

## Niewykorzystanie dokumentacji lekarskiej jako źródło niepełnej opinii sądowo-psychiatrycznej: analiza przypadku

*Psychiatric court opinion incompleteness due to a failure to consider medical records: a case study*

WIESŁAW LEKSOWSKI

Z II Katedry i Kliniki Śląskiej Akademii Medycznej w Tarnowskich Górach

**STRESZCZENIE.** *Przedstawiono przypadek trudności w orzekaniu sądowo-psychiatrycznym spowodowanych niewykorzystaniem pełnej dokumentacji lekarskiej i orzeczniczej, co doprowadziło do znacznego zróżnicowaniem stawianych wcześniej rozpoznań, rzutującym na różnice w kwalifikacji dotyczącej poczytalności.*

**SUMMARY.** *The paper presents a case of difficulty in psychiatric court opinion formulation, due to a failure to take into account full medical records and expert opinions. This resulted in considerable discrepancies with previous diagnoses, thus leading to differences in the accountability assessment.*

---

**Słowa kluczowe:** niepełna opinia sądowo-psychiatryczna / orzecznictwo / opis przypadku  
**Key words:** incomplete psychiatric court opinion / court opinions / case study

---

Ustawodawca w art. 181 kpk [4] sformułował wymagania stawiane opinii sądowo-psychiatrycznej. Zgodnie z jego treścią, w części sprawozdawczej opinii biegli winni opisać rodzaj, metodę i wyniki badań mających znaczenie dla wyprowadzenia wniosków ostatecznych. W kolejnym artykule [4] odniósł się do opinii niepełnych bądź niejasnych. Cieślak [1] i Heitzman [2] podali przykłady opinii uznawanych przez Sąd Najwyższy za niepełne. Zwrócili uwagę na fakt niedostatecznego wykorzystywania informacji potrzebnych do wydania opinii. Szerzej problem ten przedstawił Sąd Najwyższy w wyroku SN z dn. 31 marca 1980 r. II KR 56/80 OSNPG 1981, poz. 54 [3], podkreślając w szczególności, iż „niezbędnym warunkiem wydania przez biegłych lekarzy psychiatrów opinii nie nasuwającej zastrzeżeń jest wykorzystanie wszystkich dostępnych danych co

do stanu zdrowia oskarżonego, w szczególności danych zawartych w szpitalnych kartach informacyjnych, historiach chorób lub innych dokumentach lekarskich, jeśli takie dokumenty istnieją, niezależnie od własnych badań ambulatoryjnych i danych uzyskanych z wywiadów lekarskich”.

W niniejszej pracy chciałbym przedstawić przykład niewłaściwej procedury orzeczniczej, czego konsekwencją było powoływanie kolejnych biegłych w tej samej sprawie i przydawanie zaburzeniom oskarżonego odmiennych kwalifikacji diagnostycznych i prawnych.

### OPIS PRZYPADKU

J.Z. oskarżony jest o dokonanie czynu z art. 203 § 1 kk i 208 kk w zw. z art. 8 kk, tj. o to, iż dn. 5.06.1993 r. przywłaszczył sobie

namiot dziecięcy, 2 koce, 2 materace i komiksy na szkodę osoby prywatnej oraz w dn. 6.06.1993 r. w sąsiednim mieście wybił szybę sklepu spożywczego, skąd przywłaszczył sobie artykuły spożywcze o wartości 35,30 zł. Z uwagi na fakt, iż J.Z. był w przeszłości wielokrotnie leczony psychiatrycznie, postanowiono o dopuszczeniu dowodu z opinii sądowo-psychiatrycznej.

W przedłożonych aktach sprawy Sądu Rejonowego, w dn. 22.10.1993 r., zamieszczono opinię, w której biegli rozpoznając nieprawidłowe cechy osobowości i uzależnienie od alkoholu wystąpili z wnioskiem o poddanie J.Z. obserwacji sądowo-psychiatrycznej z powodu trudności z określeniem jego poczytalności. Opinia z dn. 8.12.1993 r., wydana na podstawie obserwacji przeprowadzonej na oddziale psychiatrycznym, zawiera rozpoznanie osobowości nieprawidłowej oraz zespołu zależności od alkoholu. Biegli wprawdzie upatrywali podłoże organiczne zaburzeń osobowości J.Z., ale w badaniu psychiatrycznym nie stwierdzili objawów otępiennych. W trakcie obserwacji wykonano również badanie psychologiczne, którego wyniki jednoznacznie wskazują na objawy zespołu psychoorganicznego, w tym otępienne. Miesiąc później J.Z. z powodu wystąpienia objawów psychotycznych (urojenia, omamy) został przyjęty do kolejnego szpitala psychiatrycznego, gdzie przebywał do dn. 27.01.1994 r., z rozpoznaniem: zespół schizofrenopodobny na podłożu alkoholizmu przewlekłego i charakteropatii alkoholowa. Na rozprawie w dn. 27.06.1994 r. Sąd powołał na wniosek obrony następną parę biegłych psychiatrów z uwagi na fakt, iż J.Z. w przeszłości miał umorzone postępowanie w związku z art. 25 § 1 kk. Opinia sądowo-psychiatryczna wydana przez tych biegłych wykluczyła wcześniej rozpoznany zespół schizofrenopodobny, stwierdzając encefalopatię miernie nasiloną i nie dającą podstaw do przyjęcia zniesionej czy ograniczonej poczytalności u J.Z. oraz uznając, iż jest on zdolny do stawiania przed sądem i składania zeznań. Na rozpra-

wie obrońca oskarżonego przedstawił opinię wydaną 16.06.1994 r. przez innego biegłego psychiatrę dla Sądu Wojewódzkiego w sprawie o ubezwłasnowolnienie J.Z., w której rozpoznano zespół psychoorganiczny o obrazie charakteropatyczno-otępiennym, co dało podstawę do ubezwłasnowolnienia całkowitego z zaleceniem „stałego leczenia psychiatrycznego oraz stałej opieki” i z uwagą, iż „nie jest celowe wysłuchanie uczestnika przed Sądem”.

Przy opracowywaniu naszej opinii zwróciliśmy się do Sądu o uzupełnienie dokumentacji – odpisów historii chorób ze szpitali, poradni zdrowia psychicznego i poradni odwykowej, jak również wcześniej opracowanych opinii sądowych.

I tak, w opinii z 1992 r. biegli psychiatrzy rozpoznali schizofrenię i przewlekły alkoholizm z zastosowaniem art. 25 § 1 kk, z kolei w opinii z 1989 r. biegli stwierdzili organiczne uszkodzenie o.u.n. pod postacią encefalopatii pourazowej i poalkoholowej oraz okresowo występujące zespoły psychotyczne omamowo-urojeniowe z zastosowaniem art. 25 § 2 kk.

W jeszcze innej opinii z 1994 r. stwierdzono zespół psychoorganiczny charakteropatyczno-otępienny z nawarstwieniem psychotycznym w formie zespołu schizofrenopodobnego na podłożu organicznym i uzależnienie od alkoholu z zastosowaniem art. 25 § 1 kk.

Badanie przeprowadzono ambulatoryjnie kilkakrotnie w ciągu sześciu tygodni w II Klinice Psychiatrii w Tarnowskich Górach. Podczas rozmów obserwowano znaczną zmienność nastroju nieuzasadnioną sytuacją. Sprawiał wrażenie zagubionego, bezradnego, domagał się obecności żony. Prawidłowo wymienił swoje personalia i miejsce zamieszkania, natomiast wykazywał brak orientacji w czasie. Jego wypowiedzi były nadmiernie konkretne, pozbawione logicznego porządku i często nieadekwatne do treści pytania. Był całkowicie bezkrytyczny mimo wykazywania mu sprzeczności w jego relacji.

Ojciec zmarł, gdy badany miał 7 lat. Ma młodszego brata, z którym nie utrzymuje

kontaktem. Ukończył w terminie szkołę podstawową. Naukę w Technikum Rolniczym, a następnie szkole zawodowej przerwał z powodu trudności w uczeniu się. Ukończył kurs murarski. Pracował w wielu zakładach pracy, najdłużej w kopalni i papierni. Podczas odbywania zasadniczej służby wojskowej, po dokonaniu samouszkodzenia, był hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym i został z niej zwolniony przez Wojskową Komisję Lekarską. Jest żonaty, ma jedną dorosłą już córkę. Od wielu lat pije alkohol, także niespożywczy, ciągami nawet tygodniowymi. Od kilku lat ma napady padaczkowe po ciągu picia. Miał także kilka razy *delirium*. Obecna w czasie rozmowy żona informowała, że w okresach abstinencji słyszał głosy, nie sypiał w nocy, był niespokojny. Badany dodał, że słyszy różne głosy dochodzące np. zza ściany. Mówią mu: „zrób to”, „wykonaj”, „cały świat jest przeciwko tobie” itp. Od wielu lat leczy się w poradni zdrowia psychicznego. Był wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie. Od roku ubezwłasnowolniony całkowicie, żona jest jego opiekunem. Jest inwalidą II grupy. W przeszłości doznał kilku urazów głowy z utratą przytomności. Był w przeszłości karany sądownie, wg żony w ostatnim okresie m.in. za kradzież kury, przywłaszczenie siatki z zakupami śpiącego mężczyzny, a także roweru stojącego przed sklepem. Jej zdaniem, mąż nie jest zdolny do zaplanowania kradzieży. Były one dokonane tak, „jakby to zrobiło dziecko”. Odnośnie inkryminowanego czynu żona wyjaśniła, że J.Z. poszedł w tym dniu do sklepu oddać butelkę, ale jej nie przyjęli. Zdenerwował się tym i odgrażał się, że wybije im szyby. Kupił wówczas butelkę wina, którą wypił w domu. Wieczorem pomylił ulicę i w innym sklepie wybił szybę, zabrał gumę do żucia i słodycze.

W czasie badań był niedokładnie zorientowany w czasie. Kontakt słowny był utrudniony, na wiele pytań odpowiadał nieadekwatnie, jego wypowiedzi nie zachowywały logicznego ciągu. Zawierały sprzeczności,

wobec których pozostawał bezkrytyczny. W nastroju zmiennym, momentami płacziwy i drażliwy. W przeszłości był wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie z różnymi rozpoznaniem, od zaburzeń osobowości, uzależnienia od alkoholu, do zespołu schizofrenopodobnego i schizofrenii. Biegli psychiatrzy w trakcie obserwacji wykluczyli proces schizofreniczny, przyjmując, iż stwierdzone w przeszłości zespoły urojeniowo-omamowe były najprawdopodobniej psychozą alkoholową. Można się z tym wnioskiem zgodzić, ponieważ zespół zależności alkoholowej stwierdzono również w trakcie wielu wcześniejszych hospitalizacji. Podczas badania J.Z. twierdził, iż często słyszy głosy, a treść i charakter tych doznań sugerują, iż są to omamy słuchowe występujące w halucynozie alkoholowej. Potwierdziła to żona badanego informując, że w okresach abstinencji występują u męża objawy, takie jak omamy słuchowe i bezsenność. Wyniki badania psychologicznego z dn. 11.12.1993 r. sugerują podłoże organiczne zaburzeń osobowości i wskazują na rozpoczynający się proces powstawania zmian otępiennych. Ponownie przeprowadzone badanie psychologiczne wykazało postępujący proces otępienny (4.06.1995 r.). Objawy zespołu charakteropatyczno-otępiennego stwierdzamy również w aktualnym klinicznym badaniu psychiatrycznym.

Z opinii sądowno-psychiatrycznej wydanej przez biegłego psychiatrę dn. 16.06.1994 r., na zlecenie Wydziału Cywilnego Sądu Wojewódzkiego wynika, iż u J.Z. rozpoznano zespół psychoorganiczny o obrazie charakteropatyczno-otępiennym oraz zespół zależności alkoholowej. Z uwagi na powyższe zaburzenia postanowiono o ubezwłasnowolnieniu całkowitym, z zaleceniem stałego leczenia psychiatrycznego oraz stałej opieki, uznając za niecelowe wysłuchanie uczestnika przed Sądem ze względu na stopień nasilenia zmian.

Natomiast inni biegli w opinii wydanej w trzy tygodnie później stwierdzili jedynie cechy encefalopatii miernie nasiloną

u osobnika z pierwotnie zaburzonymi cechami osobowości i zespołem zależności alkoholowej. Biegli przyjęli, iż J.Z. jest zdolny do stawania przed sądem, składania zeznań i odbywania ewentualnej kary, nie stanowiąc poważnego zagrożenia dla porządku prawnego.

Tym samym zasadniczą kwestią staje się ocena stopnia nasilenia objawów (szczególnie zespołu otępiennego) na przestrzeni ostatnich 2–3 lat, ponieważ na podstawie danych z dokumentacji lekarskiej nie można dać jednoznacznej odpowiedzi. Wszyscy biegli psychiatrzy w swoich opiniach stwierdzili podłoże organiczne zaburzeń psychicznych występujących u J.Z., natomiast różnili się w ocenie stopnia nasilenia objawów, szczególnie zespołu otępiennego. Aktualnie stwierdza się w badaniu psychiatrycznym i psychologicznym wyraźnie zaznaczone objawy zespołu otępiennego i charakteropatycznego. Należy przyjąć, iż objawy te narastały stopniowo, nie tworząc początkowo wyraźnego obrazu zespołu psychopatologicznego. Wskazują na to wyniki badania psychiatrycznego z dn. 16.06.1994 r. i 25.08.1994 r. oraz wyniki badania psychologicznego z dn. 11.12.1993 r. W dokumentacji lekarskiej nie znaleźliśmy informacji, które mogłyby stanowić przesłankę, iż zespół psychoorganiczny powstał nagle i po czerwcu 1993 r. Należy przyjąć, iż czynnikiem patogennym było wieloletnie nadużywanie alkoholu przez badanego, co doprowadziło go do uzależnienia od alkoholu.

## KOMENTARZ

Wydaje się, że w opisanym przypadku, niewątpliwie złożonym diagnostycznie, istotne znaczenie miały również trudności proceduralne. Nie sposób określić, czy wynikały one z samej postawy biegłych, czy też spowodowane zostały przez organ procesowy, który nie mógł czy też nie chciał uzupełnić akt o pełną dokumentację lekarską. Zgromadzenie takiej dokumentacji jest zwykle dość czasochłonne i wymaga pewnej dociekliwości i wysiłku. Nie bez znaczenia jest tu kolizja interesów – między organem procesowym zobligowanym do regulaminowego czasu ukończenia postępowania a biegłymi, którzy domagają się uzupełnienia akt o dokumentację lekarską potrzebną do wydania orzeczenia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Cieślak M.: Biegły i jego opinia w polskim procesie karnym. W: Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W. (red.): *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991, 437–438.
2. Heitzman J.: Konstrukcja opinii sądowo-psychiatrycznej. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*. CM UJ, Kraków 1996, 45–54.
3. Wyrok S.N. z 31 marca 1980 r., II KR 56/80, OSNPG 1981, poz. 54.
4. Kodeks Postępowania Karnego. Ustawa z dn. 19.04.1969 r. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1989.

*Adres: II Klinika Psychiatrii Śl. AM,  
ul. Pyskowicka 49, 42-600 Tarnowskie Góry*