



Problemy z oceną wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości

Problems with estimation of a high probability of recurrence of acts of high social harmfulness

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawienie problemów związanych z oceną wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości przez osoby wykazujące objawy zespołów paranoicznych.

Poglądy. Na podstawie przykładów z własnej praktyki opiniowania sądowo-psychiatrycznego wskazuje na dwa okresy, w których te trudności występują: 1) przy ocenie wskazań do koniecznego zastosowania środka zabezpieczającego, 2) przy ocenie takiej zmiany stanu psychicznego, która powoduje, że dalsze stosowanie środka zabezpieczającego nie jest konieczne (prawdopodobieństwo powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości nie jest wysokie).

Wnioski. Autorka proponuje, aby w przypadku wniosku o zastosowanie środka zabezpieczającego biegły psychiatry wykazali, że zostały spełnione kryteria wymienione w art. 94 § 1 kk lub 93 kk, a w stosunku do osoby zwalnianej z dalszego odbywania środka zabezpieczającego, objęcie jej opieką i kontrolą rejonowej poradni zdrowia psychicznego i zawodowego kuratora sądowego, które to instytucje miałyby obowiązek informowania sądu penitencjarnego o wynikach leczenia i funkcjonowaniu w społeczeństwie zwolnionej ze szpitala osoby.

SUMMARY

Objectives. To present problems inherent in the assessment of a high probability of recurrence of an act of a high harmfulness to the community by individuals demonstrating symptoms of paranoid syndromes.

Review. On the grounds of examples from the author's own practice as a forensic psychiatric expert two occasions are indicated on which such difficulties are encountered: 1) in the evaluation of indications to the necessary application of forensic detention as a preventive measure, and 2) in the evaluation of a change in the individual's psychiatric condition, due to which his/her further forensic detention is no longer necessary (i.e. the probability of recurrence of an act of high social harmfulness is not high).

Conclusions. The author proposes that in case of a motion for forensic detention application as a preventive measure forensic psychiatric experts should prove that criteria listed in Art. 94 par. 1, or in Art. 93 of the penal code are fulfilled. As regards persons released from further forensic detention, they should be under control and in care of their local psychiatric outpatient clinic and of a professional probation officer. These institutions should be obligated to inform the relevant criminal court about the discharged person's treatment outcome and his/her functioning in the community.

Słowa kluczowe: zespoły paranoiczne / środki zabezpieczające / prognozy sądowo-psychiatryczne

Key words: paranoid syndromes / preventive measures / forensic detention / forensic psychiatric prognoses

Doświadczenie wskazuje, że osoby, które popadły w konflikt z prawem niejednokrotnie chętnie przyjmują ocenę psychiatrów, że zarzucany im czyn o znacznej społecznej szkodliwości został dokonany w stanie niepoczytalności, natomiast bronią się wszelkimi sposobami przed koniecznością poddania się zastosowanym wobec nich środkom zabezpieczającym wtedy, gdy zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że ponownie popełnią podobny czyn pod względem jego społecznej wagi. Z kolei psychiatry nie zawsze szczegółowo i indywidualnie analizują okoliczności i rodzaj zarzucanych czynów badanym przez nich osobom i niezależnie od tych danych, nie zawsze zasadnie wnoszą o zastosowanie środka zabezpieczającego, gdy nie jest to konieczne (a może nawet jest przeciwwskazane), lub odstępują od takiego wniosku, choć są wskazania do jego zastosowania.

Szczególnie dużo trudności nasuwa opiniowanie osób przejawiających objawy zespołów paranoicznych, bądź o obrazie paranoi, bądź w postaci reakcji paranoicznych.

Są dwa okresy, w których trudności te zaznaczają się szczególnie ostro: pierwszy ma miejsce przy określaniu kryteriów, uzasadniających potrzebę zastosowania środka zabezpieczającego; drugi, to konieczność przekonania sądu, że ze względu na zmianę stanu zdrowia psychicznego, dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie psychiatrycznym nie jest konieczne. Pojawia się przy tym dodatkowa trudność, dotycząca osób samotnych (zatem nie mogących wrócić pod opiekę rodziny), ale o pełnej sprawności fizycznej, które wymagają pozostawania w kontakcie z poradnią zdrowia psychicznego, zarówno celem dalszego leczenia i kontroli, jak i ewentualnej interwencji lekarskiej, w przypadkach pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Niejednokrotnie sąd, rozstrzygając potrzebę kontynuowania środka zabezpieczającego, czy też możliwości jego uchylenia, oczekuje od biegłych gwarancji, że osoba ta po zwolnieniu ze szpitala psychiatrycznego nie powtórzy niebezpiecznych zachowań. Pytanie takie wiąże się z treścią art. 94 § 3 kk [1]

stwierdzającą, że sąd może zarządzić ponowne umieszczenie niepoczytalnego sprawcy czynu o znacznej społecznej szkodliwości w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli przemawiają za tym okoliczności wymienione w § 1 tego artykułu lub art. 93 kk, lecz tylko przed upływem 5 lat od zwolnienia z zakładu. Jednak art. 94 kk, jak i odpowiednie artykuły kodeksu karnego wykonawczego [1] nie wskazują do kogo należy piecza nad osobą zwolnioną z odbywania środka i obowiązek powiadamiania sądu o wskazanych w § 3 okolicznościach. Także komentarze do części ogólnej kodeksu karnego milczą na ten temat. Buchała [2] w ogóle nie porusza tematu § 3, Góral [3] zdecydowanie stwierdza, że „zakaz ponownego umieszczenia sprawcy po upływie 5 lat ma charakter obligatoryjny” i nic więcej nie mówi na ten temat. Postulski [4] ocenia na podstawie przywołanej treści art. 94 § 3 kk, że „zwolnienie sprawcy z zakładu następuje niejako na próbę, tyle, że bez stosowania środków probacyjnych”.

PRZYKŁADY Z PRAKTYKI OPINIOWANIA SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNEGO

Jako ilustrację mojego stwierdzenia, że biegli mają problemy z oceną, kiedy należy wnieść o zastosowanie środka zabezpieczającego wobec sprawcy z rozpoznaniem paranoi, pragnę wskazać następujący przykład.

Opinia 1

Mężczyzna 64-letni od 20 lat „walczy z nadużyciami gospodarczymi” w rejonie swego miejsca zamieszkania, początkowo zgłaszając je do lokalnych władz i do prokuratury, a potem – uważając, że jego skargi zostały zlekceważone – „dochodził winnych na własną rękę”. To powodowało – jego zdaniem – „najpierw szykany, potem prześladowanie” go, również w postaci wytaczania mu spraw karnych, zarzucając znieważanie i pomawianie sędziów i prokuratorów oraz inne osoby na kierowniczych stanowiskach, narażając je na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu. Zarzut ten powtarzał się w kolejnych sprawach (zmieniały się jedynie osoby poszkodowane i czas, którego dotyczyły zarzuty), pod takimi też zarzutami wytoczono mu równoległe sprawy toczące się przeciwko niemu od 2001 r.

Jedna z tych spraw znana jest mi tylko z akt: biegli psychiatrycy po badaniu ambulatoryjnym stwierdzili, że oskarżony cierpi na zespół paranoiczny (przejawiający się wieloletnim występowaniem usystematyzowanych, zwartych urojeń prześladowczych, z tendencją do włączania coraz to nowych osób w krąg prześladowców, oraz pieniactwa, z podporządkowaniem licznych działań w celu realizacji urojeń, oraz z rezygnacją z innych celów życiowych, oraz całkowitym bezkrytycyzmem w postępowaniu), który znosił jego poczytalność wobec zarzucanego mu czynu, zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez niego podobnych czynów w przyszłości, nie jest zdolny do udziału w postępowaniu. Biegli podkreślali, że pogłębiająca się choroba co najmniej od 10 lat wymaga leczenia w zamkniętym oddziale psychiatrycznym, gdyż sam nie podejmuje leczenia z powodu bezkrytycyzmu chorobowego.

Sąd umorzył postępowanie karne orzekając zastosowanie środka zabezpieczającego na podstawie art. 94 § 1 kk,

które to orzeczenie badany zaskarżył, a sąd wyższej instancji je uchylił. Sąd okręgowy uzasadnił swą decyzję następująco: „wątpliwości budzi zbyt pobieżna ocena stopnia społecznej szkodliwości zarzucanego oskarżonemu czynu, a ponadto należy odróżnić niezbędność podjęcia przez niego leczenia od konieczności zastosowania środka zabezpieczającego i rozważyć, czy ze względu na wagę popełnionego czynu wymagane jest stosowanie wobec oskarżonego takiego środka?”.

Po tej decyzji badany wniósł o wyłączenie wszystkich sędziów tego sądu i o przekazanie sprawy innemu sądowi, co oczywiście zostało odrzucone jako bezzasadne. Ponownie przesłuchani biegli psychiatrycy podtrzymali swoją opinię dodając, że oskarżony ostatnio i ich włączył w krąg swych podejrzeń, a utrzymujące się objawy zespołu paranoicznego wymagają leczenia w zamkniętym szpitalu psychiatrycznym. Tak też sąd postanowił, nie ustosunkowując się do wyżej przedstawionych wątpliwości sądu okręgowego.

Badany nadal składał coraz nowe skargi i zażalenia zarzucając kolejnym sędziom i prokuratorom „działanie w mafii, korupcję” itp. oraz domagając się ich zawieszenia w czynnościach służbowych, wszczęcia wobec nich postępowań dyscyplinarnych itd. Aktualna sprawa toczyła się dalej. Zostali powołani inni niż w poprzedniej sprawie biegli, choć z tego samego ośrodka, których opinia była identyczna z opinią zespołu w równoległe prowadzonej sprawie. Podczas rozprawy dotyczącej zastosowania środka zabezpieczającego biegli stwierdzili, że oskarżony „bez leczenia może nasilić działania będące przedmiotem urojeń”, ale „trudno przewidzieć jakiego rodzaju może być to zagrożenie, dotychczas była to agresja słowna, ale nasilenie choroby może doprowadzić do działalności agresywnej, nawet fizycznej, wobec urojonych prześladowców”. Na wniosek obrony sąd dopuścił dowód z biegłych z Kliniki Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie.

Wcześniej badany był kierowany dwukrotnie do Kliniki na obserwację sądowo-psychiatryczną. W 1991 r., po niecałej dobie został zwolniony z powodu bardzo negatywnej postawy i kategorycznego żądania wypisu. Ponownie dowieziony przez konwój w 1992 r. przebywał tylko dwie doby, ale udało się przeprowadzić pełne badanie uzyskując podstawę do wydania opinii sądowo-psychiatrycznej. Zarzucano mu czyny takie, jak obecnie. W wydanej opinii stwierdziliśmy, że badany nie przejawia objawów choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego, lecz wykazuje nieprawidłową osobowość o cechach pieniaczo-fanatycznych, które w znacznym stopniu ograniczały jego poczytalność wobec zarzucanych mu czynów, a jego pozostawanie na wolności nie stanowi poważnego zagrożenia dla porządku prawnego.

W 2002 r. badany również został dowieziony przez policję, ale jedynie na badanie ambulatoryjne. Zachowywał się spokojnie, dostosowanie, przejawiał jedynie nieznacznie wzmożony napęd psychoruchowy. Był w dobrym kontakcie, prawidłowo, wszechstronnie zorientowany, również w swojej sytuacji prawnej. Podał biegłym przedstawione mu zarzuty twierdząc, że pisał „samą prawdę”, nikogo nie chciał obrażać ani znieważać, to tylko niechęć prokuratury do niego spowodowała wytoczenie mu sprawy.

Podczas rozmowy nie wypowiadał zdecydowanych treści urojonych, absurdalnych, lecz jego wypowiedzi miały

charakter ksbnych interpretacji rzeczywistych wydarzeń i faktów. Przejawiał nieufność, podejrzliwość, a jednocześnie wypowiadał poczucie pełnego zdrowia i sprawności psychofizycznej oraz ocenił siebie jako człowieka prawego i szlachetnego. Podnosił też, że nigdy nikomu nie groził i nigdy by nikogo nie skrzywdził. Przejawiał przy tym pewne napięcie emocjonalne, którego nie obserwowano przy innych poruszanych tematach. Nie obserwowano też przejawów nasilonej drażliwości, które w latach 1991 i 1992 były na planie pierwszym.

Podobnie jak przed laty, obecnie stwierdziliśmy, że badany nie przejawia objawów choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego, lecz wykazuje nieprawidłową osobowość z cechami paranoiczno-fanatycznymi i działalność pieniaczą. Ponieważ nie podzieliliśmy rozpoznania poprzednich biegłych (z innego ośrodka), to i nasza ocena jego poczytalności była odmienna. Naszym zdaniem nasilenie zaburzeń osobowości badanego, skutkujących działalnością pieniaczą w znacznym stopniu ograniczało jego zdolność rozpoznania znaczenia zarzucanego mu czynu i zdolność kierowania swoim postępowaniem (w rozumieniu art. 31 § 2 kk).

W naszej ocenie wypowiedane przez badanego treści nie miały charakteru urojeń, choć były do nich bardzo podobne. Według nas były to nastawienia ksbne i myśli nadwartościowe, którym badany przypisywał nadmierne znaczenie i podporządkowywał im swoje pieniacze działania, wykazując wobec nich poważne obniżenie krytycyzmu. Naszym zdaniem były one wynikiem nieprawidłowych cech jego osobowości, zwłaszcza sztywności myślenia, nieufności, podejrzliwości, ksbnego interpretowania rzeczywistych faktów i zdarzeń, a nie produktem psychotycznych zaburzeń treści myślenia, czyli urojeń.

Różnica między tymi rozpoznaniem jest dość subtelna i niekiedy trudna do jednoznacznego określenia, gdyż często system urojeniowy rozwija się właśnie na podłożu osobowości nieprawidłowej. Oczywiście nie każda osoba z osobowością nieprawidłową zapada na psychozę paranoiczną (która jest psychozą endogenną), możliwe są też różne stany pośrednie, np. okresowe reakcje paranoiczne w odpowiedzi na sytuacje trudne itp. Rozróżnianie tych stanów należy do najtrudniejszych w psychiatrii i powodujących najwięcej kontrowersji (stąd ze zrozumieniem przyjęliśmy diagnozę sformułowaną przez cytowanych biegłych, ale jej nie podzieliliśmy). Naszym zdaniem, jednym z najistotniejszych kryteriów takiego różnicowania jest dokładna analiza dynamiki zachowań i wypowiedzi osoby badanej na przestrzeni lat – ze wskazaniem kiedy i w jaki sposób przejawy osobowości paranoicznej w postaci tendencyjnej interpretacji faktów, pozostającej jednak jeszcze w granicach pewnego prawdopodobieństwa, zmieniły się w urojenia *sensu stricte*, które są już ewidentnie sprzeczne z regułami prawdopodobieństwa i myślenia przyczynowo-skutkowego.

Negując u badanego rozpoznanie choroby psychicznej kierowaliśmy się właśnie analizą dynamiki jego wypowiedzi i zachowań w ciągu 20 lat, a zwłaszcza porównaniem jego stanu psychicznego sprzed 10 lat i obecnie, pomiędzy którymi nie stwierdziliśmy istotnych różnic jakościowych. Nie rozszerza on w sposób istotny kręgu tematów i spraw, o które „walczy”, są one od lat te same. Krąg osób, którym zarzuca nieprzychyłość i działanie na jego szkodę

powiększa się ilościowo, ale ogranicza do tych, które mają bezpośredni związek z toczącymi się sprawami sądowymi, głównie sędziów, prokuratorów, biegłych (podczas gdy w *paranoia vera* rozszerzałyby się prawdopodobnie na coraz „wyższe” i odleglejsze szczeble, np. rząd, prezydent, służby specjalne lub jeszcze dalej). Rodzaj zarzutów, jakie stawia tym osobom i przypisywane im intencje są ściśle związane z rodzajem ich działalności, np. stronnictwość, tendencyjność, ewentualnie korupcja (a nie np. chęć pozbawienia go życia, czy inne podobnie absurdalne cele). Wszystkie te zjawiska mieszczą się jeszcze w obrębie psychologicznie zrozumiałych reakcji na kolejne niepowodzenie badanego w załatwianiu różnych, nieraz istotnych życiowo spraw, chociaż są to reakcje zbyt sztywne, „pryncypialne”, wygórowane emocjonalnie, mało pragmatyczne, co przemawia za tym, że wynikają one z zaburzeń osobowości o cechach paranoicznych (podczas gdy w chorobie psychicznej – *paranoia vera* – wypowiedane treści stawałyby się coraz bardziej nieprawdopodobne, odległe od realiów i jego interesów).

Jak wiadomo, aktualnie obowiązujący kodeks karny [1] nie przewiduje stosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zamkniętym szpitalu psychiatrycznym wobec sprawcy z poczytalnością ograniczoną w stopniu znacznym. Mimo to odnieśliśmy się do sprawy wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynów o znacznej społecznej szkodliwości ze względu na oceny innych biegłych.

Wskazaliśmy, że w ciągu ponad 20 lat działalność pieniacza badanego, poza zniewagami i pomówieniami, nie zawierała czynnej agresji, a nawet poważnej agresji słownej w postaci gróźb czy zapowiedzi dokonania agresywnego czynu (w każdym razie brak na to danych w materiale, którym dysponowaliśmy). Należy liczyć się z kontynuacją dotychczasowej działalności, bardzo uciążliwej dla osób i instytucji objętych jego pretensjami i poczuciem krzywdy, chociaż może ona stopniowo słabnąć, jeżeli uda mu się rozwiązać choćby jeden ze swoich problemów (np. emeryturę) oraz skutek stopniowego „wypalania emocjonalnego” (zaobserwowano słabszą jego tendencję do rozdrażnień i wybuchów afektywnych niż przed 10 laty).

Zaznaczyliśmy, że choć do kompetencji sądu należy ocena znacznej szkodliwości społecznej czynów, to jednak z punktu widzenia lekarskiego nie ma podstaw do umieszczenia badanego w szpitalu psychiatrycznym, gdyż nie wymaga on leczenia szpitalnego, a umieszczenie go tam w celach zabezpieczających będzie miało wpływ jatrogenny i może jedynie wzmocnić jego działalność pieniaczą. Gdyby przyjąć, że zaburzenia badanego okresowo nasilały się do zespołu paranoicznego reaktywnego (czego jednak aktualnie nie stwierdziliśmy), to takie zespoły są trudne do leczenia, a hospitalizacja ze stosowaniem nawet dużych dawek leków psychotropowych, zwykle nie przynosi spodziewanych, a zwłaszcza trwałych efektów. Dlatego wskazaniem do umieszczenia w szpitalu jest zwykle wysokie prawdopodobieństwo dokonania niebezpiecznych czynów przeciwko życiu i zdrowiu, na co w przypadku badanego jego dotychczasowa działalność nie wskazuje. Również w relacjach z jego najbliższym otoczeniem, w którym żyje on na co dzień (rodzina, sąsiedzi), nie ujawnia wrogości i postaw konfliktowych, które pozwalałyby prognozować jakies niebezpieczeństwo z jego strony.

Naszym zdaniem jego aktualny stan zdrowia pozwalał na jego udział w postępowaniu. Na kolejnej rozprawie – poza nami – został też przesłuchany poprzedni zespół biegłych psychiatrów, którzy stwierdzili, że po zapoznaniu się z naszą opinią i uzyskane z niej informacje o przebiegu jego zaburzeń i działalności pieniaczej pozwoliły im na podzielenie naszych wniosków.

W ostatnim okresie wydawaliśmy też opinie dotyczące oceny stanu zdrowia psychicznego osób odbywających od ok. 3–4 lat środek zabezpieczający w szpitalach psychiatrycznych. Odpowiadaliśmy na pytanie sądu, czy stan ten powoduje, że dalsze pozostawanie w szpitalu nie jest już konieczne. Jedną z osób była kobieta 56-letnia, uznana za sprawczynię zabójstwa męża z powodów omamowo-urojeniowych, u której stan psychotyczny ustąpił w ciągu kilku miesięcy. W ciągu kolejnych lat lekarze leczący regularnie występowali z wnioskami o zwolnienie jej z dalszego odbywania środka. Sąd wcześniej zasięgnął opinii zespołu, który w okresie przygotowawczym prowadził obserwację sądowo-psychiatryczną tej osoby i wnosił do sądu o zastosowanie środka zabezpieczającego. Obecnie zespół ten – nie badając osoby – ograniczył się do danych z akt sprawy i własnej opinii sprzed lat i bez ustosunkowania się do ocen lekarzy, wnioskujących o zwolnienie z internowania, wydał opinię o potrzebie dalszego stosowania środka zabezpieczającego. Po upływie roku i po kolejnych wnioskach lekarzy leczących o zwolnienie kobiety ze szpitala, sąd zasięgnął opinii biegłych z Kliniki Psychiatrii Sadowej. Na podstawie całokształtu materiału z akt sprawy, pełnej dokumentacji lekarskiej i osobistego badania stwierdziliśmy, że aktualnie osoba ta nie przejawia objawów psychozy, a materiał z dokumentacji lekarskiej wskazywał, że taki stan utrzymywał się od ok. 3 lat. Uznaliśmy, że dalsze pozostawanie tej osoby w szpitalu nie jest konieczne. Sąd zażądał opinii uzupełniającej, odpowiadającej na pytanie, czy biegli mogą zagwarantować, że nie powtórzy ona czynu, w przypadku przerwania leczenia, bo mieszkała sama, zatem nie można liczyć na zapobiegliwość rodziny.

Opinia 2

Druga opinia dotyczyła 61-letniego mężczyzny z rozpoznaniem zespołu paranoicznego z urojeniami niewiary małżeńskiej (ale też prześladowczymi, wielkościowymi, ksobnymi), który został uznany za niepczytalnego sprawcę znęcania się nad żoną, zaś dowody poszlakowe dotyczące zarzutu jej zabójstwa nie zostały dostatecznie uprawdopodobnione. Umieszczony przed czterema laty w szpitalu psychiatrycznym odmawiał poddania się leczeniu farmakologicznemu (uważał się za w pełni zdrowego), zaś obrona od początku systematycznie występowała z wnioskami o zwolnienie z dalszego odbywania środka. Właściwe leczenie podjęto więc z opóźnieniem.

Podczas naszego badania tego pacjenta w 2003 r., tj. w trzy lata po hospitalizacji, a w rok po rozpoczęciu leczenia psychotropowego stwierdziliśmy, że w jego stanie psychicznym zaszły istotne zmiany w zakresie treści myślenia (wprawdzie nadal wypowiadał urojenia niewierności małżeńskiej, ale nie towarzyszyły im tak silne emocje, jakie przejawiał wcześniej). Ponadto nie przejawiał takiej potrzeby dochodzenia słuszności swoich racji, jaka przebijała z jego wcześniejszych wypowiedzi. Natomiast nie podzieliliśmy

optyzmuu biegłych z tego szpitala, że długość internacji i stan remisji gwarantuje brak wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości. Nie długość internacji ma tu istotne znaczenie, ale zaistnienie takiego stanu psychicznego, w którym ustąpiły ostre objawy chorobowe oraz przewidywanie pewnej trwałości tego stanu. Nie wiemy, czy aktualny stan badanego – to istotnie remisja (w przebiegu paranoi to raczej wątpliwe), czy po prostu stłumienie ostrych objawów chorobowych, co w tym wypadku należy ocenić również jako poprawę stanu zdrowia. Stan ten wymaga jednak kontynuacji dotychczasowego leczenia środkami psychotropowymi.

Stwierdziliśmy, że aktualny stan badanego nie stwarza wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości, zatem ta nasza ocena jest zgodna z oceną lekarzy leczących. Jednak trwałość tego stanu zależeć będzie od dalszego leczenia farmakologicznego, które – badany deklaruje – że będzie kontynuował.

KOMENTARZ

Osoby wykazujące objawy zespołu paranoicznego najczęściej poza zakresem swoich urojeń nie wykazują innych, rzucających się w oczy zaburzeń. Mogą więc wykazywać dużą sprawność w wykonywaniu obowiązków zawodowych, gdyż powolny rozwój systemu urojeniowemu nie prowadzi do degradacji ich osobowości i nie dezorganizuje codziennych czynności. Sprawność intelektualna tych osób bywa bardzo wysoka i jeżeli nie ulega osłabieniu z innych przyczyn, to sama paranoja nie powoduje otępienia. Stąd też często otoczenie chorego (w tym prawnicy) nie mogą zrozumieć, że psychiatrzy traktują zespoły paranoiczne jako chorobę obejmującą całą psychikę człowieka, a nie jako chorobę ograniczoną do jednego objawu – urojeń. Chory na paranoję ocenia wszystko, co w jego otoczeniu się dzieje, pod kątem swoich urojeń i zachodzące w rzeczywistości fakty, zjawiska, swoje spostrzeżenia interpretuje w sposób urojeniowy (zarówno bieżące, jak i dawniejsze, wciągając je w zwarty system urojeniowy, który nadal się rozwija). Stąd ocena sądowo-psychiatryczna tych zespołów nie naraża szczególnych trudności: niezależnie od rodzaju czynu oceniamy, że zdolność rozumienia jego znaczenia i kierowania swoim postępowaniem jest zaburzona chorobowo, a zatem zniesiona. W wypadku czynów o znacznej społecznej szkodliwości (zwłaszcza agresywnych) zrozumiała jest ocena konieczności stosowania środka zabezpieczającego, natomiast trudności naraża ocena takiej zmiany stanu psychicznego, która powoduje, że dalsze pozostawanie sprawcy w szpitalu psychiatrycznym nie jest konieczne.

Łuniewski [5] mówi, że pobyt w zakładzie osoby niepczytalnej „nie powinien trwać dłużej niż tego wymaga cel, który wywołał potrzebę internowania. Cel zabezpieczenia społeczeństwa przed ewentualnymi przestępstwami chorego zostaje osiągnięty z tą chwilą, kiedy choroba mija i dlatego moment powrotu do zdrowia powinien decydować o zbędności dalszego internowania i o terminie zwolnienia”. Tymczasem prognozy dotyczące przyszłości chorego na paranoję wcale nie są proste. „Jest rzeczą wątpliwą czy w klasycznej paranoi zdarza się wyzdrowienie. W przypadkach bliższych schizofrenii paranooidalnej może wystąpić remisja, ale osta-

teczna prognoza jest niepomyślna. W prawdziwej paranoi nie ma wcale dezorganizacji osobowości, a zachowanie pacjenta mieści się zazwyczaj w granicach tolerancji społeczeństwa” [6]. Leczenie paranoi endogennej utrudnia negatywna postawa pacjenta, nie odczuwającego potrzeby leczenia. Chorzy ci często podważają kompetencje lekarza, bywają cyniczni, złośliwi, wrogo usposobieni. Psychoterapia nie jest skuteczna, a pewne wyniki można uzyskać stosując neuroleptyki. Rokowanie jednak co do całkowitego wyleczenia nie jest optymistyczne ze względu na przedchorobowe cechy osobowości (nieufność i podejrzliwość), zwłaszcza dominujące w obrazie chorobowym urojenia niewierności małżeńskiej trudno poddają się korekcie [7]. Duże znaczenie przypisuje się lekom psychotropowym, które tłumią objawy psychozy, pozwalając pacjentowi na kontynuowanie normalnego życia, jednak po ich odstawieniu objawy zwykle powracają. Praktycznie kontynuacja leczenia powinna trwać do końca życia [8, 9].

Przepisy kodeksu karnego ani kodeksu karnego wykonawczego nie przewidują zobowiązania osoby zwolnionej z internowania w szpitalu psychiatrycznym do systematycznego leczenia w rejonowej poradni zdrowia psychicznego ani do stałego kontaktu z zawodowym kuratorem sądowym, ale uzyskanie okresowych informacji od tych instytucji o stanie zdrowia, kontynuowaniu leczenia i trybie życia takiej osoby byłyby cennymi wskazówkami dotyczącymi prawdopodobieństwa możliwości powtórzenia czynu o znacznej społecznej szkodliwości (przynajmniej w ciągu 5 lat od zwolnienia, jak to określa art. 94 § 3 kk).

WNIOSKI

1. W przypadku osoby z rozpoznaniem zespołu paranoicznego należy przeprowadzić bardzo dokładną analizę całokształtu materiału dla oceny prognozy na przyszłość i z wnioskiem o zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zamkniętym szpitalu psychiatrycznym występować tylko przy spełnieniu kryteriów z art. 94 § 1 kk, ewentualnie art. 93 kk.

2. Przed zwolnieniem z dalszego odbywania środka zabezpieczającego w szpitalu psychiatrycznym osoby z rozpoznaniem zespołu paranoicznego konieczna jest ocena, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że nie powtórzy ona czynu o znacznej szkodliwości społecznej.

3. Wydaje się, że jedną z form zabezpieczenia mogłoby być zobowiązanie zwalnianej osoby, lub jej bliskich, do systematycznego kontaktu z rejonową poradnią zdrowia psychicznego, celem dalszego leczenia oraz przydzielenie jej opieki zawodowego kuratora sądowego przez co najmniej 5 lat (który to okres przewiduje art. 94 § 3 kk). Obie te instytucje byłyby również zobowiązane do informowania sądu penitencjarnego o przebiegu leczenia i funkcjonowaniu w życiu społecznym. Wniosek ten wymagałby zapewne albo nowelizacji kodeksu karnego, albo odpowiedniego zarządzenia ministrów Zdrowia i Sprawiedliwości.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy. Warszawa: Wyd Praw; 1997.
2. Buchała K, Zoll A. Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1–116 kodeksu karnego. Tom I. Kraków: Zakamycze; 1998.
3. Góral R. Kodeks karny. Praktyczny komentarz. Warszawa: Wyd ZPP; 1998.
4. Hołda Z, Postulski K. Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Gdańsk: 1998.
5. Luniewski W. Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna. Warszawa: PZWL; 1950: 22–3, 155–6.
6. Noyes AP, Kolb IC. Nowoczesna psychiatria kliniczna. Warszawa: PZWL; 1969.
7. Grzywa A. Zaburzenia urojeniowe. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria kliniczna. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 325–41.
8. Namysłowska I. Paranoja i reakcje paranoiczne. W: Pużyński S, red. Leksykon psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1993: 334–6.
9. Namysłowska I. Paranoja i reakcje paranoiczne. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. Psychiatria. Tom I. Warszawa: PZWL; 1987: 97–107.

*Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*