



Kontrowersje diagnostyczne wokół rozpoznania schizofrenii u osoby przejawiającej zachowania antysocjalne

Diagnostic controversies concerning the diagnosis of schizophrenia in a person manifesting antisocial behaviours

KATARZYNA KAMIŃSKA, STANISŁAW IZDEBSKI, JAN KOZIEŁŁ

Z Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu

STRESZCZENIE

Cel. Podjęto próbę określenia zależności między zachowaniami antysocjalnymi i schizofrenią oraz ustalenia przyczyn ustępowania zachowań antysocjalnych w przebiegu tej choroby. Poruszono również problem obligatoryjnego orzekania niepoczytalności w przewlekłych psychozach.

Przypadek. Przedstawiono postępowanie diagnostyczne u osoby ujawniającej od wczesnej młodości zachowania antysocjalne, niektóre o znacznej szkodliwości społecznej. Podstawy do rozpoznania schizofrenii istniały już w okresie szkolnym, jednak uczyniono to dopiero kilkanaście lat później, gdy u pacjenta wystąpiły nasilone objawy wytwórcze – zwłaszcza omamy słuchowe imperatywne, zwiększające ryzyko zachowań agresywnych i autoagresywnych.

Komentarz. Wątpliwości diagnostyczne w dużej mierze wynikały prawdopodobnie z obawy, że rozpoznanie przewlekłej choroby psychicznej będzie równoznaczne z orzeczeniem niepoczytalności, co skutkowałoby niemożnością przypisania choremu winy i trudnościami w powstrzymaniu jego aktywności.

SUMMARY

Objective. An attempt was made to establish firstly, the relationship between antisocial behaviours and schizophrenia, and secondly, the reasons for antisocial behaviour abatement in the course of the disease. Moreover, the problem was discussed of compulsory judgment of the patient's non-accountability in chronic psychotic disorders.

Case. The diagnostic process was reported concerning a person who had manifested antisocial behaviours, sometimes of a considerable social noxiousness, since early adolescence. Although as early as in the school age there had been justification for diagnosing him with schizophrenia, the illness was diagnosed over a decade later, after the onset of exacerbated productive symptoms, especially auditory imperative hallucinations increasing the risk of aggressive and self-aggressive behaviours.

Commentary. Diagnostic doubts were due mostly to the apprehension that the diagnosis of a chronic mental disorder would be equipotent with the judicial decision about the patient's non-accountability, in consequence of which he could not be deemed guilty and his activity could not be restrained.

Słowa kluczowe: schizofrenia / zachowanie antysocjalne / diagnostyka

Key words: schizophrenia / antisocial behaviour / diagnostics

Według twórców klasyfikacji ICD-10 schizofrenię dziecięcą, schizofrenię okresu adolescencji i schizofrenię u osób dorosłych rozpoznajemy wg tych samych kryteriów diagnostycznych [1, 2]. Pomimo opracowania ścisłych kryteriów często pojawiają się wątpliwości diagnostyczne.

W pracach wielu autorów poruszany jest temat rozpoznawania schizofrenii w wieku dziecięcym, odmiennosc objawów choroby w tym okresie życia, zaburzenia funkcjonowania społecznego i emocjonalnego w okresie przedchorobowym [3]. Okres zwiastunowy schizofrenii u dzieci i młodzieży może objawiać się m.in. w postaci zaburzeń behawioralnych – zachowania agresywne, negatywne, jak np. odmowa chodzenia do szkoły, trudności wychowawcze [1, 4]. W celu właściwego rozpoznania należy przeanalizować dokładnie objawy kliniczne, prze-

bieg zaburzeń, czas utrzymywania się objawów, funkcjonowanie przedchorobowe, obciążenie rodzinne [1, 2].

Problem ten budzi takie zainteresowanie klinicystów, gdyż wczesne rozpoznanie schizofrenii i wczesna interwencja terapeutyczna mają duże znaczenie dla przebiegu choroby [1, 5], ułatwiają też trafne opiniowanie sądowno-psychiatryczne przez biegłych psychiatrów [6].

OPIS PRZYPADKU

B. ma 26 lat. Matka – pracownica zakładów mięsnych, ojciec – mechanik. W rodzinie matki nie było chorób psychicznych. Prawdopodobnie dwie siostry ojca leczyły się psychiatrycznie. Wcześniej doszło do separacji (3–4 r.ż.) i rozwodu rodziców (6 r.ż), według

matki – powodu niezrównoważenia męża, awantur i zrad. Ojciec przebywał jednorazowo na obserwacji w szpitalu psychiatrycznym. Podczas ciąży została przez niego pobita, ale ciąża przebiegała bez komplikacji. Od 4 roku życia B. nie miał kontaktu z ojcem. Ma starszą o 2 lata siostrę (obecnie pielęgniarkę) oraz młodszą o 10 lat siostrę przyrodną. B. urodził się z ciąży II, niepowikłanej, poród był o czasie, fizjologiczny, waga 3 850 g, bez patologii, Apgar 10 pkt. Siadał od 6/12, chodził od 12/12, pierwsze słowa 12/12. Poważnych chorób ani urazów nie przechodził.

Przyprowadzony przez matkę do PZP dla Dzieci i Młodzieży w 8 r.ż. (skargi na zachowanie w szkole). Dokumentacja obejmuje okres do 18 r.ż. Po raz pierwszy badany testem Wechslera w poradni wychowawczo-zawodowej (6 r.ż.) – I.Q w skali pełnej = 88, słownej = 92, bezsłownej = 86. Później trzykrotnie (8, 13 i 15 r.ż.) badanie powtarzano z podobnymi wynikami.

Pierwszy zapis EEG w 11 r.ż. – „zapis o zmianach uogólnionych z przewagą w okolicy skroniowo-potyliczno-ciemieniowej obustronnie”. Kolejne zapisy (w 12, 13 i 15 r.ż.) także miały patologiczny charakter.

Od pierwszej wizyty w PZP włączono tierydazynę w dawkach 10–30 mg/die. Później dołączono karbamazepinę w dawkach 300–500 mg/die. Leki brał przez cały okres leczenia nieregularnie, okresowo odstawiał. W tym czasie wpisy w dokumentacji, obrazują zachowania dysocjalne i dysfunkcjonalne. Podjęliśmy próbę następującego ich pogrupowania.

- Kłopoty wychowawcze i brak postępów w nauce – np.: „na lekcjach nudził się, często wychodził z ławki, spacerował, rozmawiał, w domu nie potrafił zająć się lekcjami, uciekał od ich odrabiania, najchętniej tylko bawiłby się i biegał po podwórku, wydmuchiwał kulki z plasteliny z rurki do dzieci, nie wykonywał poleceń nauczycieli, uciekał z lekcji, całą godzinę śpiewał na lekcji nie reagując na uwagi nauczyciela, chodził w czasie lekcji po budynku szkolnym i trzeba go było szukać, podczas wycieczki nie szedł z całą grupą, tylko ciągle uciekał”.
- Ujawniania wprost agresji. – np.: „kłął dzieci szpilkami, zaczął zapamiętale bić kolegę po głowie i karku, na polecenie nauczyciela aby przestał bić, w ogóle nie reagował, odciągany, szarpał się z nauczycielem”.
- „Czyny przeciwko mieniu” – np.: „w wieku 14 lat ukraść butelki z oranżadą z pojemnika w barze wchodząc przez okno”.
- Agresja związana z seksualnością – w 15 roku życia dokonał podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym zgwałcenia oralnego innego pacjenta.
- Zachowania obserwowane przez psychiatrów i psychologów w bezpośrednim kontakcie – np.: „chłopiec w bardzo trudnym kontakcie, na pytania odpowiada pojedynczymi słowami lub nie odzywa się wcale, wykazuje powolne tempo pracy i duże trudności w koncentracji uwagi, niewielki kontakt emocjonalny, ubogą mimikę twarzy i gestykulację, wypowiedzi wyciągane, prymitywne, wyłącznie w płaszczyźnie

pytań, jeżeli z czymś się nie zgadza – wybuchła złością, agresją, po czym znowu zamyka się w sobie, ambiwalentny, zmienny”.

- Inne – np.: „często opowiadał niestworzone rzeczy, tak że trudno było zorientować się kiedy mówił prawdę, a kiedy kłamał. Czytał wyłącznie pismo święte i komiksy, twierdził, że najlepiej czuł się w samotności. Gdy w 8 r.ż. spadł na głowę uciekając przez płot przed nauczycielką, nie płakał i nie skarżył się na ból. W 13 r.ż. spadł z okna łamiąc sobie oba nadgarstki i przedramiona, w trakcie pobytu w szpitalu psychiatrycznym próba samoookaleczenia oprawką od żarówki. W domu zupełnie beczynny, nawet łóżka nie złożył po sobie”.

Bardziej konkretnie przedstawia zachowania B. w ponad dziesięcioletnim okresie list dyrektora szkoły podstawowej, do której uczęszczał 8-letni B.:

„...Chłopiec w bieżącym roku sprawia ogromne kłopoty wychowawcze, utrudnia prowadzenie zajęć lekcyjnych, uniemożliwia skupienie uwagi przez pozostałych uczniów klasy. Jest bardzo absorbującym uczniem. Wymaga ciągłego głośkania i chwaleń (mimo, że nie zasługuje na to), natomiast najmniejsza nawet nagana powoduje atak złości, który wyładowuje na dzieciach, na różnych przedmiotach, zwierzętach, a nawet starszych. W dniu 17.10.1984 r. poza szkołą znaleziono kota z wydlubanymi oczyma. Wiadomość o tym doniosła kobieta mieszkająca w pobliżu. B. krwawiącego kota wrzucił na balkon, na którym była córka kobiety. B. początkowo nie przyznawał się, później w obecności dyrektora, zastępcy dyrektora i pedagoga szkolnego przyznał się, lecz następnego dnia znów odwołał. Często opowiada niestworzone rzeczy, że trudno zorientować się, kiedy mówi prawdę, a kiedy kłamie. Agresja chłopca jest tak nieoczekiwana i gwałtowna, iż obawiamy się jakiegoś nieszczęścia”.

Od 8 roku życia B. zalecono nauczanie indywidualne. Gdy miał 12 lat próbowano przywrócić zwykły tok nauczania, co nie powiodło się ze względu na agresję w stosunku do innych dzieci.

W okresie leczenia w PZP rozpoznawano: zespół nadrucliwości, zaburzenia zachowania, ociężałość umysłową, zaburzenia emocjonalne znacznego stopnia, encefalopatię niewiadomej etiologii i dysharmonię rozwojową znacznego stopnia z reakcjami sytuacyjnymi znacznie nasilonymi, podejrzenie schizofrenii prostej, dziecięcą postacią choroby Bleulera, osobowość schizoidalną, zaburzenia rozwoju osobowości, schizofrenię prostą i ciężką charakteropatię. Po raz pierwszy podejrzenie schizofrenii wysunięto, gdy miał 14 lat. Kilka miesięcy później w zaświadczeniu dla Sądu (chodziło o wspomnianą kradzież z baru butelek z oranżadą) psychiatra rozpoznał: „encefalopatia i charakteropatia, podejrzenie schizofrenii dziecięcej”. Ten sam psychiatra wystawił tego samego dnia zaświadczenie w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego z rozpoznaniem encefalopatii i dziecięcej postaci choroby Bleulera. Wątpliwości, czy B. choruje na schizofrenię czy nie, nie zostały jednoznacznie wyjaśnione do końca leczenia w Dziecięco-Młodzieżowej PZP. Z okresu 5 lat po zakończeniu leczenia w tej poradni nie ma dokumentacji.

W aktach sprawy, która będzie opisana w dalszej kolejności, jest tylko informacja, że w tym okresie B. odbył 8-miesięczny wyrok za rozbój dokonany wspólnie i w porozumieniu z drugim skazanym (grożąc natychmiastowym gwałtem) – zabrali przedmioty o łącznej wartości 105 zł. B. był hospitalizowany siedmiokrotnie.

Hospitalizacja 1. Pierwsza hospitalizacja w klinice psychiatrycznej (14.r.ż.). Wypisany po trzytygodniowym pobycie (zaburzeń zachowania o złożonym warunkowaniu, m.in. na podłożu encefalopatii okresu wczesnodziecięcego). Z listu ordynatora:

„...w wyniku przeprowadzonej obserwacji nie stwierdziliśmy zaburzeń typu schizofrenicznego. Rozpoznajemy natomiast u niego encefalopatię pochodzącą z okresu wczesnodziecięcego, co potwierdzają zarówno wyniki badania EEG, jak i fakt istnienia głębokiego deficytu w zakresie analizatora wzrokowego (WFDR 0,51), a przede wszystkim typowy obraz psychopatologiczny w postaci charakteropatii: znacznie wzmożona drażliwość i impulsywność prowadzące do agresji i nieustannych konfliktów z otoczeniem. Do znacznego nasilenia patologicznych zachowań przyczynia się niski poziom krytycyzmu chłopca, jego niedojrzałość emocjonalna i wręcz infantylizm. W swoim postępowaniu kieruje się wyłącznie zasadą przyjemności, unikając wszelkich obciążeń, zwłaszcza wysiłków umysłowych (brak motywacji do nauki). Sytuacja rodzinna, brak ojca, bezradność matki, która wobec konieczności pracy zarobkowej nie jest w stanie zapewnić tak trudnemu chłopcu odpowiedniego nadzoru i wzmożonych oddziaływań wychowawczych. Pacjent przebywając sam w domu przed południem nie wpuszcza tam nauczycieli, a czas spędza na niekontrolowanych przez nikogo wędrownkach, czego wynikiem jest popadnięcie w konflikt z prawem (sprawa w Sądzie, prawdopodobnie o kradzież z włamaniem)...”.

Hospitalizacja 2. Krótco potem, ponownie hospitalizowany, tym razem na oddziale psychiatrycznym, nieklinikicznym. W trakcie pobytu odnotowano ucieczkę z oddziału (jednak sam po 2 godzinach powrócił), próbę wyłamania drzwi i ucieczki powstrzymaną przez personel w dniu, w którym był bardzo wzburzony po odrzuceniu go przez pacjentkę i doszło do wspomnianej próby samookaleczenia oprawką od żarówki. W trakcie pobytu w oddziale miało miejsce wspomniane już zgwałcenie oralne. Ostatecznie został wypisany na żądanie matki, wbrew zaleceniom lekarskim. Rozpoznano zaburzenia rozwoju osobowości.

Hospitalizacja 3. W wieku 23 lat trafił na kolejny oddział psychiatryczny, celem przeprowadzenia obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Sprawa, w której występował jako podejrzany dotyczyła zgwałcenia, którego dopuścił się wobec dziewczyny, której kilka miesięcy wcześniej proponował współżycie, na co się nie zgodziła. Oboje w większej grupie osób pili alkohol. B. chciał z nią porozmawiać sam na sam, lecz odmawiała, unikała go. Wskutek mediacji jednego z chłopaków zgodziła się na krótką rozmowę. Zaprowadził ją w ustronne miejsce, gdzie nic nie mówiąc ściągnął z niej kurtkę, przytulił, całował, choć oponowała. Gdy próbowała odejść – przewrócił na ziemię i położył się na niej. Mimo oporu zdołał doprowadzić do immisji. Spłoszony przez przypadkowego przechodnia natychmiast wstał, podciągnął spodnie i uciekł. Pokrzywdzona nie miała

poważnych obrażeń, jedynie zaczerwienienie w okolicy krocza i niewielki obrzęk warg sromowych mniejszych. W materiale pobranym z pochwy nie było plemników. Alkomat w godzinę po zdarzeniu wykazał u pokrzywdzonej 1,56 promila alkoholu w wydychanym powietrzu. B. przesłuchiwany w tej sprawie w charakterze podejrzanego nie przyznał się do zarzutu. Twierdził, że w tamtym okresie był u babci. Biegli psychiatrzy proponowali obserwację szpitalną, do czego Sąd się przychylił. Przy przyjęciu do oddziału odnotowano, że od około dwóch miesięcy nastąpiła zmiana zachowania. B. był agresywny, w nocy nie spał, twierdził, że „się boi, bo w telewizji mówią o nim. Słyszał głosy, które mówiły mu, że go zabiją. Bał się o Papieża, gdyż wiedział, że ktoś go w Polsce zabije”. Z domu wychodził tylko z matką, bo bał się, że go zabiją. Matka mówiła, że był nieufny, nie rozmawiał z nikim, mówił sam do siebie. Nie miał znajomych ani przyjaciół, gdyż od dziecka był inny. Szereg wpisów w historii choroby: „twierdzi, że słyszy głosy”, „twierdzi, że jakaś mafia mu zagraża”, „twierdzi, że jest prześladowany”. W czasie obserwacji wyważył drzwi i oddalił się z oddziału, aby po ok. 1,5 godziny wrócić (twierdził, że był nad Wisłą, chciał się utopić, ale obcy ludzie zaprowadzili go do domu). Podczas rozmowy po tym zdarzeniu stał się niespokojny, zaczął uderzać głową o szafę, następnie w drzwi do kuchni, przez ok. 15 minut leżał na podłodze (przytomny). Wstał samodzielnie i położył się do łóżka. Tego samego wieczoru, po kilku godzinach ponownie niespokojny, nie reagował na perswazję, odpychał pielęgniarki, próbował się zamknąć w łazience. Został zabezpieczony pasami i podano mu octan zucklopentyksolu. W karcie wypisowej w opisie stanu psychicznego przy przyjęciu zanotowano „halucynacje słuchowe i prawdopodobnie wzrokowe, urojenia ksobne, prześladowcze”. Przy wypisie stwierdzono poprawę – ustąpienie objawów psychotycznych. Rozpoznano: zaburzenia osobowości pod postacią osobowości chwiejnej emocjonalnie na podłożu organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego. We wnioskach sformułowanej wtedy opinii sądowo-psychiatrycznej stwierdzono brak objawów upośledzenia umysłowego oraz choroby psychicznej. Biegli uznali, że B. w czasie czynu miał w stopniu znacznym ograniczoną zdolność zarówno do rozpoznawania znaczenia czynu, jak i do pokierowania postępowaniem. Uznano, że nie stanowi poważnego zagrożenia dla porządku prawnego i może brać udział w postępowaniu procesowym. Równocześnie biegli zalecili w razie kary pozbawienia wolności – „zakład karny dla osób z zaburzeniami psychicznymi z zaburzeniami osobowości”. W trakcie pobytu wykonano badanie CT głowy – obraz był prawidłowy, następnie badanie NMR, gdzie stwierdzono niewielką torbiel pajęczynówki w okolicy potylicznej. Zalecano leczenie karbamazepiną.

Hospitalizacja 4. W miesiąc po tej obserwacji B. trafił ponownie na inny oddział psychiatryczny. Rozbił na ulicy szyby w dwóch samochodach i szybę wystawową. Przyznawał się tylko do wybicia szyb w samochodzie

pracodawcy, który odmówił mu wypłacenia wynagrodzenia. Po miesiącu wypisany z rozpoznaniem osobowości chwiejnej emocjonalnie na podłożu organicznym. Do karbamazepiny dołączono perazynę w dawce 400 mg/die.

Hospitalizacja 5. Tydzień później trafił ponownie na ten sam oddział – przekazany z OIOM, gdzie przebywał dobę z powodu zażycia 60 tabl. Tegretolu (400 mg). W trakcie pobytu mówił o zagrożeniu ze strony innych pacjentów, twierdził, że słyszy cichy głos nakazujący, aby zrobił sobie krzywdę, poczucie niejasnego zagrożenia, gdy przebywał poza znanymi sobie miejscami. Po uzyskaniu poprawy został przeniesiony do oddziału dziennego, gdzie ze względu na skargi na omamy słuchowe nakazujące autoagresję, włączono klozapinę, podnosząc dawkę do 600 mg. Wypisany z rozpoznaniem schizofrenii nie zróżnicowanej oraz osobowości dysocjalnej po dziewięciomiesięcznym pobycie z zaleceniami m.in. klozapiny 400 mg /die oraz perfenazyny depot i.m. 150 mg/14 dni.

Hospitalizacja 6. Dwa miesiące później ponownie trafił na oddział, po zażyciu 50 tabl. klozapiny z alkoholem. W trakcie hospitalizacji przyznawał się do głosów imperatywnych („ma zrobić sobie krzywdę, popełnić samobójstwo, podciąć sobie żyły”). Pobyt trwał pół roku, przy wypisie stwierdzono redukcję objawów wytwórczych i dominację objawów negatywnych procesu schizofrenicznego. Zalecono klozapinę 400 mg/die oraz perfenazynę 48 mg/die.

Hospitalizacja 7. Po dwóch latach B. ponownie trafił do tego samego oddziału. Powodem przyjęcia było nasilenie omamów słuchowych imperatywnych nakłaniających do samobójstwa. Wypisany po miesiącu, gdy uzyskano redukcję objawów psychotycznych z zaleceniem klozapiny 500 mg/die oraz perfenazyny depot 100 mg/14 dni.

W okresie trzech ostatnich hospitalizacji leczył się regularnie w PZP dla dorosłych. W tym okresie obserwacje dotyczą na przemian omamów słuchowych imperatywnych lub stwierdzają stan bez objawów wytwórczych z dominacją objawów negatywnych. W czasie szóstej hospitalizacji był badany na polecenie Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych Sądu Okręgowego celem ustalenia niezdolności do pracy. Biegły psycholog stwierdził prawidłowy poziom intelektualny i zachowania o charakterze psychotycznym. Biegły psychiatra rozpoznał schizofrenię paranoidalną, stwierdzając znacznie nasilone objawy negatywne schizofreniczne, takie jak zaburzenia życia uczuciowego, napędu psychoruchowego, zaburzenia emocjonalne, autyzm, dereizm, zaburzenia myślenia. Biegły psychiatra przyjął w oparciu o dokumentację, że proces schizofreniczny rozpoczął się w wieku 13–14 lat. Orzeciono trwałą i całkowitą niezdolność do pracy powstałą przed 18 rokiem życia i przez 2 lata konieczność opieki osoby drugiej.

Po uzyskaniu tego orzeczenia B. złożył wniosek o ponowne badanie przez inny zespół biegłych w sprawie karnej o zgwałcenie, ze względu na różnice rozpoznania psychiatrycznych dotyczących okresu, gdy czyn

miał miejsce. Sprawa była zawieszona na etapie wniesienia aktu oskarżenia przez Prokuraturę ze względu na leczenie psychiatryczne oskarżonego. Sąd zwrócił się do biegłych, którzy przeprowadzili obserwację szpitalną z pytaniem, czy dokumentacja lekarska ma wpływ na treść opinii sądowo-psychiatrycznej, a w szczególności, czy wnioski tej opinii pozostają bez zmian. Odpowiedź brzmiała.

„Biegli przeanalizowali zgromadzoną dokumentację lekarską... istnieje odpis pobytu badanego w klinice psychiatrycznej..., gdzie przebywał od 4.04. do 24.04.1991 r. i został wypisany z rozpoznaniem: Zaburzenia zachowania o złożonym uwarunkowaniu, m.in. na podłożu encefalopatii z okresu wczesnodziecięcego. Analiza zachowań poprzedzających pobyt w klinice w dokumentacji, jak i zachowań po pobycie w klinice, odpowiada cechom zachowań już dorosłych zawartych w wydanej przez nas opinii – biegli przedkładają kserokopię epikryzy z leczenia klinicznego... Biegli podtrzymują swoją opinię wydaną po przeprowadzonej obserwacji sądowo-psychiatrycznej – uznając, że jej istotą jest ocena poczytalności w chwili popełnienia zarzucanego czynu, a nie rozpoznanie kliniczne, do którego upoważniony jest każdy lekarz psychiatra po przeprowadzeniu badania, biegli przyjmują, że zawarte w dostarczonych zaświadczeniach fakty kliniczne tyczą innych zdarzeń niż ocena poczytalności i w swej istocie służą innym celom”.

Po uzyskaniu tej opinii uzupełniającej Sąd wydał postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii sądowo-psychiatrycznej na okoliczność czy może występować przed Sądem w charakterze oskarżonego i jak długo będzie trwał okres jego niezdolności do stawiennictwa przed Sądem.

Kolejny zespół biegłych wydał opinię, w której postawił u B. rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej, stwierdzając zniesienie zdolności do rozpoznawania znaczenia czynu, jak i do pokierowania postępowaniem w stosunku do zarzutu oraz trwałą niezdolność do udziału w postępowaniu przed Sądem w charakterze oskarżonego. Biegli stwierdzili też brak poważnego zagrożenia dla porządku prawnego w obecnym czasie oraz konieczność stałego leczenia psychiatrycznego.

Sąd w obliczu sprzeczności dwóch dotychczasowych opinii wydał postanowienie o kolejnym badaniu sądowo-psychiatrycznym. Ostatnia opinia (z sierpnia 2003 r.) podtrzymywała rozpoznanie schizofrenii i stwierdzała zniesienie poczytalności w stosunku do zarzutu zgwałcenia oraz niezdolność do uczestnictwa w postępowaniu procesowym, prawdopodobnie trwałą. Biegli użyli sformułowania z dawnego kodeksu o braku poważnego zagrożenia dla porządku prawnego.

KOMENTARZ

Nawet wśród autorów niniejszego opracowania są rozbieżne stanowiska odnośnie interpretacji wieloletnich zachowań antyspołecznych, ujawnianych przez pacjenta (czynów przeciwko mieniu pozostających w kolizji z kodeksem karnym, agresji wobec otoczenia, w tym przemocy o charakterze seksualnym). Jedne z nich

uznają te zachowania za wyraz rzekomopsychopatycznej postaci schizofrenii, która rozwijała się od okresu dzieciństwa, by w okresie dojrzałości zróżnicować się w postać paranoidalną. Inne przyjmują, że schizofrenia paranoidalna rozwinęła się równoległe do kształtującej się osobowości w kierunku osobowości dysocjalnej.

Podobnie nierozstrzygnięty pozostaje dla nas status uchwytnych w badaniach elektroencefalograficznych i w rezonansie magnetycznym cech „organiczności” w centralnym układzie nerwowym. Czy jest to po prostu podłoże schizofrenii (w rozumieniu „grupy schizofrenii”) w tym przypadku, czy też zmiany te tylko towarzyszyły na zasadzie koincydencji bardziej istotnym procesom, które nie zostały uchwycone, pomijając ich wyraz kliniczny. W tym drugim rozumieniu organiczności znalazłoby się miejsce dla stawianego wielokrotnie rozpoznania charakteropatii (postać rzekomopsychopatyczna organicznych zaburzeń osobowości z późniejszym zachorowaniem na schizofrenię). Powyższe dylematy wydają się trudne do rozstrzygnięcia, jednak wyznaczają one w naszej ocenie obszar możliwego obecnie rozumowania diagnostycznego.

Jesteśmy zgodni, że pierwsze podejrzenia schizofrenii odnotowane w ambulatorium w świetle późniejszych losów B. świadczą o rozwijającej się już w wieku 13–14 lat schizofrenii.

W okresie od czwartej hospitalizacji, przez kilka lat nie ma informacji, aby pacjent wykazywał zachowania antysocjalne. Stwarza to pole do innych spekulacji. Przyjmując koncepcję schizofrenii rozwijającej się od wczesnego dzieciństwa, taka zmiana zachowania świadczy przede wszystkim o korzystnym wpływie leczenia klozapiną. Jeżeli jednak przyjąć koncepcję schizofrenii, jako procesu nakładającego się na kształtującą się w kierunku dysocjalnej osobowość, to taką redukcję zachowań antysocjalnych można rozumieć jako skutek samej schizofrenii. Możliwe jest oddziaływanie procesu chorobowego na zasadzie „swoistej lobotomii” lub poprzez opisywane w dokumentacji objawy negatywne (redukcja wszelkiej aktywności, w tym zachowań antysocjalnych), a także wpływ objawów pozytywnych (skierowanie zachowania od zachowań antysocjalnych w stronę omamów słuchowych oraz urojeniowej ich interpretacji).

Najważniejsze jednak są praktyczne skutki omawianych kontrowersji diagnostycznych. Naszym zdaniem nie da się utrzymać stanowiska cytowanego szeroko zespołu biegłych, że skoro cechy zachowań dorosłych odpowiadają opisowi zachowań z jego dzieciństwa, to wystarczy do diagnozowania w obrębie tej samej klasy rozpoznać. Biegli nie ustosunkowali się do objawów wytwórczych, które sami opisywali.

Nie zgadzamy się też z poglądami, że istotą opinii sądowo-psychiatrycznej jest ocena poczytalności a nie rozpoznanie kliniczne, gdyż w tym przypadku drugie warunkuje pierwsze. Także nie przekonuje nas upoważnienie do rozpoznania klinicznego i interpretowania fak-

tów klinicznych w zależności od celów, którym ta interpretacja ma służyć. Biegli nie są tutaj osamotnieni – zbliżone działania podjął kilka lat wcześniej lekarz prowadzący B. wystawiając mu w różnych celach dwa różne zaświadczenia tego samego dnia (dla Sądu z podejrzeniem schizofrenii, a rozpoznaniem schizofrenii, w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego).

Zgadzamy się z ostatnimi zespołami biegłych, którzy stwierdzając schizofrenię, orzekali zniesienie poczytalności w stosunku do zarzutu, wykraczając nawet, w pierwszym przypadku, poza zakres sformułowanych przez Sąd pytań. Opis zgwałcenia (wg podziału Godlewskiego był to tzw. typ kombinowany z elementami zgwałcenia władczyego) bez znajomości obrazu psychopatologicznego B., trudno jest oceniać jako związany z całkowitą niepoczytalnością. Jednak znając ten obraz psychopatologiczny – przyczyną zniesienia poczytalności nie było tu działanie z motywacji psychotycznej (motywacją do zgwałcenia było tutaj zaspokojenie satysfakcji seksualnej, narzucenie swojej woli, ale paradoksalnie też uspokojenie własnej niepewności w roli męskiej z poszukiwaniem uznania u ofiary). lecz wpływ schizofrenii na możliwość samokontroli zachowania, czyli niedostatek hamulców wolicjonalno-intelektualnych i ze strony uczuciowości wyższej wobec mechanizmów popędowo-emocjonalnych.

Mamy wrażenie, że nie jesteśmy osamotnieni w postulowaniu w przypadku chorych na schizofrenię możliwości orzekania w sprawach karnych innego, aniżeli całkowite zniesienie poczytalności, po uwzględnieniu warunków koniecznych:

- 1) stworzenia przez Sekcję Psychiatrii Sądowej PTP w miejsce dotąd obowiązującej, innej konwencji określającej, kiedy działania niezgodne z prawem, wynikające z motywacji niepsychotycznej, powinny podlegać penalizacji, a nie leczeniu lub detencji;
- 2) powstania zakładu karnego lub odpowiadającej mu instytucji, gdzie możliwa byłaby terapia adekwatna do potrzeb skazanych osób chorych na schizofrenię.

Obecnie pozostaje w mocy konwencja, że rozpoznanie schizofrenii oznacza w postępowaniu karnym niepoczytalność i za czyn nie można przypisać winy.

PIŚMIENNICTWO

1. Jarema M. Pierwszy epizod schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2001: 158–72.
2. WHO. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Ve-salius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000: 82–7, 172.
3. Mastrigt van S, Addington J. J Psychiatry Neurosci 2002; 27 (2): 92–101.
4. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Warszawa: PZWL; 1960: 460–5, 478–96.
5. Scully JH. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 1998: 303.
6. Cieślak M, Spett K, Wolter W. Psychiatria. Warszawa: WP; 1968: 172–85, 285–98.