

Choroba – obrona – manipulacja: trudności opiniowania sądowo-psychiatrycznego

Disease – defence – manipulation: the difficulties in providing forensic-psychiatry opinions

Janusz Heitzman¹, Małgorzata Opio¹, Ewa Waszkiewicz-Białek²

¹Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. med. J. Heitzman

²III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

Summary

The challenges met by the psychiatrist and the psychologist and the difficulties in providing forensic-psychiatry and forensic-psychology opinions have been reviewed, based on examples. The studied patient was hospitalised 10 times and the forensic-psychiatry opinion passed 15 times during the judiciary process. Different psychiatric diagnoses were made and different soundness of mind were passed. The psychiatric health status were expressed by professors of psychiatry who did not participate directly in passing the forensic-psychiatry opinion. The studied patient was examined by other specialists and assessed by certifying medical doctors with the aim of getting disability pension benefits. The effect of medical certificates and testimonials from different medical doctors were analysed.

Analysing this example, revealed the problem of proper formulation of content of medical documents to support the medical diagnosis and declared soundness of mind during the passing of forensic-psychiatry opinion. The doctors treating the patients and doctors passing opinion on the treated patient had a different assessment of the diagnoses and soundness of mind for the studied patients. Irrespective of the immediate aim of the examinations, all professionals providing assessment should mind the consequences of opinions passed by them and especially, the possibility of the opinion being used by the subject to prolong the judiciary process or even avoid legal responsibility. The independence (sovereignty) of the expert requires consideration in the context of prior multiple forensic-psychiatry opinion leaders in the field of psychiatry and the need for the expert to assume an attitude towards these opinions.

Słowa kluczowe: psychiatria sądowa, przypadek kazuistyczny, różnice diagnostyczne

Key words: forensic psychiatry, casuistic case, diagnostic differences

Wstęp

Różnice w diagnozach są jedną z przyczyn wielokrotnego opiniowania sądowo-psychiatrycznego. Odmienne rozpoznania w długotrwałym procesie terapeutycznym

niosą za sobą różną ocenę poczytalności tempore criminis, wpływają na zróżnicowaną ocenę obecnego stanu psychicznego, zdolności do udziału w postępowaniu czy też potrzeby zastosowania środka zabezpieczającego, związanego z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym. Zaistniała sytuacja związana jest z rozbieżnością opinii wydawanych przez różnych biegłych lub różne zespoły biegłych, powołanych w tej samej sprawie [1]. W procesie diagnozowania sądowo-psychiatrycznego wykorzystywane są, oprócz bezpośredniego badania stanu psychicznego i obserwacji na oddziale, również wszelkie dane medyczne z akt [2].

W aktach sprawy znajdują się liczne, nie będące opiniami, zaświadczenia lekarskie wydawane przez psychiatrów (autorytety w psychiatrii) zaangażowanych w leczenie osoby, o której często nie wiedzą, że jest ona oskarżona lub nie znają pełnego zakresu toczącej się sprawy karnej. Znajomość sprawy i rola biegłego zmienia spojrzenie na osobę badaną w odróżnieniu od roli terapeuty zaangażowanego w hospitalizację, leczenie ambulatoryjne (w gabinecie prywatnym), konsultacje. Można odnieść wrażenie, że wydawane zaświadczenia stanowią nieformalną „opinię” wydaną na życzenie osoby leczonej w celach jej sądowej obrony [3]. Te zaświadczenia („opinie”) siłą swego autorytetu mają ewentualnie skłonić biegłych do przyjęcia sposobu oceny sprawy zgodnie z interesem osoby oskarżonej. Autorzy zaświadczeń jednak nie występują w sądzie i nie muszą bronić swojego zdania, co więcej – świadomie odzęgnują się od przyjęcia na siebie obowiązków biegłego [4].

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na konieczność rzetelnej współpracy wszystkich osób badających opiniowanych, niezależnie czy badania te są przeprowadzane w kontekście zleconych czynności związanych z procesem sądowym, terapeutycznym czy z uzyskiwaniem świadczeń rentowych, rehabilitacyjnych, socjalnych i zaświadczeń o stanie zdrowia.

Opis przypadku

Sąd Okręgowy skierował na obserwację sądowo-psychiatryczną do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 55-letniego mężczyznę, z wyższym wykształceniem, oskarżonego o dokonanie przestępstw o charakterze ekonomicznym. Obecna sprawa jest drugą sprawą karną o podobnym charakterze. W pierwszej oskarżone były trzy osoby. Pierwsza sprawa została umorzona z powodu uznania oskarżonego za niepoczytalnego.

Obecnie jest on oskarżony o to, że, będąc prezesem firmy, kierował zorganizowaną 10-osobową grupą mającą na celu popełnienie przestępstw wyłudzeń i wykorzystując działalność – wspólnie i w porozumieniu z innymi osobami, zgodnie z uprzednio przyjętym podziałem ról – w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził lub usiłował doprowadzić różne podmioty gospodarcze do niekorzystnego rozporządzenia mieniem znacznej wartości, wprowadzając w błąd co do regulowania zobowiązań finansowych, m.in. fałszował podpisy, zmuszał inne osoby do poświadczenia nieprawdy.

Sąd Rejonowy uznał oskarżonego winnym popełnienia zarzucanych mu czynów i wydał wyrok skazujący. Skazany złożył wniosek o wznowienie postępowania. W postępowaniu rozpoznawczym i wykonawczym został dwukrotnie poddany obserwacji

sądowo-psychiatrycznej. Pomiedzy wydanymi opiniami stwierdzono różnice, co stało się podstawą do wznowienia postępowania. Sąd Okręgowy rozpatrujący ponownie sprawę dopuścił dowód w postaci opinii biegłych lekarzy psychiatrów na okoliczność oceny stanu zdrowia psychicznego w okresie inkryminowanym oraz poczytalności tempore criminis.

Anamneza

Badany przyszedł na świat w rodzinie robotniczej, jako najmłodszy z pięciorga dzieci. Brat ojca chorował na schizofrenię. Oskarżony wychowywał się w otoczeniu starszych o wiele lat od siebie sióstr. We wczesnym dzieciństwie i w późniejszych latach rozwijał się prawidłowo, sprawiał jednak kłopoty wychowawcze. Od wczesnych lat w sytuacjach trudnych przejawiał zachowania impulsywne. Z obowiązkiem szkolnym radził sobie dobrze, skończył technikum, następnie studia wojskowe. Na V roku studiów ożenił się. Po skończeniu nauki rozpoczął pracę w zawodzie. Szybko awansował. Na podstawie dostępnych danych wiadomo, że problem nadużywania alkoholu pojawił się u niego na początku aktywności zawodowej. Do czasu pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej badany nie korzystał z porad psychologicznych ani psychiatrycznych. Po raz pierwszy był hospitalizowany psychiatrycznie po niewykonaniu rozkazu przełożonego w roku 1978. Rozpoznano wówczas „zaburzenia osobowości typu psychopatycznego z dipsomanią miernie upośledzającą sprawność ustroju”. W związku z oceną nieprzydatności do służby wojskowej otrzymał rentę wojskową. Mimo to, już jako rencista, podjął pracę o zbliżonym charakterze. W tym czasie nasilały się jego problemy małżeńskie związane między innymi z nadużywaniem przez niego alkoholu. Podjął pracę magazyniera w serwisie samochodowym. Druga hospitalizacja psychiatryczna poprzedzona była narastającymi problemami osobistymi badanego – rozpadało się jego małżeństwo, sytuacja w pracy stała się niestabilna. Postawiono rozpoznanie: „Depresja u osobnika neurotycznego (neurotyczny rozwój osobowości), alkoholizm objawowy”.

W 1981 roku poznał drugą żonę. Prowadziła wtedy działalność gospodarczą, w czym jej pomagał. Dwa lata później, z powodu, jak twierdzi, „swojego zaniedbania” nie zostały mu przedłużone świadczenia rentowe. Późną wiosną 1983 roku założył własną działalność gospodarczą, którą prowadził do 1993 roku. Zajmował się początkowo galanterią skórzaną, żona pomagała mu w sprzedaży. Z czasem firma coraz lepiej prosperowała. Najbardziej dochodowym okresem był początek lat 90. Podejmował się różnych inwestycji, choć niektóre przynosiły straty. W 1992 roku wraz z żoną zostali żyrantami kredytu udzielonego znajomemu. W związku z niewywiązaniem się tej osoby z zobowiązań spłacił swoje mieszkanie, które stanowiło zabezpieczenie tego kredytu. Będąc właścicielem zakładu obuwniczego, na początku lat dziewięćdziesiątych sporo eksportował za granicę, gdzie miał jednego dużego kontrahenta. Jednak po roku pojawił się problem z opóźnionymi płatnościami. W obliczu tych ekonomicznych problemów podjął próbę samobójczą poprzez, jak twierdzi, spowodowanie wypadku samochodowego, w wyniku którego doznał poważnego urazu głowy związanego z kilkoma hospitalizacjami i długotrwałym leczeniem. W 1993 zlikwidował działalność

gospodarczą ze względu na zły stan zdrowia. Od sierpnia 1993 do 1995 był leczony z powodu padaczki pourazowej i w tym czasie nie pracował. W 1995 na krótko podjął pracę w spółce z o.o. Pracował do października 1995 r., kiedy to został przyjęty do szpitala psychiatrycznego. W czasie tej hospitalizacji dwukrotnie powoływano biegłych do wydania ambulatoryjnych opinii sądowo-psychiatrycznych celem oceny stanu zdrowia psychicznego w aspekcie możliwości uczestniczenia w rozprawach sądowych w charakterze oskarżonego w pierwszej sprawie karnej. Rozpoznawano zespoły depresyjne, w których czynnik reaktywny miał decydujące znaczenie lub w dużej mierze był czynnikiem spustowym, a czynnik organiczny dodatkowo modulował ich przebieg. Po wyjściu ze szpitala pozostawał pod opieką ambulatoryjną i wtedy też wydano kolejne opinie sądowo-psychiatryczne.

Od 1997 roku do czerwca 2001 nie był leczony stacjonarnie z powodu zaostrzeń objawów zaburzeń nastroju. Przez 6 miesięcy, od grudnia 1996 do lipca 1997, miał orzeczoną czasową niezdolność do pracy, a po roku, w lipcu 1998 roku został uznany przez ZUS za całkowicie niezdolnego do pracy. Mimo tej decyzji nadal prowadził aktywną działalność gospodarczą. W 1998 została założona spółka, w której objął funkcję prezesa. Firma kooperowała z wieloma drobnymi firmami, funkcjonowała prawidłowo. Gdy został uznany za niezdolnego do pracy, rozwiązał umowę o pracę, jednak mimo to do maja 1999 r. pełnił funkcję prezesa firmy. Po odwołaniu z funkcji prezesa, w tym samym roku założył z żoną i swoim znajomym nową spółkę, w której do chwili aresztowania pełnił funkcję prokurenta. Cały czas pobierał z ZUS przysługującą mu rentę.

W kwietniu 1999 r. był po raz kolejny opiniowany sądowo-psychiatrycznie. Rozpoznano charakteropatię i skłonność do nadużywania alkoholu. W czerwcu 2001 r. został aresztowany. W czasie badania sądowo-psychiatrycznego w areszcie śledczym stwierdzono zespół depresyjny przygnębienny, sytuacyjny, będący następstwem niespodziewanego aresztowania. Biegli wnioskowali o obserwację z powodu niejasnego obrazu stanu psychicznego. Jeszcze tego samego dnia oskarżony zatrul się lekami i był z tego powodu hospitalizowany. Po odtruciu odbył planowaną wcześniej obserwację sądowo-psychiatryczną. W listopadzie 2001 w areszcie śledczym ponawia próbę zatrucia się lekami.

W czerwcu 2002 przyznał się do winy i po ogłoszeniu wyroku wyszedł z aresztu. W lipcu 2002 zgłosił się, jak powiedział – pod wpływem żony, na konsultację do profesora psychiatrii, który rozpoznał objawy epizodu depresyjnego i wydał stosowne zaświadczenie. W sierpniu 2002 r. był ponownie opiniowany w związku z toczącą się sprawą. Rozpoznano zaburzenia osobowości typu dysocjalnego o etiologii wieloczynnikowej (współistnienie czynników środowiskowych i cech organicznego uszkodzenia OUN), z nawarstwionymi objawami przewlekłych zaburzeń adaptacyjnych, ściśle związanych z sytuacją prawną badanego, oraz tendencją do nadużywania alkoholu w wywiadzie. Biegli stwierdzili poczytalność i zdolność do udziału w postępowaniu. Po miesiącu został przyjęty na oddział psychiatryczny celem leczenia. Rozpoznano chorobę afektywną dwubiegunową, organiczne uszkodzenie mózgu. W czasie tej hospitalizacji również był opiniowany (ambulatoryjnie) pod kątem zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności. Stwierdzono organiczne zaburzenia osobowości

oraz zespół depresyjny i uzależnienie od alkoholu. Oceniono, że podłożem są czynniki reaktywne oraz uszkodzenie OUN. Wobec rozbieżności co do podłoża endogennego wnioskowano w opinii przeprowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Po opuszczeniu szpitala w czasie wizyt ambulatoryjnych otrzymywał zaświadczenia o niezdolności do udziału w postępowaniu procesowym.

W kwietniu 2004 r. rozpoczął wnioskowaną wcześniej obserwację, w czasie której zdiagnozowano zespół zależności alkoholowej w okresie abstynencji, organiczne zaburzenia osobowości oraz nawracające epizody depresyjne o charakterze reaktywnym. Po zakończonej obserwacji zgłaszał się na wizyty do PZP. W październiku 2004 r. na wniosek obrońcy oskarżonego zostało wznowione postępowanie. Pod koniec 2004 r. opiniowany podjął nowe inwestycje związane z handlem samochodami. Jak przyznał w czasie badania, sprzedawał samochody z niewielką stratą. W grudniu 2004 roku został objęty opieką lekarską przez innego profesora psychiatrię.

Od tego czasu trzykrotnie był hospitalizowany w klinice. Rozpoznawano: chorobę afektywną dwubiegunową (stan mieszany, depresyjny, hipomaniakalny), zespół zależności alkoholowej o charakterze objawowym w okresie abstynencji, zespół czołowy. W trakcie tych hospitalizacji raz był opiniowany pod kątem zdolności do uczestniczenia w rozprawie o wznowienie postępowania – stwierdzono, że w obecnym stanie psychicznym, który oceniono jako wyrównany, jest zdolny do uczestniczenia w niej. Kolejna wystawiona opinia, przez inny zespół biegłych (spoza kliniki), dotyczyła oceny poczytalności tempore criminis. Stan badanego spowodowany leczeniem farmakologicznym uniemożliwił jednak przeprowadzenie pełnego badania. Wystąpiono wówczas z wnioskiem o przeprowadzenie kolejnej obserwacji sądowo-psychiatrycznej.

Chronologię faktów zmieniających się rozpoznań, ocen poczytalności i zdolności do udziału w postępowaniu na tle istotnych wydarzeń życiowych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. **Chronologia i faktografia zmieniających się rozpoznań, ocen poczytalności i zdolności do udziału w rozprawie**

Rok/Tryb leczenia i opiniowania	Rozpoznanie i zwroty w sytuacji życiowej	Ocena poczytalności	Zdolność do udziału w rozprawie
1978/1979 Hospitalizacja	Zaburzenia osobowości typu psychopatycznego z dipsomanią		
1981 Hospitalizacja	Depresja u osobnika neurotycznego, alkoholizm objawowy. Wstępnie podejrzewano depresję endogenną		
1993 Hospitalizacja	Wstrząśnienie mózgu. Uraz wielonarządowy		
	Pierwsza sprawa karna, zarzuty dotyczą lat 1991–1993		

Rok/Tryb leczenia i opiniowania	Rozpoznanie i zwroty w sytuacji życiowej	Ocena poczytalności	Zdolność do udziału w rozprawie
1995/1996 Hospitalizacja	Zespół depresyjny endogeny (psychotyczny) z podłożem organicznym. Sześć razy opiniowany	Zarzuty obejmują lata 1991–1993. Śledztwo umorzone w marcu 1997 r. Niepoczytalność	Niezdolny
Od kwietnia 1996 Ambulatoryjna opieka	Zespół depresyjny endogeny, organiczne uszkodzenie CUN. Od 13.12.1996 r. L4 do 10.07.97		
17.07.1996	II grupa inwalidzka (F06)		
1998	Otrzymuje funkcję prezesa w nowo powołanej spółce		
02.07.1998	ZUS F06 Całkowita, trwała niezdolność do pracy		
	Rozwiązuje umowę o pracę, pozostaje prezesem spółki		
1999	Rezygnuje z funkcji prezesa, obejmuje funkcję prokurenta w nowo powołanej spółce		
Październik 1998–marzec 2000	Druga sprawa karna: 19 przestępstw ekonomicznych		
Kwiecień 1999 Ambulatoryjna opinia	Charakteropatia, skłonność do nadużywania alkoholu	Poczytalność	Zdolny
Czerwiec 2001	Aresztowanie		
20.06.2001 Ambulatoryjna opinia	Zespół depresyjny przygnębienny, sytuacyjny	Wniosek o obserwację	
20.06.2001–25.07.2001 Hospitalizacja	Zamierzone zatrucie lekami. Śpiączka I/II. Reakcja sytuacyjna depresyjna		
25.07.2001–26.09.2001 Obserwacja sądowo-psychiatryczna	Depresyjna reakcja nerwicowa	Poczytalny	Zdolny
9.11.2001–13.11.2001	Mieszane zatrucie lekami		

27.06.2002	Opuszczenie aresztu		
11.07.2002	Badanie ambulatoryjne przez profesora psychiatrii. Epizod depresyjny		
Sierpień 2002 Ambulatoryjna opinia	Zaburzenia osobowości typu dysocjalnego o etiologii wieloczynnikowej (współistnienie czynników środowiskowych i cech organicznego uszkodzenia OUN) z nawarstwionymi objawami przewlekłych zaburzeń adaptacyjnych ściśle związanych z sytuacją prawną badanego oraz tendencją do nadużywania alkoholu w wywiadzie	Poczytalny	Zdolny

24.09.2002–24.03.2003 Hospitalizacja	Choroba afektywna dwubiegunowa. Organiczne uszkodzenie mózgu		
03.12.2002 Ambulatoryjna opinia	Organiczne zaburzenia osobowości oraz zespół depresyjny, uzależnienie od alkoholu. Podłożem są czynniki reaktywne oraz uszkodzenie OUN	Wniosek o obserwację	
21.04.2004–2.06.2004 Obserwacja sądowo- psychiatryczna	Zespół zależności alkoholowej w okresie abstynencji, organiczne zaburzenia osobowości oraz nawracające epizody depresyjne o charakterze reaktywnym	Poczytalny	Zdolny
18.10.2004	Wznowienie postępowania		
Grudzień 2004	Gabinet prywatny profesor psychiatrii		
2005 Trzykrotna hospitalizacja. Podczas jednej z nich opinia ambulatoryjna	Choroba afektywna dwubiegunowa (stan mieszany, depresyjny, hipomaniakalny). Zespół zależności alkoholowej o charakterze objawowym w okresie abstynencji. Zespół czołowy	Nie wypowiedziano się co do poczytalności	Zdolny
2005 Ambulatoryjna opinia	Organiczne zaburzenia osobowości oraz zespół depresyjny, uzależnienie od alkoholu. Podłożem są czynniki reaktywne oraz uszkodzenie OUN	Wnioskowano o obserwację	
2006 Obserwacja sądowo- psychiatryczna	Zaburzenia nastroju dwubiegunowe, obecnie o obrazie zespołu subdepresyjnego o etiologii wieloczynnikowej u osoby z organicznymi zaburzeniami osobowości uzależnionej od benzodiazepin i w anamnezie od alkoholu	Poczytalny	Zdolny

Omówienie przypadku

Można zauważyć, że trudności z zajęciem stanowiska przez biegłych spowodowane były wątpliwościami diagnostycznymi, koniecznością ustosunkowania się do różnych wcześniejszych rozpoznań opiniujących i do wypowiedzi specjalistów, w tym autorytetów z dziedziny psychiatrii. Problemy diagnostyczne związane były z wieloczynnikową etiologią stwierdzanych zaburzeń (czynnik reaktywny, organiczny, endogeny), niepełną symptomatologią zespołów zaburzeń nastroju przy kolejnych rzutach choroby, widzianą różnie przez kolejnych biegłych psychiatrów wydających opinie oraz lekarzy leczących w szpitalach psychiatrycznych. Dodatkowo diagnostykę utrudniała postawa obronna opiniowanego. Opiniujący zgodni byli co do stwierdzanego uzależnienia od alkoholu, zespołów depresyjnych oraz uwzględniania czynnika organicznego, jaki stanowił uraz spowodowany wypadkiem komunikacyjnym oraz alkohol (z wyjątkiem jednego zespołu biegłych). Różnili się natomiast oceną początku choroby, uwzględnianiem wpływu czynnika endogenego, reaktywnego, potwierdzaniem występowania zespołów hipomaniakalnych, oceną poczytalności i możliwości udziału w postępowaniu sądowym oraz rozpoznaniem uzależnienia od benzodiazepin. Ośrodki akademickie źródło pierwotnych zaburzeń nastroju widziały w podłożu endogennym

i rozpoznawały zaburzenia afektywne dwubiegunowe, natomiast czynnik organiczny traktowały jako wtórny. Natomiast lekarze biegli oddziałów psychiatrii sądowej oraz przeprowadzający badania ambulatoryjne jako przyczynę pierwotną zaburzeń nastroju widzieli zmiany organiczne u osoby z pierwotnie zaburzoną osobowością. Niektórzy biegli zwracali głównie uwagę na czynnik reaktywny – sytuacyjny (opinia po pierwszej obserwacji sądowo-psychiatrycznej).

Ostatni zespół biegłych, z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, po obserwacji sądowo-psychiatrycznej stwierdził zaburzenia nastroju dwubiegunowe, obecnie o obrazie zespołu subdepresyjnego o etiologii wieloczynnikowej u osoby z organicznymi zaburzeniami osobowości, uzależnionej od benzodiazepin i w anamnezie od alkoholu. Jak zaznaczono w opinii, etiologia stwierdzanych zaburzeń nastroju to wiele wzajemnie powiązanych i oddziaływających na siebie elementów (endogenne, reaktywne, urazowe). Wypadkowa ich działania kształtowała funkcjonowanie badanego w różnych okresach jego życia, w tym także w okresie krytycznym. W zależności od sytuacji, w różnej kolejności poszczególne czynniki wysuwały się na plan pierwszy.

Ten sam zespół biegłych jako główną przyczynę zaburzeń wziął pod uwagę przede wszystkim zmiany organiczne będące skutkiem urazu doznanego w 1993 r. Nie bez znaczenia była informacja o jego następstwach pod postacią padaczki. Biegli brali pod uwagę również długotrwałe działanie alkoholu i leków z grupy benzodiazepin z przebytych dwukrotnie ostrym zatruciem, w tym raz z towarzyszącą śpiączką. Stwierdzono, że istnieje korelacja między zmianą obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych u oskarżonego a wydarzeniami związanymi z wpływem urazu. Stan psychiczny opiniowanego wyraźnie zaczął zmieniać się po wypadku komunikacyjnym. Nasileniu uległy niektóre cechy osobowości utrudniające mu funkcjonowanie. Stał się bardziej drażliwy, częściej przejawiał stany dysforyczne, w których do agresji słownej dołączała się również czynna agresja fizyczna. U opiniowanego obserwowano chwiejność emocjonalną z tendencją do zalegania afektu, wypowiedzi dygresyjne, rozwlekłe i obniżony krytycyzm. Wpływ czynnika organicznego znajdował również potwierdzenie w wykonanych badaniach psychologicznych oraz tomografii komputerowej głowy i EEG.

Stwierdzić należy, że wszystkie czynniki uszkadzające ośrodkowy układ nerwowy pogłębiały zaburzenia w sferze emocjonalno-motywacyjnej, a więc ukierunkowały zachowania badanego bardziej w stronę zachowań nieakceptowanych społecznie. Ostatecznie przyjęto, że elementem mającym pierwszoplanowe znaczenie w całej sprawie jest długotrwała, nie rozwiązana sytuacja prawna badanego, oczekująca go możliwość pozbawienia wolności i utraty mienia. W przeszłości rolę czynnika reaktywnego w zaostrzeniach choroby odgrywały różne sytuacje trudne. Daje się zauważyć związek czasowy między zadziałaniem czynników przyczynowych a pogorszeniem się stanu psychicznego pod postacią zespołów depresyjnych, zgodność treści przeżyć depresyjnych z treścią przeżyć traumatyzujących oraz ustępowanie objawów lub zmniejszenie ich nasilenia po złagodzeniu lub zaprzestaniu działania czynnika przyczynowego. Pod tym kątem można rozpatrywać hospitalizacje psychiatryczne opiniowanego (patrz tabela). Pierwsza była związana z niesubordynacją i grożącym zwolnieniem dyscyplinarnym z wojska. Druga poprzedzona była nawarstwieniem się wielu problemów osobistych badanego. Hospitalizacje w 1995 r. oraz 2002 r. pozostawały w związku

z toczącymi się sprawami karnymi. W szpitalnych kartach choroby zawarta jest informacja o wahaniach nastroju w kontekście pojawiających się problemów badanego. Poprawa samopoczucia obserwowana była w sytuacji widzianej przez opiniowanego w kategoriach bezpieczeństwa. Również sposób przeżywania obniżonego nastroju wskazuje na znaczny wpływ komponentu reaktywnego na obraz choroby. Badany dosyć chętnie relacjonuje przeżywany smutek, próbuje wiernie przekazać podjęte próby suicydalne; najczęściej cechowało go płytkie przeżywanie smutku. Nawet jego informacje o myślach i zamiarach samobójczych często charakteryzują się pewną demonstracyjnością, chęcią zwrócenia na siebie uwagi.

Po raz pierwszy podejrzenie czynnika endogennego wysunięto w 1981 roku w trakcie hospitalizacji. Wówczas rozpatrywano jego udział w kontekście choroby afektywnej jednobiegunowej. Uwzględniano już wtedy wpływ pozostałych czynników etiologicznych na przebieg choroby. Od roku 2002, wg dokumentacji lekarskiej, potwierdzono etiologię endogenną zaburzeń nastroju typu dwubiegunowego, a przyczyną hospitalizacji były głównie stany depresyjne, jeden raz stan mieszany i raz hipomaniaikalny. Warto w tym miejscu zauważyć, że samo rozpoznanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego o podłożu endogennym nie warunkuje bezwzględnie przyjęcia kryteriów zniesienia lub ograniczenia poczytalności. Gdyby stanowiło ono jedyne podłoże występujących u badanego objawów psychopatologicznych, to w ocenie poczytalności znaczenie miałyby nasilenie się psychopatologii bezpośrednio wpływającej na stan świadomości i woli oskarżonego w rozumieniu zdolności do rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Sam charakter czynnika etiologicznego (endogeny, urazowy, reaktywny) zaburzeń nastroju nie ma znaczenia w ocenie stopnia poczytalności. Znaczenie ma natomiast głębokość tych zaburzeń i ich wpływ na funkcjonowanie badanego. Badany od wielu lat przejawia zaburzenia pod postacią wahań nastroju, które głównie mają charakter depresyjny. Zaburzenia nastroju nie osiągały poziomu głębokiej depresji ani stanu maniakalnego.

W chwili obecnej opiniowany jest osobą o dobrej sprawności intelektualnej sprzyjającej dążeniu do ambitnych celów. Badany kierował swoim postępowaniem w myśl zasad i morale przyjętych w jego środowisku społecznym, w imię zaspokajania własnych potrzeb pokrywających się z jego wartościami. Do takich konkluzji upoważnia dobre funkcjonowanie społeczne oskarżonego, o czym świadczy analiza jego linii życiowej. Nawet przy istniejących obiektywnie trudnościach, tj. utraty zatrudnienia, szukał innych rozwiązań i ostatecznie je znajdował. Zachowania ingracyjne sprzyjały radzeniu sobie z przeszkodami. Potrafił wyzyskiwać w razie potrzeby inne osoby. Dobrze się czuł w sytuacji, gdy musiał podejmować ryzykowne przedsięwzięcia. Nie bał się ich i dobrze funkcjonował społecznie. W okresie transformacji w Polsce dostrzegł nowe możliwości ekonomiczno-finansowe, podejmował samodzielnie, lub jako współnik w spółkach, działalność gospodarczą. Wykorzystywał możliwości rynkowe, podejmował przeciętne ryzyko (dla tego okresu), zaciągał kredyty, podpisywał umowy z kontrahentami, z których potem nie wywiązywał się z powodu zmiany koniunktury handlowej, wchodził w coraz większe długi, zawierając następne umowy mające ratować jego finanse. Można stwierdzić, że działania jego są celowe, zborne, kieruje się w nich odpowiednią logiką w gospodarce rynkowej z nastawieniem na

zysk i uwzględnianiem strat. Swoje poczynania i zachowania usprawiedliwia trudną obiektywnie sytuacją. W opisywany sposób oskarżony funkcjonuje od dłuższego czasu, obejmującego również okres, którego dotyczy zarzut.

Badany jest oskarżony o dokonanie przestępstw natury ekonomicznej. Działania te wymagały czasu i współdziałania z innymi osobami oraz wykorzystania praktycznej znajomości funkcjonowania systemu finansowego przedsiębiorstwa. Mimo że formalnie nie pozostawał w stosunku pracy, za którą otrzymywałby wynagrodzenie w formie miesięcznej pensji (m.in. otrzymywał rentę i z tego tytułu miał świadczenia pieniężne), był uprawniony do podejmowania decyzji o charakterze finansowym i zobowiązań w stosunku do innych przedmiotów gospodarczych i banków.

Zasadniczą kwestią było rozstrzygnięcie, czy istniejące zaburzenia psychiczne znosiły lub w znacznym stopniu ograniczały w czasie zarzucanych mu czynów zdolność rozpoznawania ich znaczenia lub pokierowania swoim postępowaniem. Zdaniem biegłych taka możliwość nie zachodziła, niezależnie bowiem od objawów oskarżony funkcjonował społecznie z pewnymi mankamentami, jakie są typowe dla wielu osób, które podejmują decyzje o charakterze ekonomicznym. Nie są to działania impulsywne, nagłe, natychmiastowe, lecz wymagające pewnego przygotowania, uruchomienia procedur zaangażowania innych osób. Dodatkowo oskarżony nie działał w izolacji i gdyby ujawniał objawy o szczególnej psychopatologicznej sile, zostałby odsunięty przez otoczenie jako człowiek, który winien się leczyć, a nie podejmować decyzje mogące narazić innych na straty, niekorzystne rozporządzenie mieniem itp. Podejmowane przez oskarżonego decyzje finansowe i formalne związane były z jego szczególną i wydaje się przemyślaną pozycją w strukturze firmy, gdzie występował jako osoba dla ZUS niezdolna do pracy, ale równocześnie decydująca w sprawach zasadniczych bez formalnego stosunku pracy (prokurent).

Żaden z powyższych czynników etiologicznych stwierdzanych zaburzeń nie ma znaczenia w ocenie poczytalności badanego w myśl przesłanek art. 31 § 1 i 2 kk. Również występujące w okresie krytycznym objawy psychopatologiczne, omówione powyżej, nie znosiły ani nie ograniczały w stopniu znacznym zdolności do rozpoznania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem w myśl przesłanek art. 31 § 1 i 2 kk. Badany ma tendencję do agrawowania objawów oraz zachowań impulsywnych (a nawet autodestrukcyjnych), prawdopodobnie związanych ze skłonnością do manipulacji otoczeniem i osiąganiem doraźnych korzyści. Nie można wykluczyć, że jego ryzykowne zachowania, próby samobójcze mają charakter manipulacyjny – podejmowane są w celu złagodzenia warunków izolacji czy odraczenia procesu.

Dyskusja

Krytyczna ocena środowiska lekarskiego, oskarżanie o korupcję nie omijają również psychiatrów. Szczególnie dotyczą one psychiatrów wydających opinie sądowo-psychiatryczne. Stawiane im zarzuty obejmują różne kwestie, m.in. świadome, celowe poświadczanie nieprawdy czy częste pomyłki, mylne diagnozy i błędne wnioski [5, 6].

Trudności opiniowania sądowo-psychiatrycznego coraz częściej związane są nie z samą oceną stanu psychicznego badanej osoby, lecz z ustosunkowaniem się do wielu

wcześniejszych opinii, wydawanych najczęściej bez związku ze sprawą [4]. Osoby wypowiadające się co do stanu zdrowia swoich pacjentów rzadko zdają sobie sprawę z konsekwencji, jakie mogą nieść za sobą wystawione przez nich zaświadczenia. Ważną rolę odgrywa również spostrzeganie pacjenta przez autorytety w dziedzinie psychiatrii, biorące udział w procesie terapeutycznym. Nie budzi wątpliwości, że wszystkie pisemne oceny stanu zdrowia badanej osoby powinny być brane pod uwagę w trakcie wypowiedzania się i udzielania odpowiedzi na pytania organu procesowego [7]. Nie można jednak wymagać jedynie od sądu krytycznego podejścia do wydawanych przez psychiatrów leczących, lub konsultujących, czasem nieprzemyślanych zaświadczeń, niekiedy zawierających nieuzasadnione i nieudokumentowane konkluzje [8]. Sąd jako „najwyższy biegły” dopuszcza lub odrzuca dowód w sprawie, lecz najczęściej opiera się na zdaniu innych specjalistów, którzy wówczas stawiani są w trudnej sytuacji konieczności podważenia tych zaświadczeń, co rozumiane jest często jednoznacznie jako krytyka kompetencji innych psychiatrów. Może być to związane jedynie z niedoinformowaniem lekarza (nawet profesora) wydającego zaświadczenie. Również nie zawsze lekarz ma dostęp do pełnej dokumentacji leczenia (zaświadczenia wydawane są po jednorazowej wizycie w gabinecie prywatnym, pacjent prosi o zaświadczenie w innym celu, a wykorzystuje je w innym, wreszcie zaświadczenie zawiera zbyt skąpą ilość informacji) [1]. Odrębną kwestią są zaświadczenia niekompetentnych psychiatrów, w których ustosunkowują się oni do pytań organów procesowych, choć nikt ich o to nie pyta. Rozbieżności, wynikające ze stanowisk różnych psychiatrów, stwarzają możliwości manipulowania, odraczania bądź unikania odbycia kary. Odpowiedzialność za to biorą na siebie wszystkie osoby wydające opinie dotyczące stanu zdrowia badanej osoby, nie zawsze jednak zdają sobie z tego sprawę.

Wystawiając zaświadczenie dotyczące badanego zawsze należy brać pod uwagę możliwość wykorzystania go w celach sądowych. Praktyka opiniowania sądowego wykazuje, że – mimo niebrania bezpośredniego udziału w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym – wszystkie osoby wypowiadające się o stanie psychicznym badanego mogą mieć wpływ na ostateczne rozpoznania, nawet ocenę poczytalności opiniowanego. To wszystko skłania do poważnych refleksji o zagrożeniu suwerenności biegłego. Należy poważnie zastanowić się, jak takim sytuacjom zapobiegać i jak się przed nimi bronić. Istniejące uregulowania kodeksowe, dotyczące niezależności biegłego, w praktyce, jak wskazuje powyższy przykład, są względne [9]. Mimo swojej niezależności, opiniujący biegły sądowy prawie zawsze przychylił się do diagnozy postawionej przez autorytet naukowy, uległ wpływowi chociaż nie bezpośredniemu – osoby o wysokiej pozycji zawodowej. Modeluje to ostatecznie wnioski w opinii sądowo-psychiatrycznej. To jest przyczyną, że autorytety medyczne wydając orzeczenia, zaświadczenia lekarskie, choć same nie są powołane do opiniowania, wpływają w sposób pośredni, ale też istotny, na opinie, jak również na decyzje wymiaru sprawiedliwości co do przyjęcia tej, a nie innej opinii biegłych. Zastanawiać może, dlaczego autorytety naukowe podejmują się jednorazowego badania osób, o których wiadomo, że ciąży na nich prawne zarzuty. Nie budzi jednak wątpliwości, że intencja, jaka towarzyszy wydaniu przez autorytet zaświadczenia, ma siłą swego prestiżu narzucić lub wzmocnić postawione rozpoznanie. Treść dokumentów lekarskich, o których mowa powyżej, winna być tak sformułowana,

by pomagała w uzyskaniu pewności co do stawianej diagnozy i oceny poczytalności, obiektywizowała fakty, a eliminowała niejasności i możliwość manipulacji.

Wszystkie osoby badające opiniowanych, niezależnie od celu wykonywanych badań powinny mieć na uwadze konsekwencje wystawianych przez siebie ocen, również te związane z możliwością wydłużania postępowania sądowego dotyczącego opiniowanego i unikania przez niego odpowiedzialności karnej. Prawidłowo wystawione zaświadczenia mogą zawsze być pomocne dla biegłych, którzy siłą przekonywania sądu o słuszności swojej opinii muszą jednak czerpać z faktów, a nie tylko z tytułu naukowego autorów zaświadczeń. Gdy sądy odrzucają zaświadczenia i „opinie” autorytetów w psychiatrii, sytuacja biegłego wydającego opinię jest trudna.

Wnioski

1. Zasady opiniowania sądowo-psychiatrycznego muszą zawsze promować niezależność biegłego.
2. Zaświadczenia wydawane pacjentom i tzw. „niezależne opinie” powinny być udokumentowane faktami nie budzącymi wątpliwości.
3. Wydając zaświadczenia lekarz psychiatra musi mieć świadomość możliwości uwikłania go przez pacjenta w toczące się przeciwko niemu postępowanie karne.

Болезнь – манипуляция: трудности судебно-психиатрической экспертизы

Содержание

На примере одного наблюдения были обсуждены, все более часто, появляющиеся трудности при экспертизе и проблемы, с которыми встречаются психиатры и психологи, предлагающие судебно-психиатрические и судебно-психологические экспертизы. Во время проведения судебного процесса пациент был 10 раз госпитализирован в психиатрической больнице, а 15 раз были предложены судебно-психиатрические экспертизы. Ставились различные психиатрические диагнозы, давались различные оценки вменяемости. На тему состояния психики обследованного свои мнения предлагали профессора-психиатры, которые не принимали непосредственного участия в судебно-психиатрических экспертизах. Обследованный был лечен и иными специалистами, а также врачами-экспертами для установления пенсионного пособия. Проведен анализ влияния экспертиз иных врачей на течение экспертизы.

Обращено внимание на проблему объективного формулирования содержания врачебных документов таким образом, чтобы они помогли в получении достоверности, касающейся диагноза и оценки вменяемости во время проведения экспертизы. Все лица, исследующий пациентов, у которых проводятся медицинские экспертизы, независимо от заданий при проведении исследований, должны принимать во внимание ответственность за их экспертизы. Особенно необходимо помнить о возможности длительности судебного процесса, связанного с экспертизами, а также избегания юридической ответственности.

Krankheit - Abwehr - Manipulation: Schwierigkeiten bei der forensisch-psychiatrischen Begutachtung

Zusammenfassung

Anhand eines Beispiels wurden die immer häufiger erscheinenden Schwierigkeiten bei der Einschätzung und Herausforderungen für die Psychiater und Psychologen besprochen, die die forensisch-psychiatrische und forensisch-psychologische Begutachtungen treffen. Während des Gerichtsverfahrens wurde ein Patient 10-mal psychiatrisch hospitalisiert und 15-mal forensisch-

-psychiatrisch begutachtet. Es wurden unterschiedliche psychiatrische Diagnosen gestellt, auch die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit war different. Zum Thema des Gesundheitszustandes haben die Psychiatrieprofessoren, die an der forensisch-psychiatrischen Begutachtung direkt nicht teilgenommen haben, ihre Meinungen geäußert. Der Untersuchte wurde durch andere Fachärzte behandelt und durch die meinungsgebenden Sachverständigen aus der Sozialversicherung beurteilt, um die Rentensansprüche zu bekommen.

Es wurde auf das Problem der richtigen Formulierung der Inhalte der ärztlichen Dokumente aufmerksam gemacht, auf diese Weise, dass es helfen soll, eine sichere Diagnose zu stellen und die richtige Zurechnungsfähigkeit bei der forensisch-psychiatrischen Einschätzung festzustellen. Alle Personen, die den Untersuchten begutachten, sollen unabhängig von dem Ziel der durchgeführten Untersuchungen die Konsequenzen des ausgestellten Gutachtens in Rücksicht nehmen, insbesondere die Möglichkeit der Verlängerung des Gerichtsverfahrens für den Untersuchten und das Vermeiden der Strafverantwortlichkeit.

Die Frage der Unabhängigkeit des Sachverständigen muss im Hinblick auf die mehreren durch ihn erstellten forensisch-psychiatrischen Begutachtungen, Meinungen, Bescheinigungen über Untersuchte außer der Verhandlung nachgedacht werden, besonders wenn es um Autoritäten aus dem Gebiet der Psychiatrie geht und wichtig dabei ist auch das Problem der Stellungnahme zum Inhalt der Begutachtungen.

La maladie - la protection - la manipulation: les difficultés de formuler les opinions médico-légales (psychologiques ou psychiatriques)

Résumé

En basant sur la description d'un cas l'auteur présente les difficultés les plus fréquentes de formuler les opinions médico-légales (psychologique ou psychiatriques). Le patient dont le cas est présenté à été hospitalisé 10 fois et 15 fois on a formulé les opinions médico-légales concernant ce patient. Il a été diagnostiqué différemment et sa capacité de discernement a été estimée aussi de différente façon. Les opinions concernant son état mental ont été formulés par les professeur en psychiatrie qui ne participaient pas à formuler les opinions médico-légales. De plus les autres spécialistes ont examiné et ont traité ce patient; encore d'autres lui ont donné le certificat pour avoir la pension. L'auteur analyse l'influence de ces opinions sur l'opinion médico-légales.

Cette analyse accentue le problème la formulation adéquate des documents médicaux pour qu'ils puissent servir de base sûre du diagnostic et de l'estimation de la capacité de discernement du patient. Tous les médecins examinant le patient et formulant les opinions doivent se rendre compte des conséquences des leurs opinions qui influent sur la durée du procès ou sur l'évidement de la responsabilité pénale. Il faut aussi tenir en considération le problème de l'indépendance (la souveraineté) des experts surtout dans le contexte des multiples opinions formulées par les autorités en psychiatrie et de leurs mutuelles relations.

Piśmiennictwo

1. Pobocho J. *Powstawanie błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych i ich wykrywanie*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9, supl. 44 (12): 49–57.
2. Heitzman J. *Wybrane metodologiczne aspekty obiektywności w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym*. W: Gierowski JK, Szymusik A, red. *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996, s. 63–71.
3. Pobocho J. *Depresja udawana*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7, supl. 3 (8):133–138.
4. Hajdukiewicz D. *Postawy psychiatrów – biegłych i niebiegłych*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14 (4): 377–383.
5. Heitzman J. *Biegły w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym. Biegły w sądzie*. Konferencja w 40 rocznicę śmierci profesora Jana Sehna. Kraków: Wyd. Instytutu Ekspertyz Sądowych (IES); 2005, s.43–59.

6. Heitzman J. *Biegły w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym – analiza zjawiska*. Psychiatr. Pol. 2004; XXXVIII, 3: 385–394.
7. Hajdukiewicz D. *Zadania i kompetencje lekarza psychiatry w zależności od sprawowanej funkcji*. Post. Psychiatr. Neurol. 2008; 17 (1): 71–75.
8. Hajdukiewicz D. *Niektóre pozamerytoryczne przyczyny nieprawidłowości opiniowania sądowo-psychiatrycznego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9, supl. 4 (12): 63–68.
9. *Kodeks etyki lekarskiej*. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r. Warszawa NRL 2004.

Adres: Małgorzata Opio
Klinika Psychiatrii Sądowej
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 28.02.2007
Zrecenzowano: 22.05.2007
Przyjęto do druku: 10.04.2008