsp.: *Fatal police violence by race and state in the USA, 1980-2019: a network meta-regression*, „Lancet” 398/2021, s. 1239-1255.

W takich okolicznościach dochodzi do uduszenia gwałtownego przez unieвозмоżliwienie wykonywania ruchów oddechowych i nie ma to żadnego związku z ewentualnym uciskiem na szyję.

4. Ucisk przedramienia lub kolana na przednią lub boczną powierzchnię szyi grozi uduszeniem przez zadławienie, przy czym człowiek może przez długi czas bronić się, gdyż mózg otrzymuje dostawy tlenu. Działania takie nigdy nie powinny pojawiać się w technikach interwencji stosowanych przez Policję.

5. W przypadkach *excited delirium*, uciśnięcia tułowia bądź zadławienia ustalenie przyczyny zgonu opiera się na ocenie całokształtu okoliczności zdarzenia i ocenie różnych dowodów, wśród których wyniki sekcji zwłok są tylko jednym z elementów. Opiniowanie na podstawie niepełnych materiałów (np. pochodzących z informacji medialnych) nie powinno mieć miejsca.

6. Obchwyty szyi jako metoda z wyboru stosowana do maksymalnie szybkiego obezwładnienia i wystawienia przytrzymywanej osoby na podanie leku ingeruje w naczynia krwionośne zapewniające odpowiednie zaopatrzenie mózgu w tlen niezbędny do życia. Dlatego też od policjanta oczekuje się wyczucia i daleko idącej ostrożności podczas stosowania tej techniki. Stosowanie jej musi być ściśle powiązane z bieżącą kontrolą stanu osoby obezwładnianej. Pamiętać należy, że wybór obchwyty szyi, jak i każdej innej techniki, musi opierać się na proporcjonalności do stopnia zagrożenia. Warunkiem bezpiecznego i skutecznego zastosowania obchwyty szyi jest odpowiednie wykształcenie.

7. Używanie przedmiotów do obezwładnienia za pomocą energii elektrycznej, choć

dopuszczone przez przepisy, jest w Polsce negatywnie odbierane społecznie. Miały na to niewątpliwie wpływ dwa zdarzenia. Pierwsze z 14 października 2007 r., kiedy to na lotnisku w Vancouver podczas interwencji Royal Canadian Mounted Police zmarł polski imigrant Robert Dziekański. Drugie to zdarzenie z Komisariatu Policji Wrocław-Stare Miasto z 15 maja 2016 r., kiedy zmarł Igor Stachowiak. Może to powodować niechęć funkcjonariuszy do ich używania w sytuacjach, kiedy byłoby to celowe.

8. Ponieważ przedmioty do obezwładnienia za pomocą energii elektrycznej są już w wyposażeniu Policji, celowe byłoby przeprowadzenie badań ich skuteczności i bezpieczeństwa. Musiałby zająć się tym niezależny od Policji zespół, który będzie w stanie obiektywnie ocenić ich wady i zalety. Wyniki badań, jako pochodzących od zewnętrznych badaczy, będą bardziej wiarygodne niż informacje podawane przez producentów tych urządzeń.

9. Prawidłowe użycie i wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego wymaga właściwego wykształcenia. Ich programy powinny opierać się na podręczniku opracowanym przez praktyków taktyki i techniki interwencji we współpracy z zewnętrznymi ekspertami z zakresu medycyny (zespoły, warsztaty, konferencje), co umożliwi globalne spojrzenie na zagadnienie. Należy w nich uwzględniać analizy rzeczywistych przypadków, które powinny być bezzwłocznie udostępniane Policji przez Prokuraturę.

10. Realizacja szkoleń policjantów z zakresu udzielania pierwszej pomocy wymaga zmiany systemowej. Sytuacja, w której elementy pierwszej pomocy są rozproszone po różnych kursach nie sprzyja właściwemu

poznawaniu tych zagadnień. Są one wtedy jedynie pewnym dodatkiem do zasadniczego programu danego kursu, co powoduje, że nie mają odpowiedniej wagi. Najlepszym rozwiązaniem byłoby, aby wszyscy policjanci przechodzili obowiązkowe kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy.

11. Wobec coraz większej liczby interwencji dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi celowe byłoby prowadzenie wspólnych szkoleń policjantów i zespołów ratownictwa medycznego. Powinny obejmować również techniki deeskalacji. Ułatwiałyby współdziałanie podczas rzeczywistych interwencji.

12. Jeżeli w trakcie interwencji Policji dojdzie do nieodwracalnego niedotlenienia kory mózgowej, to osoba taka nie odzyska już nigdy przytomności i po różnie długim czasie umrze. Taki zgon będzie powiązany przyczynowo z interwencją Policji, choć może być od niej oddalony w czasie. Celowe byłoby przeprowadzenie badań tego zjawiska przez niezależny od Policji

zespół, gdyż obecnie nie jest nawet znana jego skala.

prof. dr hab. n. med. **JAROSŁAW BERENT**

profesor Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, profesor Katedry Postępowania Karnego i Kryminalistyki Uniwersytetu Łódzkiego,

prof. dr hab. n. med. **PIOTR GAŁECKI**

specjalista psychiatra, specjalista seksuolog, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii,

dr hab. **RAFAŁ KUBIAK**

prof. UŁ i prof. UM w Łodzi, kierownik Zakładu Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Katedry Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego,

dr n. med. **ANNA SMĘDRA**

adiunkt w Katedrze Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Słowa kluczowe: interwencje Policji, osoby z zaburzeniami psychicznymi, *excited delirium*, uduszenia gwałtowane, obchwyty szyi, stwierdzenie zgonu

Bibliografia:

1. American Academy of Neurology: *AAN Position Statement on the Use of Neck Restraints in Law Enforcement*, 2021.
2. American College of Emergency Physicians (ACEP) Hyperactive Delirium Task Force: *ACEP Task Force Report on Hyperactive Delirium with Severe Agitation in Emergency Settings*, Jun. 23, 2021.
3. American Medical Association: *New AMA policy opposes excited delirium diagnosis*. June 14, 2021.
4. Bartnicki D.: *Jak zginął George Floyd?*, „Policja 997” nr 185/2020.

5. Bartnicki D.: *Stosowanie siły fizycznej jako śpb*, [w:] J. Gil (red.), *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolującymi swoich zachowań z innych przyczyn. Teoretyczno-praktyczny poradnik*, Szkoła Policji w Słupsku, 2018.
6. Bell L.V.: *On a form of disease resembling some advanced stages of mania and fever*, „Am J Insanity” nr 6/1849.
7. Berent J., Bartnicki D., Smędra A.: *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Gazeta Policyjna” nr 11/2021.
8. Berent J., Gałęcki P., Kołaciński Z., Krajewski W., Kubiak R., Smędra A.: *Raport dla Komendanta Głównego Policji dotyczący optymalizacji procedur szkoleniowych związanych ze sposobem prowadzenia przez funkcjonariuszy Policji taktyk i technik interwencji wobec osób, których zachowanie wskazuje na możliwość zażycia środków odurzających lub występowania zaburzeń psychicznych*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2015.
9. Campbell M. i wsp.: *Thoracic weighting of restrained subjects during exhaustion recovery causes loss of lung reserve volume in a model of police arrest*, „Scientific Reports” nr 11/2021.
10. Council on Psychiatry and Law: *Position Statement on Concerns About Use of the Term “Excited Delirium” and Appropriate Medical Management in Out-of-Hospital Contexts. Approved by the Board of Trustees, December 2020, Approved by the Assembly, November 2020*.
11. DeBard M.L. i wsp.: *ACEP Excited Delirium Task Force White Paper Report to the Council and Board of Directors*, September 10, 2009.
12. Di Maio T.G., Di Maio V.J.M.: *Excited delirium syndrome*, CRC Press, Boca Raton 2006.
13. *Executive Order 13929 of June 16, 2020. Safe Policing for Safe Communities*, „Federal Register” Vol. 85, No. 119/2020.
14. Fishbain D.A., Wetli C.V.: *Cocaine intoxication, delirium, and death in a body packer*, „Ann Emerg Med.” nr 10/1981.
15. Konopka T.: *Uduszenie gwałtowne*, [w:] G. Teresiński (red.), *Medycyna sądowa*, tom 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
16. Konopka T., Teresiński G.: *Asfiksja pozycyjna i restrykcyjna, pobudzenie majaczeniowe*, [w:] G. Teresiński (red.), *Medycyna sądowa*, tom 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
17. Kotlicka-Antczak M., Pawełczyk A.: *Psychopatologia*, [w:] M. Jarema (red.), *Psychiatria*, wyd. II uaktualnione. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016.
18. Lamperti M., Gattinoni L.: *Breathing face down*, „BJ Anaesth” 2022 (online ahead of print).
19. Laub J.H.: *Study of Deaths Following Electro Muscular Disruption*. National Institute of Justice, May 2011.
20. Mitchell R.A. Jr. i wsp.: *National Association of Medical Examiners Position Paper: Recommendations for the Definition, Investigation, Postmortem Examination, and Reporting of Deaths in Custody*, „Acad Forensic Pathol” nr 4/2017.
21. *National consensus policy and discussion paper on use of force*. October 2017.
22. *National consensus policy and discussion paper on use of force*. Revised July 2020 (originally published October 2017).
23. Physicians for Human Rights: *“Excited Delirium” and Deaths in Police Custody. The Deadly Impact of a Baseless Diagnosis*. March 2022.

24. Pollanen M.S., Chiasson D.A., Cairns J.T., Young J.G.: *Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community*, „CMAJ” nr 12/1998.
25. Royal College of Emergency Medicine: *Acute Behavioural Disturbance in Emergency Departments*, February 2022.
26. Saadi A., Naples-Mitchell J., da Silva Bhatia B., Heisler M.: *End the use of “excited delirium” as a cause of death in police custody*, „Lancet” nr 399/2022.
27. Sharara F. i wsp.: *Fatal police violence by race and state in the USA, 1980–2019: a network meta-regression*, „Lancet” nr 398/2021.
28. Smędra A., Berent J.: *Ogłędziny zwłok na miejscu ich znalezienia z punktu widzenia medyka sądowego – teoria a rzeczywistość*, „Prokuratura i Prawo” nr 9/2018.
29. Smędra A., Berent J.: *Stwierdzenie zgonu*, „Medycyna po Dyplomie” nr 1/2018.
30. Smędra A., Berent J., Bartnicki D.: *Excited delirium*, [w:] J. Gil (red.), *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn. Teoretyczno-praktyczny poradnik*, Szkoła Policji w Słupsku, 2018.
31. Smędra A., Berent J., Bartnicki D.: *Excited delirium*, [w:] J. Gil (red.), *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn. Teoretyczno-praktyczny poradnik*, wydanie II poprawione. Szkoła Policji w Słupsku, 2021.
32. Strömmer E.M.F., Leith W., Zeegers M.P., Freeman M.D.: *The role of restraint in fatal excited delirium: a research synthesis and pooled analysis*, „Forensic Science, Medicine and Pathology” nr 16/2020.
33. The Forensic Science Regulator and Royal College of Pathologists: *Forensic Science Regulator Guidance The Use of ‘Excited Delirium’ as a Cause of Death*, „FSR-G-231” Issue 2, 2020.
34. The Royal College of Emergency Medicine: *Best Practice Guideline. Guidelines for the Management of Excited Delirium / Acute Behavioural Disturbance (ABD)*, May 2016.
35. Vilke G.M.: *Restraint physiology: A review of the literature*, „J Forensic Leg Med.” nr 75/2020.
36. Vilke G.M. i wsp.: *Excited Delirium Syndrome (ExDS): defining based on a review of the literature*, „J Emerg Med.” nr 5/2012.
37. Wetli C.V., Fishbain D.A.: *Cocaine-induced psychosis and sudden death in recreational cocaine users*, „J Forensic Sci.” nr 3/1985.

ABSTRACT

Recommendations on Police Intervention – Measures Applied to Persons with Mental Disorders

Police interventions in the case of persons with mental disorders are inseparably associated with unpredictability, however appropriate measures and cooperation with medical staff may reduce the risk of unfavourable events, which, however, calls for modification of typical reactions. In order to understand these issues thoroughly, it is necessary to present them as: excited delirium, agitated delirium, acute behavioural disturbance/disorder, violent strangling, neck grip, training on providing assistance and

obligation to provide assistance, as well as to declare somebody dead. In the article, all these issues have been discussed as well as the proper manner for the police to proceed in the case of intervention with the participation of persons with mental disorders. Because the detailed rules on how to proceed have been frequently published by the authors, they are not repeated in this article – it is only indicated where these can be accessed. Still, the authors refer to the opinion of the Physicians for Human Rights that in March 2022 published a stance questioning the notion of *excited delirium* – the article presents the origins and evolution of the notion, as well as the reasons for questioning it today. The authors claim that declaring somebody dead due to excited delirium is a diagnosis with exclusion, i.e. made if other reasons have been excluded – the basic disease, injury or poisoning have not been stated that would clearly explain the reason of death. Excited delirium does not give any pathognomonic symptoms during autopsy (which would allow for confirming such a diagnosis).

Prof. **JAROSŁAW BERENT**, PhD, Professor at the Department of Forensic Medicine of the Medical University of Łódź, professor at the Department of Legal Proceedings and Criminology of the University of Łódź

Prof. **PIOTR GAŁECKI**, PhD, psychiatrist, sexologist, Head of the Clinic of Adult Psychiatry of the Medical University of Łódź, national consultant on psychiatry

RAFAŁ KUBIAK, PhD, Professor at the University of Łódź and the Medical University of Łódź; Head of the Medical Law Unit of the Medical University of Łódź, Head of the Department of Criminal Law of the University of Łódź

ANNA SMĘDRA, PhD, assistant professor at the Department of Forensic Medicine of the Medical University of Łódź

Key words: police interventions, persons with mental disorders, excited delirium, violent strangling, neck grip, declare somebody dead