

Depresja udawana

Simulated depression

JERZY POBOCHA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii PAM w Szczecinie

STRESZCZENIE. *Dokonano przeglądu piśmiennictwa na temat symulowania depresji. Opisano udawanie depresji w trakcie badań sądowo-psychiatrycznych u czterech więźniów, którzy dokonali różnych bardzo poważnych przestępstw przeciwko mieniu. Wykazano, że dokładna obserwacja stanu psychicznego i analiza objawów psychopatologicznych, pozwala na odróżnienie pseudodepresji od prawdziwych zaburzeń afektywnych.*

SUMMARY. *The author reviews the literature on simulated depression. He describes four cases of prisoners sentenced for various very serious crimes against property. Simulated depression during forensic-psychiatric examinations. He shows that careful observation of the prisoners' mental state and analysis of their psychopathological symptoms allowed him to tell pseudodepression from genuine affective disorders.*

Słowa kluczowe: symulowanie depresji / badania sądowo-psychiatryczne
Key words: Simulated depression/ forensic-psychiatric examination

Symulowanie objawów choroby psychicznej dla osiągnięcia jakiegoś celu jest znane od dawna. Odys, król Itaki, nie chcąc iść na pomoc Troi udawał obłąkanego, wprzegając do pługa wołu i osła, siejąc sól zamiast ziarna. Dla wykrycia symulacji położono mu w bruzdę przed zbliżającym się pługiem jego syna. Wtedy, udający obłąkanego Odys, wstrzymał zaprzęg [16]. Obłąkanego udawał król Dawid, aby nie być rozpoznany, a także Edgar w dramacie Szekspira *Król Lir*, być może i Hamlet tylko pozorował chorobę [16].

Symulacja, to indywidualne kreowanie, udawanie choroby, w celu uniknięcia np. odpowiedzialności karnej, uzyskanie inwalidztwa itp. [3, 4, 5, 13, 15, 16]. Rodzaj i nasilenie symulowanych objawów zaburzeń psychicznych przez przestępcę zależy od stopnia jego znajomości psychopatologii, wzorców zachowań chorobowych w otoczeniu, zaobserwowanych w czasie pobytu w szpitalu psychiatrycznym, otrzymanych

sugestii ze strony np. współwięźniów, rodziny, niekiedy od zaprzyjaźnionego lub opłaconego psychiatry itd. Nadto zależy to od zdolności aktorskich takiej osoby, stopnia jej motywacji do uzyskania efektu, siły woli, odporności psychicznej, wysokości ewentualnej kary, potrzeby opuszczenia aresztu na skutek słabej adaptacji do warunków więziennych, panującej aktualnie „mody” na rodzaj symulowanych zaburzeń, posiadanych informacji o ich praktycznej skuteczności [13]. Obraz symulacji zależy też od osobowości symulanta i stopnia jej nieprawidłowości [3, 4, 5, 13, 15, 16]. Obraz kliniczny symulacji może być modyfikowany przez opiniowaną osobę w zależności od osoby biegłego, posiadanych o nim wiadomości, co do jego wnikliwości, wiedzy i doświadczenia, informacji o przypadkach poprzednio już wykrywanych symulacji u innych więźniów. Na symulacyjne zachowanie podejrzanego wpływa też zachowanie się

biegłego w trakcie badań, miejsce, warunki i możliwości obserwacji – lepsze w szpitalu czy klinice psychiatrycznej, gorsze w areszcie śledczym [4, 6, 15]. Na obraz kliniczny i rodzaj symulacji wpływać mogą jeszcze zupełnie przypadkowe czynniki, takie, jak: powodzenie symulacji u innych więźniów, czy pacjentów psychiatrycznych [4, 6, 13]. Opiszano już próby symulowania padaczki, zespołów urojeniowych, zaburzeń pamięci, pseudodemencji, mutyzmu [3, 4, 5, 15, 16].

W Polsce, na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, około dwustu więźniów dokonało samookaleczenia gałek ocznych, po tym jak jeden z osadzonych, po celowym uszkodzeniu swojego oka, został zwolniony na wolność. Wskazuje się też, że formy i demonstrowane objawy symulacji mogą być bardziej złożone i subtelne, przez ujawnianie nie jednego a kilku objawów psychopatologicznych, aby stały się bardziej prawdopodobne, zgodne z obrazem klinicznym faktycznych zaburzeń. Takie symulacje podejmują często osoby inteligentne i wykształcone, posiadające dużą odporność psychiczną, dobrze przygotowane do demonstrowania takich zachowań [4].

Diagnoza prymitywnej symulacji jest łatwiejsza, a i tak z reguły osoby takie kieruje się na obserwację [4, 6, 15, 16]. Wachholtz już w 1923 r. sugerował, aby „podejrzanego o symulację znużyć dłuższą obserwacją, trwającą przez dzień i noc, bacznią i czujną” [16]. Diagnoza w medycynie nie jest tylko stwierdzeniem, rejestracją faktów, ale stanowi ich ocenę i interpretację [12]. Goethe ujął to w wierszu „Co jest najtrudniejsze ze wszystkiego – a wydaje się najłatwiejsze – to móc dostrzec to wszystko na co patrzymy”, a co S. Filipecki, tłumacz tej książki, streścił do: „Patrzeć nie znaczy widzieć i wiedzieć” [7, s. 49]. Pewność rozpoznania zależy od nastawienia badającego, kontekstu [10]. Rosenhan udowodnił eksperymentalnie, że ośmiu zdrowych ochotników przyjęto do różnych szpitali psychiatrycznych, rozpoznano chorobę i podjęto leczenie, tylko na tej podstawie, że mówili oni, iż słyszą „głosy” [11].

Lekarze psychiatrzy uczestniczący w sprawdzaniu ich praktycznych umiejętności w stosowaniu skal oceniających depresje, mogą to robić również na podstawie oceny badania psychiatrycznego, w którym zamiast pacjenta wystąpi lekarz. Taka metoda jest do przyjęcia przy sprawdzaniu umiejętności i wiedzy podczas szkolenia lekarzy psychiatrów. To samo badanie analizowane w innym kontekście, dla potrzeb psychiatrii sądowej, powinno doprowadzić do postawienia rozpoznania symulacji, udawania depresji.

W ostatnich latach w Polsce w orzecznictwie sędowo-psychiatrycznym zwiększyła się liczba diagnoz depresji i symulacji depresji [6]. Udawanie depresji z kilku względów jest łatwiejsze niż udawanie innych zaburzeń [1, 4, 6, 15]. Kiedy w celach eksperymentalnych osiemdziesięcioosobowej grupie studentów psychologii zalecono, aby udawali zaburzenia psychiczne, to najczęściej demonstrowali oni właśnie depresje [1]. Demonstrowanie zaburzeń związanych z pobudzeniem czy agresją, wyczerpuje symulanta [4, 5]. Ujawnianie zaburzeń myślenia wymaga stałej kontroli swoich wypowiedzi, skupiania uwagi, pewnej wiedzy itp. [4, 5, 15]. Udawanie depresji z podawaniem myśli samobójczych ułatwia dostanie się do szpitala psychiatrycznego, ponieważ z reguły lekarz dyżurny nie będzie w takim przypadku podejmował ryzykownej odmowy przyjęcia takiego „chorego”. Dylematu diagnostycznego – depresja czy symulacja – na ogół nie można rozstrzygnąć natychmiast i jest to zbyt ryzykowne. Jednak dzięki temu podejrzany może zdobyć dowody o pobycie w szpitalu psychiatrycznym, albo uzyskać np. zwolnienie z aresztu śledczego [6].

Częstość ujawniania zaburzeń depresyjnych w populacji więźniów oceniana jest różnie. Taylor i Gunn [1984] stwierdzili, że w populacji 2743 mężczyzn z więzienia Brixton w Londynie chorobę afektywną miało 1,2%, depresję nerwicową – 2,4%, a schizofrenię – 6,1% badanych [14].

Wśród pism medycznych, uwzględnianych w bazie danych *Medline*, w latach

1970–1996 nie zarejestrowano ani jednej pracy na temat symulacji depresji.

W Polsce po 1989 r. pojawiły się nowe zjawiska kryminologiczne: przestępczość gospodarcza, zorganizowana, związana z narkotykami. Przestępcy ci, posiadając duże środki finansowe, korzystają z najlepszych obrońców, konsultantów. Środki masowego przekazu informują, że jedną z form ich obrony jest uzyskiwanie zwolnienia z aresztu, z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczenia poczytalności. Przykładem tego mogą być przedstawione poniżej cztery przypadki osób, które są podejrzane o uzyskanie z przestępstw znacznych środków finansowych, a jednocześnie w związku ze śledztwem ujawniały zaburzenia depresyjne.

ANALIZA PRZYPADKÓW

Do analizy wykorzystano akta śledztw, oryginały historii choroby, wyniki badań i obserwacji sądowo-psychiatrycznych. Osobom tym m.in. zarzucono:

- wyłudzenie kredytów na około 45 mld. zł,
- sprzedaż kradzionych samochodów o wartości ok. 15 mld. zł,
- sprzedaż amfetaminy znacznej wartości,
- wyłudzenie nienależnego podatku VAT na sumę ok. 20 mld. zł.

Ze względu na to, że wszystkie te sprawy są jeszcze w toku śledztwa lub nie zakończone prawomocnym wyrokiem sądowym, nie będę ich szczegółowo omawiał. Natomiast u sprawców tych, wiele okoliczności ujawniania się zaburzeń psychicznych, ich eskalacja jest podobna. Wspólne cechy zachowań omawianych osób, to: w okresie przed aresztowaniem prowadziły lub inspirowały legalną, rozległą działalność gospodarczą, kierowały lub współpracowały z zespołami ludzi, były właścicielami lub współwłaścicielami firm, posiadały większy lub mniejszy majątek. Ich działalność gospodarcza wymagała dużej inicjatywy, inteligencji, dyspozycyjności, odporności psychicznej, ze względu na rodzaj, zakres i stopień ryzyka prowadzonych interesów.

W okresie objętym zarzutami lub aktem oskarżenia nie byli oni leczeni psychiatrycznie. Natomiast podejmowali takie leczenie lub badania w okresach wcześniejszych, np. w związku ze służbą wojskową, nadużywaniem alkoholu lub poprzednią sprawą karną. Już wówczas rozpoznawano u nich depresję i wnioskowano o zwolnienie z aresztu. W jednym przypadku podejrzany informował swojego współnika: „masz iść do szpitala psychiatrycznego i udawać wariata... wszelkie koszty pokryję”. Osoby te w pierwszych kilku miesiącach pobytu w areszcie śledczym nie były leczone i nie miały większych problemów adaptacyjnych. Dopiero kontynuowanie przeciwko nim śledztwa oraz inne czynniki, takie jak: uzyskanie zwolnienia z aresztu współoskarżonego z powodu stanu zdrowia, obawy podejrzanego o możliwość otrzymania kary, powodowały ujawnianie zachowań naśladujących depresję.

Analiza oryginałów historii choroby tych osób z pobytu w szpitalach psychiatrycznych przed aktualnym śledztwem, wskazuje, że niekiedy podejrzani zgłaszali się do szpitala sami. W jednym przypadku, podając jako powód chęć uniknięcia badania sądowo-lekarskiego w zakładzie medycyny sądowej w dniu następnym. Lekarze badający te osoby, ograniczali się do opisywania, czy rejestrowania wypowiedzi i skarg pacjenta. Brak było opisów, sporządzonych przez lekarza lub pielęgniarki, zachowania pacjentów, oceny ich emocji itp. Badane osoby mówiły na temat depresji, tzn. o przygnębieniu, bezsensowności, braku apetytu. Danych tych nie weryfikowano obiektywnie, niekiedy nawet nie byli oni systematycznie ważeni. W opisach stanu psychicznego tych osób uderza albo lakoniczność, albo przesadność sformułowań, przyjmowanie nie sprawdzonych faktów czy hipotez, niekiedy z tendencją do ich nadinterpretacji.

Pacjenci ci w czasie pobytów w szpitalu przebywali z reguły na wielokrotnych, długich przepustkach, udzielanych nawet w dwa dni po przyjęciu do szpitala. W jednym

przypadku cały dwumiesięczny pobyt polegał na tym, że chory praktycznie był tylko dwa dni w szpitalu, tzn. w dniu przyjęcia i zwolnienia go do domu. Było to już w okresie toczącego się wobec niego śledztwa. U pacjentów tych stawiano rozpoznania: zaburzeń adaptacyjnych, depresji reaktywnych, depresji endogennej, choroby afektywnej.

W leczeniu depresji u tych pacjentów stosowano np. karbamazepinę w dawce 100 mg dziennie przez wiele tygodni, fluoksetynę, opipramol, czy małe dawki chloroprotyksenu. Tylko wyjątkowo stosowano leki trójpierścieniowe w małych lub średnich dawkach. Nigdy, mimo rozpoznawania przewlekłej depresji, nie proponowano choremu np. zastosowania elektrowstrząsów. Chorzy wprawdzie mówili o przygnębieniu, ale nie mieli poczucia winy, nie domagali się dla siebie kary, przeciwnie stale udowadniali swoją niewinność, domagali się zwolnienia z aresztu. Jeden z nich „chory na depresję” na pytanie, czy chciałby być zwolniony z aresztu, stwierdził: „a kto by nie chciał”. Opiniowani w trakcie badań demonstrowali spowolnienie psychoruchowe, np. patrząc w jeden punkt. Zachowanie to zależało jednak od sytuacji. Najbardziej nasilało się w trakcie badania przez biegłych. Natomiast, kiedy przebywali w celi, np. czujnie obserwowali wizjer. W okresach, gdy uważali, że nie są już obserwowani, rozmawiali z innymi osadzonymi, oglądali telewizję, jedli, pili herbatę itp. W miarę uzyskiwania informacji o wynikach badań sądowo-psychiatrycznych następowała charakterystyczna eskalacja objawów psychopatologicznych. Omawiane osoby w okresie pobytów w szpitalach psychiatrycznych groziły samobójstwem w przypadku ich aresztowania (cyt.: „żywego mnie nie wezmą”). Po czym przebywały w areszcie rok i dłużej i nie podejmowały prób samobójczych, albo miały one charakter demonstracji. W dalszych miesiącach nasilali te demonstracyjne zachowanie. Polegało to np. na stałym leżeniu w łóżku, ale tyłem do drzwi, aby nie

można było obserwować mimiki. Inny osadzony w pierwszych miesiącach pobytu w areszcie śledczym zachowywał się poprawnie. Następnie zaczął ujawniać pobudzenie psychoruchowe, agresywność, zaczął grozić samobójstwem, domagał się skrajnie dużych dawek leków nasennych i uspokajających. Chory ten w trakcie przewożenia go z szpitala psychiatrycznego na obserwację sądowo-psychiatryczną w oddziale aresztu śledczego mdlał, w efekcie nie został tam dowieziony. Ponownie został zatrzymany przez Policję, kiedy robił zakupy z żoną, podczas jednej z wielokrotnych przepustek ze szpitala psychiatrycznego i wtedy już bez problemów został dowieziony do aresztu. Jeden z opiniowanych po zwolnieniu go z aresztu śledczego, po jednorazowym badaniu sądowo-psychiatrycznym uzyskał rentę I grupy, która nie przeszkadzała mu poruszać się nadal samochodem po mieście. W opinii o tym podejrzanym – kierowcy, pisano m.in., że ma „histeroepilepsję”, która jednak pozwalała mu jeździć stale samochodem, podejmować wielorakie i niebezpieczne działania przestępcze. Badania psychiatryczne tych osób napotykały na trudności ze względu na brak możliwości całodobowych obserwacji i rejestracji ich zachowań, nikłość danych osobopoznawczych w aktach sprawy. Jeden z opiniowanych, leżąc w łóżku plecami do drzwi, na wiadomość, że przyjechała na widzenie żona wstał i chciał iść na widzenie. Na widok biegłych zrezygnował z możliwości zobaczenia się z małżonką, nie odpowiadał na pytania, patrzył w jeden punkt.

Na skutek akinezji, opiniowani tracili kondycję fizyczną, miewali spadki ciśnienia tętniczego, co było celem ich zachowań. Badaniom tych osób towarzyszyły próby „docierania do biegłych” osób postronnych: rodzin opiniowanych, pracownika uniwersytetu, akademii medycznej, czy lekarza leczącego, który np. informował, że pacjent z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, który już w okresie śledztwa uzyskał rentę I grupy, „boi się badania” sądowo-psychiat-

rycznego. W jednym przypadku biegli byli celowo wprowadzani w błąd informacją, że opiniowany uprzednio przez nich więzień „zanieczyszcza się”, „ma przetaczaną krew”. Informowano też biegłych, że „będą mieć Komisję Kontroli Zawodowej, ponieważ nie rozpoznają depresji”.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Przedstawione tutaj skrótowo problemy wskazują na potrzebę doskonalenia metod badania, rejestracji i diagnozy w psychiatrii sądowej. Szczególnie dotyczy to przestępców operujących dużymi sumami pieniędzy, dokonujących poważnych przestępstw gospodarczych, mających wiele możliwości stosowania różnych form obrony.

Obraz kliniczny „depresji udawanej” wyróżnia się tym, że osoby przejawiające ją nie mają części objawów z powszechnie przyjętych kryteriów depresji endogennej, reaktywnej czy nerwicowej [8]. W szczególności stwierdza się u nich brak poczucia winy i potrzeby kary, nieobecność lęku, wyraźnego obniżenia ciężaru ciała, zakłóceń rytmów dobowych [8]. W zachowaniu tych podejrzanych uderza nietypowość obrazu klinicznego, jego zmienność. Badani ujawniali zachowania atypowe dla depresji, takie jak: patrzenie w jeden punkt w trakcie badania a normalne zachowanie w celi z np. stałym oglądaniem telewizji. Stwierdzono też brak objawów: smutku, płaczu, przygnębienia, zachowania te nie budziły współczucia. Nie ujawniali oni zachowań historycznych. Groźby dokonania samobójstwa miały charakter szantażu lub manipulacji. Próby samobójcze miały charakter bezpiecznej demonstracji. Stałe leżenie w łóżku, pogarszało ich kondycję fizyczną. Znała z piśmiennictwa duża zmienność zachowań symulantów jest przyczyną znacznego zróżnicowania udawanych objawów [3, 4, 5, 6, 13].

Ograniczenie się tylko do wielokrotnych badań psychiatrycznych „twarzą w twarz”,

jest niewystarczające. Dopiero możliwość obserwacji całodobowego zachowania się osoby opiniowanej, prowadzona przez personel, bez ujawniania jej badanemu, daje możliwość szybszej i pewniejszej diagnozy. Dlatego standardem oddziałów obserwacyjnych muszą być pełne możliwości obserwacji m.in. przez lustra weneckie, telewizję przemysłową itp.

Analiza niektórych opinii biegłych wskazuje, że jakby nie dopuszczają oni możliwości, aby osoba przebywająca w areszcie była smutna. Stąd ich częste rozpoznawanie depresji i wnioski o uchylenie aresztu. Eksploatacja tych opinii wskazuje, że biegły niekiedy przyjmuje postawę adwokacką, nieobiektywną. W takich opiniach razi przesada opisu, nadinterpretacje, przyjmowanie skarg badanego bez ich oceny, wbrew zasadom diagnostyki lekarskiej [6, 7, 8, 12]. *W tym przypadku termin „depresja udawana” oznaczałby, że opiniowany udaje, że cierpi na depresję, a biegły udaje, że ją widzi.* Rozpoznanie mało wnikliwie depresji u tymczasowo aresztowanych, spowodować może, podobnie jak to było z epidemią samooczeki leczenia gałek ocznych, że demonstrowanie zachowań depresyjnych stanie się zjawiskiem masowym.

Nikt oczywiście nie neguje praw człowieka, w tym i prawa do obrony, zasad humanitaryzmu itp. Jednak, jak dotąd, żaden kraj na świecie nie zwalnia z aresztów najpoważniejszych przestępców gospodarczych, członków przestępczości zorganizowanej z błahych powodów, chyba że zapłacą np. wysoką kaucję.

Niepokój budzą próby docierania różnych osób do biegłych, wręcz „załatwienia korzystnej opinii”. Stąd potrzeba wypracowania praktycznych zasad i metod postępowania dla skutecznej i bezpiecznej ochrony biegłych przed takimi sytuacjami.

Wszystkie te uwagi mają na celu podniesienie poziomu orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego i zapobiegnięcie dalszemu rozszerzaniu się epidemii „udawanych depresji”.

PIŚMIENICTWO

1. Anderson E.W., Trethowan W.H., Kenna J.C.: An experimental investigation of simulation and pseudo-dementia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1959, suppl. 132, 34.
2. Dąbrowski S.: Z zagadnień symulacji w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. *Pam. XVII Zjazdu Nauk. Psychiat. Pol.*, Kraków, 22–25.09.1961. PTP, Kraków 1963, 146–154.
3. Enoch D.: Hysteria, malingering, pseudologia, Ganser syndrome, prison psychosis and Munchausen's syndrome. W.: Bluglas R., Bowden P., Walker N. (red.): *Principles and practice of forensic psychiatry*. Churchill Livingstone, Ed. Law, Melbourn on New York 1990, 805–810.
4. Fielinskaja J.J.: Symulacja psychicznych rozstrojstw. W: Morozow G.W. (red.): *Rukawodstwo po siudebnoj psichiatrii*. Medicina, Moskwa 1977, 363–380.
5. Gunn J., Taylor P.J.: *Forensic psychiatry. Clinical, Legal & Ethical Issues*, Butterworth Heinemann, London 1995, 418–422.
6. Hajdukiewicz D.: Nowe, niepożądane zjawiska w praktyce psychiatrycznej, spotykane podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, supl. 1/4/, 85–92.
7. Helmich P.: Błędne rozpoznania wynikające z mylnego postrzegania. W: *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*. PZWL, Warszawa 1996, 49–57.
8. Puzyński S.: Depresja. PZWL, Warszawa 1988, 297–309, 366–379.
9. Rapoport J.R.: Differences between forensic and general psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1982, 3, 331–334.
10. Rosenhan D.S.: Zachowanie, konflikt i znaczenie. W: Zimbardo P.G., Ruch F.L.R. (red.): *Psychologia i życie*. PWN, Warszawa 1994, 482–485.
11. Rosenhan D.L.: On being sane in insane places. *Science* 1973, 179, 250–258.
12. Schrombogens H.H.: Wprowadzenie. W: *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*. PZWL, Warszawa 1996, 13–20.
13. Szaskiewicz M.: Psychologiczna analiza zjawiska podkultury więziennej. Część III. Zjawisko samoagresji i symulowanie. *Z zagadnień kryminalistyki*, z. 23, 86–88.
14. Taylor P., Gunn J.: Violence and psychosis. *Br. Med. J. Clin. Res. Ed.* 1984, 288, 6435, 1945–1949.
15. Uszkiewiczowa L.: Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. PZWL, Warszawa 1966.
16. Wachholz L.: *Psychopatologia sądowa*. Nakł. Geberthnera i Wolfa, Warszawa 1923, 104–111.

*Adres: Dr Jerzy Pobocho, Katedra i Klinika Psychiatrii PAM,
ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin*