



Niektóre pozamerytoryczne przyczyny nieprawidłowości opiniowania sądowo-psychiatrycznego

Some nonsubstantial causes of inadequate forensic-psychiatric opinions

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Autorka wskazuje na inne przyczyny nieprawidłowości opiniowania sądowo-psychiatrycznego niż zasób wiedzy i doświadczenia biegłych. Wynikają one bądź z błędnego postępowania organu procesowego, bądź biegłych. Chodzi o: powoływanie na biegłych lekarzy prowadzących leczenie osoby badanej, mało krytyczne przyjmowanie słabo uzasadnionych ocen zawartych w opinii, nie postrzeganie przez biegłych reguł dostępności badaniom osoby badanej, a w przypadku Sądów Rodzinnych błędne kierowanie na obserwację bez wniosku biegłych i zlecenie oceny poczytalności nieletnich sprawców odpowiadających na podstawie ustawy o postępowaniu z nieletnimi. Powoduje to konieczność powoływania nowych zespołów biegłych i prowadzi do przewlekania sprawy, na czym najwięcej traci podejrzaný.

SUMMARY. The author discusses a number of reasons for inadequate forensic-psychiatric opinions other than lack of sufficient knowledge and experience. These inadequacies are caused by either errors in the proceedings of the procedural organs or of the experts: calling on physicians in charge of the examinee's treatment to give expert opinions, uncritical acceptance of poorly justified evaluations, lack of observance of the rules governing examinee's access to the examination [??] and, in the case of Family Courts, faulty referral for observation without the expert's motion and referral for examination of sanity of minor offenders tried according to the minor offenders act. When such procedural errors are made it is necessary to appoint new expert teams. This prolongs legal proceedings to the disadvantage of the suspect.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-psychiatryczne / powoływanie biegłych psychiatrów i zlecane im zadania

Key words: forensic-psychiatric opinions/ appointment of forensic psychiatrists and assigning of tasks

Wieloletnie doświadczenie nabyte w Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie pozwala mi na wskazanie niektórych przyczyn, które – pomijając wiedzę i doświadczenie biegłych – niejednokrotnie wpływają na kształt i treść opinii sądowo-psychiatrycznej, a także dalszy przebieg czynności procesowych. Przyczyny te często wynikają z błędnego postępowania bądź organu zlecającego ekspertyzę sądowo-psychiatryczną, bądź wykonujących ją biegłych psychiatrów.

Najczęściej spotykanym błędem popełnianym przez organ procesowy jest powoływanie biegłych psychiatrów, jakby po najmniejszej linii oporu. Podejrzaný zgłasza się w określonym ośrodku, u określonego psychiatry, wobec tego powołuje się biegłych z tego ośrodka, w tym lekarza leczącego.

Omawiając rozdział o „Ochronie tajemnicy” autorzy komentarza do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przy przepisie art. 51 (o nieutrwalaniu oświadczeń osoby z zaburzeniami psychicznymi, obejmujących

przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego) stwierdzają, że przyznanie się może wynikać ze szczególnego związku emocjonalnego, jaki powstaje między pacjentem a lekarzem i dodają, że w takim przypadku lekarz powinien zrezygnować z funkcji biegłego. Ponadto w pkt. 5 stwierdzają, że „Lekarz nie powinien być biegłym w sprawie osoby, z którą łączy go związek terapeutyczny” [2].

PRZYKŁADY

Przykład 1

W praktyce sądowo-psychiatrycznej chodzi nie tyle o konsekwencje powstałego zaufania między pacjentem a lekarzem, bo tajemnica lekarska strzeżona jest cytowanym wyżej art. 51 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [2], a ponadto kodeks postępowania karnego zawiera przepis art. 199 stwierdzający, że: „Złożone wobec biegłego albo wobec lekarza, albo udzielającego pomocy medycznej oświadczenie oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu” [3], co o *błędne postępowanie lekarza psychiatry wynikające z tego „szczególnego związku emocjonalno-terapeutycznego”*. Zaświadczenia lekarzy prowadzących leczenie rzadko kiedy stwierdzają, że ich pacjent może brać udział w postępowaniu karnym lub odbywać karę pozbawienia wolności, mimo że leczą ich jedynie z powodu nerwicowych reakcji sytuacyjnych.

Jako szczególnie barwną ilustrację takiej praktyki, skutkującej niefortunnymi opiniami biegłych, przytoczę przykład ok. 40-letniego sprawcy wypadku drogowego, w którym inny uczestnik wypadku doznał ciężkiego urazu czaszkowo-mózgowego. W ciągu półrocznego postępowania przygotowawczego podejrzany składał rzeczowe i zborne wyjaśnienia, zaprzeczał dotychczasowemu leczeniu psychiatrycznemu, zapewniał o swoim zdrowiu psychicznym. Przed wypadkiem alkoholu nie spożywał, co badania potwierdziły. Konsekwentnie przeczył, by był sprawcą wypadku obarczając winą poszkodowa-

nego sugerując, że jechał zbyt szybko i był nietrzeźwy. Po otrzymaniu postanowienia o zawieszeniu wobec niego, jako podejrzanego, postępowania – zaczął wysyłać pisma do prokuratury rejonowej i zwierzchniej oraz do sądu, w treści których przejawiał dokładną orientację w sprawie i swej sytuacji, domagał się zasięgnięcia nowych opinii biegłych ds. wypadków drogowych, zarzucając poprzednim nieprawidłowość. Również prokuratorowi zarzucił nieprawidłowe prowadzenie sprawy i domagał się wyłączenia go z niej. Treść pism była wyraźnie pieniacza i wskazywała na przyjęcie przez niego postawy celowo-obronnej.

W dziesiątym miesiącu postępowania podejrzany zgłosił się do poradni zdrowia psychicznego, w której psychiatra stwierdził u niego nerwicę depresyjną sytuacyjną i konieczność dalszego leczenia. Przez dwa miesiące korzystał ze zwolnień lekarskich. Wtedy prokurator powołał leczącego go lekarza jako biegłego, zlecając wydanie opinii na okoliczność zdolności do udziału w sprawie. Podejrzany na badanie nie zgłosił się, a jego żona poinformowała, że został przyjęty na leczenie szpitalne do ośrodka akademickiego.

Po kilku miesiącach hospitalizacji prokurator powołał biegłych z tego ośrodka (ordynatora i lekarza prowadzącego), zlecając im wydanie opinii o poczytalności *tempore criminis* i zdolności do udziału w sprawie. Biegli ci stwierdzili, że nie ma danych, by *tempore criminis* badany znajdował się w stanie psychozy, a w czasie badania przejawiał objawy zespołu urojeniowo-depresyjnego. Dodali, że wprawdzie do czasu zgłoszenia się do poradni nie korzystał z pomocy psychiatrycznej, ale „niejasne przyczyny rezygnacji z nauki w technikum w 17 roku życia mogą świadczyć o przewlekłym charakterze procesu”. „Ponieważ objawy psychotyczne trwają, nie jest on zdolny do uczestnictwa w czynnościach procesowych przez najbliższe 6 miesięcy”. Biegli odpowiedzieli na drugie pytanie prokuratury, pomijając całkowicie ocenę poczytalności, toteż w kolejnej uzupełniającej opinii napisali,

że nie mogą z całą pewnością stwierdzić, czy *tempore criminis* podejrzany znajdował się „w stanie psychozy, czyli zachodziły warunki art. 25 § 1 kk. W związku z tym wyrażamy opinię, że jeżeli sąd przyjmie, że w krytycznym dniu oskarżony znajdował się w stanie psychozy zachodzą warunki art. 25 § 1 kk, w innym przypadku nie zachodzą warunki zastosowania art. 25 § 1 i 2 kk”. Pomijając to, że biegli przeczą sami sobie, gdyż w podstawowej opinii nie stwierdzili danych na chorobę psychiczną *tempore criminis*, to również zapomnieli, że to oni posiadają wiadomości specjalne z dziedziny psychiatrii i do nich należy wskazanie stanu psychicznego, w jakim znajdował się podejrzany w okresie czynu.

Kolejni biegli wnieśli o obserwację sądowo-psychiatryczną, która odbyła się w rejonowym szpitalu psychiatrycznym. Tu biegli rozpoznali psychozę reaktywną urojeniowo-depresyjną, ale – zapewne zasugerowani hipotezą ośrodka akademickiego o „przewlekłym charakterze procesu” – podali, że nie mogą wypowiedzieć się, czy w okresie czynu obecne były zaburzenia psychotyczne, dlatego nie mogą ocenić poczynałości podejrzanego. Wskazali na potrzebę dalszego leczenia i na jego niezdolność do udziału w czynnościach procesowych.

Po blisko czteroletnim okresie postępowania podejrzany trafił na kolejną obserwację, tym razem do Kliniki Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie. Obserwacja i analiza całokształtu danych pozwoliła na stwierdzenie, że podejrzany nie przejawia objawów choroby psychicznej endogennej ani upośledzenia umysłowego – jakkolwiek jego poziom sprawności intelektualnej mieścił się w dolnych granicach normy (ociężałość umysłu). Nie stwierdziliśmy, by w okresie zarzucanego mu czynu przejawiał zaburzenia psychiczne dające podstawę do kwestionowania jego poczynałości, natomiast w trakcie trwania postępowania przygotowawczego początkowo przyjął postawę obronną, na którą nałożyły się zaburzenia reaktywne o różnym nasileniu na przestrzeni lat (od nerwicowej reakcji sy-

tuacyjnej do psychozy urojeniowo-depresyjnej). W trakcie obserwacji w Klinice utrzymywały się nieznacznie nasilone objawy reakcji nerwicowej, przeważała jednak postawa celowo-obronna typu metasymulacji, która nie stanowi przeszkody do uczestnictwa w postępowaniu karnym.

Przykład 2

Podobne błędy popełniają też psychiatrzy podejmujący się czynności biegłego, mimo istniejącego związku terapeutycznego między nimi a leczonymi przez nich osobami.

Jako przykład podaję sprawę młodego człowieka, który do prywatnego gabinetu lekarskiego zgłosił się już po wszczęciu wobec niego postępowania przygotowawczego w związku z zarzucanym mu czynem zabronionym. Wobec danych z wywiadu, iż próbował on popełnić samobójstwo, został skierowany i przyjęty do szpitala psychiatrycznego na oddział, którego ordynatorem był lekarz z gabinetu prywatnego. Po miesiącu został urlopowany do domu na ponad trzy tygodnie. W tym czasie badali go lekarze psychiatrzy – biegli, którzy wnioskowali o obserwację sądowo-psychiatryczną. Podejrzany wrócił na ten sam oddział i przebywał na trzytygodniowej obserwacji, po której został urlopowany (urlop co dwa tygodnie przedłużano mu przez kolejne dwa miesiące – co włączono do okresu pobytu w szpitalu, po czym został wypisany). Opinia została wydana przez ordynatora oddziału i drugiego psychiatrę, który przeprowadził jednorazowe badanie w szpitalu. Po opuszczeniu szpitala młody człowiek pozostał nadal pod opieką tego samego lekarza, początkowo w gabinecie lekarskim, potem w wojewódzkiej poradni zdrowia psychicznego.

Kolejna obserwacja została zlecona Klinice Psychiatrii Sądowej – nasze oceny różniły się od ocen pierwszej opinii. Nie znaleźliśmy podstaw do rozpoznania u badanego endogennej psychozy skutkującej niepoczynałością (co stwierdzili poprzedni biegli), naszym zdaniem u osoby z cechami osobowości niedojrzałej *tempore criminis* wystąpiła

dysforyczna reakcja dekompensacyjna, która skutkowała ograniczeniem poczytalności w stopniu znacznym. Podczas pobytu w Klinice przejawiał objawy reakcji subdepresyjnej lękowej, które pozwalały na jego udział w postępowaniu karnym. Oczywiście nie budzi naszych wątpliwości fakt, że podejrzany pozostawał na leczeniu u tego samego lekarza, jednak obserwacja winna być prowadzona przez innych lekarzy, gdyż lekarz pozostający z pacjentem w związku terapeutycznym zapewne nie spojrział na niego z dystansu biegłego, pozwalającego na bardziej obiektywne oceny.

Przykład 3

Do rzadkości należało *mało krytyczne przyjmowanie przez organ procesowy niedostatecznie uzasadnionych ocen i wniosków* zawartych w opiniach sądowo-psychiatrycznych w sprawach dużej wagi. Dotyczyły one sprawców czynów o znacznym społecznym niebezpieczeństwie (zwykle zabójstwa), u których biegli rozpoznawali psychozy (słabo uzasadnione) i przyjmowali niepoczytalność. Stwierdzali, że ich pozostawanie na wolności stanowi poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego. Zdarzało się przyjęcie takich ocen na podstawie badania ambulatoryjnego.

Mieliśmy okazję szczegółowo analizować całość materiału, łącznie z kilkuletnimi katanneznami trzech sprawców zabójstw, przebywających odbywających w szpitalach w ramach środka zabezpieczającego. Mimo opinii lekarzy leczących o zwolnienie ich z dalszego odbywania środka, sądy zwróciły się o dodatkową opinię z Kliniki. Stwierdziłszy wtedy, że jakkolwiek pierwsze opinie były wydane po obserwacji sądowo-psychiatrycznej, to rozpoznanie psychozy skutkującej niepoczytalnością było wątpliwe, niedostatecznie uzasadnione, a dane z okresu stosowania środka wskazywały, że nie byli oni w szpitalu leczeni środkami psychotropowymi, korzystali z przepustek natychmiast po wydaniu przez sąd postanowienia o stosowaniu środka (bez uzyskania zgody sądu, czy choćby tylko powiadomienia go o tym). Zastana-

wiało, dlaczego organ zlecający ekspertyzę poprzestał na tej jedynej opinii.

Przykład 4

Również rzadko, ale zdarzał się *błąd nie stosowania przez biegłych pewnych reguł badania*, a zwłaszcza tej, by podejrzany był dostępny badaniu (by nie znajdował się w stanie odurzenia alkoholem lub innymi środkami). Dysponujemy kopią opinii sądowo-psychiatrycznej z kategoriowymi, stanowczymi stwierdzeniami, wydanej po ambulatoryjnym badaniu podejrzanego, znajdującego się pod działaniem środka odurzającego, co biegli stwierdzili już na wstępie opinii pisząc: z trudem udaje się nawiązać w miarę logiczny kontakt słowny. Jest spowolniony psychoruchowo, senny. Ma problem z utrzymaniem równowagi. Mowa chwilami bełkotliwa. Sam przyznaje, że przyjął „ranną dawkę prochów i jest pod ich działaniem”. Mimo złego kontaktu i bardzo skąpych informacji od niego, biegli wydali ostateczne oceny. Stwierdzili, że nie jest on chory psychicznie ani upośledzony umysłowo, lecz rozpoznają u niego zespół zależności od środków psychoaktywnych, opiatów i leków psychotropowych. Dodatni wynik HIV z objawami obniżenia odporności immunologicznej w przebiegu AIDS.

Biegli nie próbowali ocenić w jakim stanie psychicznym podejrzany znajdował się w okresie zarzucanych mu czynów (znęcanie nad rodziną), lecz stwierdzili, że „stwierdzone u niego zaburzenia (jakie? nie opisali ani zaburzeń w sferze emocjonalnej ani intelektualnej, mogących być skutkiem uzależnienia), znoszą jego zdolność do rozpoznania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem. Nie wiadomo, czy biegli brali pod uwagę, że w trakcie znęcania mógł znajdować się w stanie odurzenia narkotykiem, ale w takim przypadku przy 16-letnim uzależnieniu zna on jego skutki, zatem odurzenie narkotykiem, podobnie jak stan nietrzeźwości alkoholowej, nie daje podstaw do kwestionowania poczytalności. Dodali, że wymaga on leczenia w warunkach stacjonarnych w wyspe-

cializowanej jednostce służby zdrowia, zaś w opinii uzupełniającej stwierdzili, że jego pozostawianie na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego. Lekarze szpitala, do którego skierowano tego podejrzanego na odbycie środka zabezpieczającego, nie widzieli takiej potrzeby. Naszym zdaniem biegli wydali opinię pochopną, a zawarte w niej wnioski były nieuzasadnione. Osoba ta powinna być poddana obserwacji szpitalnej, która pozwalałaby na wyciągnięcie odpowiednich wniosków.

Przykład 5

Od kilku lat trwa współpraca pomiędzy Sądami Rodzinnymi a Kliniką Psychiatrii Sądowej dotycząca obserwacji sądowo-psychiatrycznych nieletnich sprawców czynów zabronionych. Oddziały dla dzieci i młodzieży odmawiają ich przyjęcia i wtedy sądy kierują ich do Kliniki, rocznie od 5 do 10 przyjęć. Przy tej okazji okazało się, że sędziowie Sądów Rodzinnych, podobnie jak wielu psychiatrów, nie znają zasad powoływania biegłych psychiatrów i zakresu zlecanych im zadań, gdy nieletni odpowiadał na zasadach ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich (ustawy o p.n.). Sądy najczęściej popełniały dwa błędy.

(1) Kierowały nieletniego sprawcę na obserwację kliniczną bez powoływania biegłych psychiatrów i bez ich opinii wnioskującej taką potrzebę (wbrew treści art. 56 ustawy o p.n.) [4].

Gdy odsyłaliśmy akta sprawy celem podania nieletniego badaniom przez dwóch biegłych psychiatrów, sędziowie wyrażali zdziwienie i zaskoczenie, mówiąc iż specjalnie prosili o udział psychiatry przy wydawaniu opinii o nieletnim w Rodzinnym Ośrodku Diagnostyczno-Konsultacyjnym. Tymczasem taka opinia nawet z udziałem psychiatry nie jest równoznaczna z opinią co najmniej dwóch biegłych psychiatrów, jak tego wymaga art. 56 ustawy o p.n.

(2) Zlecały biegłym psychiatrom ocenę poczytalności (czasem rozeznania) nieletniego sprawcy, odpowiadającego na podsta-

wie ustawy, która tego nie przewiduje (art. 12 przewiduje ocenę potrzeby ewentualnego umieszczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym) [4].

Wyznaczając termin przyjęcia na obserwację, zwracaliśmy się do sądu o sprostowanie oczywistej pomyłki, powołując się na odpowiednie artykuły ustawy, co sądy uczyniły. Art. 12 ustawy nakłada na biegłych obowiązek stwierdzenia, czy nieletni przejawia „niedorozwój umysłowy”, chorobę psychiczną lub inne zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania alkoholu lub innych środków odurzających i czy z tego powodu wymaga leczenia w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie.

Przy okazji przeprowadzonych badań ambulatoryjnych nieletnich przez inne ośrodki służby zdrowia stwierdziliśmy, że biegli psychiatrzy nie zwracali się do sądu o sprostowanie zleconego im zadania, chyba w ogóle nie zauważali błędu sądu, bo w opinii pisali, że nie stwierdzają u nieletniego choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego ani innych zakłóceń czynności psychicznych, ale wnoszą o obserwację badanego, gdyż „ze względu na charakter czynu i jego ciężar gatunkowy” badanie ambulatoryjne nie daje dostatecznej podstawy do oceny poczytalności. A wystarczyłoby tylko powiedzieć, że nie znajdują wskazań do leczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym. Kierowanie na obserwację nie wynika tu z istotnych merytorycznych wątpliwości diagnostycznych, ma raczej charakter asekuracji. Przewleka to sprawę, a przecież art. 27 ustawy o p.n. mówi, że okres pobytu nieletniego w schronisku przed skierowaniem sprawy na rozprawę nie może przekroczyć 6 miesięcy.

KOMENTARZ

Podsumowując powyższe należy stwierdzić, że błędne postępowanie organu procesowego lub biegłych psychiatrów przyczynia się do konieczności powoływania nowych zespołów biegłych, do przewlekania postępowania procesowego (w sprawach nieletnich ma to

szczególne znaczenie) oraz – pomijając wpływ na koszty procesu – odbija się to ujemnie na zdrowiu podejrzanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski S, Kubicki L: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień. IPiN, Warszawa 1994.
2. Dąbrowski S, Pietrzykowski J: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. IPiN, Warszawa 1997.
3. Friedich-Machalska I, Stachura-Marciniak B (red.): Nowe kodeksy karne – 1997 z uzasadnieniem. Kodeks postępowania karnego. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1997.
4. Górecki P, Stachowiak S: Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Komentarz. Wyd. Zakamycze, Kraków 1998.

*Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*