

Zmiany w obrazie reaktywnych zaburzeń psychicznych i ich związek z rodzajami popełnionych przestępstw

Changes in the picture of reactive mental disorders and their relation to the type of committed crime

ZDZISŁAW MAJCHRZYK, TERESA GORDON, EWA SZABLEWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Autorzy przedstawiają obrazy kliniczne zaburzeń reaktywnych w wybranych grupach osób, które popełniły czyny zabronione w latach 1991–1995. Analizują istniejące tendencje, zwracając uwagę na pewne nowe uwarunkowania powstawania stanów reaktywnych i błędy w rozpoznawaniu tego rodzaju zaburzeń.

SUMMARY. Clinical patterns of reactive disorders are presented in selected groups of persons who committed prohibited acts in the years 1991–1995. The existing tendencies are analyzed and attention is drawn to some new determinants of reactive disorders onset, as well as to errors in diagnosing such disorders.

Słowa kluczowe: zaburzenia reaktywne / zabójstwa / przestępstwa gospodarcze / opinie sądowo-psychiatryczne

Key words: reactive disorders / homicide / offence against property or economy / forensic psychiatric opinion

Następstwa urazów psychicznych w postaci zaburzeń psychicznych o różnym nasileniu, zarówno ostrym jak i przewlekłym podnosili psychiatrzy od wielu lat [1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, 16]. Prawie każdy z podręczników psychiatrii sądowej [3, 11] wymienia główne przyczyny powstawania zaburzeń reaktywnych. *Leksykon psychiatrii* pod red. Pużyńskiego [9] podaje typowe sytuacje traumatyzujące, powodujące powstanie zaburzeń reaktywnych. Są nimi przeważnie: trudne sytuacje rodzinne, zawodowe, skutki pobytu w więzieniu o ciężkim rygorze, prześladowania polityczne, doświadczenie lub przeżycie wyjątkowego zdarzenia (katastrofa, porwanie, zgwałcenie) lub innej stresującej sytuacji. Na sytuacje stresowe jako usposabiające do powstania zespołów reaktywnych zwracają też uwagę inni autorzy [2, 4]. Zespoły reaktywne występujące w prze-

szłości – głównie w średniowieczu – przedstawili w ciekawy sposób Janikowski [7] i Szumowski [15].

Jak podaje Korzeniowski [8], opis reakcji i psychoz reaktywnych więziennych znajdujemy w opracowaniach z początku XX wieku. Badania te zawdzięczamy pionierskim pracom badaczy niemieckich, jak Skilar i inni [8]. Psychotyczne stany reaktywne obserwowano głównie u więźniów, z tego powodu używa się pojęcia „psychozy więzienne”, co nie wyczerpuje tylko sytuacji związanych z uwięzieniem. Występowały one w innych postaciach: stupor histeryczny, konwersje histeryczne, „zespół drutów kolczastych” w okresie pierwszej i drugiej wojny światowej.

Aktualnie, w obowiązującej *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10* [14], zaburzenia

reaktywne mieszczą się w punktach F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne) oraz w punkcie F44. Zaburzeniami tymi są głównie wszystkie typy zaburzeń dysocjacyjnych, ujawniających tendencję do ustępowania po kilku tygodniach lub miesiącach, szczególnie jeśli ich początek był związany z urazowym wydarzeniem życiowym. W rozdziale omawianej klasyfikacji wymienione są szczegółowo postacie stanów i rodzaje zaburzeń reaktywnych.

Problematyka zaburzeń reaktywnych była jednym z tematów obrad XXVII Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w 1961 r. w Krakowie, podczas którego obszernie problem ten przedstawiło kilku autorów [1, 2, 4, 8]. Opracowaniem monograficznym z tego okresu jest praca Lidii Uszkiewiczowej z 1966 r. [16]. Zdaniem Uszkiewiczowej istotnymi czynnikami sprzyjającymi powstaniu zaburzeń reaktywnych są: wiek, stan somatyczny i sytuacja pozbawienia wolności. Występowały one najczęściej u osób, które popełniły przestępstwa przeciwko mieniu (30%), przestępstwa polityczne (27%), zabójstwa (23%).

W ostatnich latach rzadko można spotkać w dostępnych psychiatrycznych i prawniczych opracowaniach opisy przypadków z zaburzeniami reaktywnymi, nieliczne podają Cieślak, Spett, Szymusik [3]. Jednocześnie psychiatrzy sądowi stwierdzają, że opisywane w przeszłości najbardziej charakterystyczne psychozy więzienne oraz związane z tym wieloletnie obserwacje sądowo-psychiatryczne występują obecnie zdecydowanie rzadziej. Opisywane w poprzednich latach takie stany reaktywne, jak: zespół Gansera, pseudodemencja czy puerylizm, rozpoznawane są sporadycznie. Najczęściej stawianymi diagnozami są obecnie: zespoły lękowo-depresyjne i omamowo-urojeniowe, przeważnie u osób po raz pierwszy pozbawionych wolności, tymczasowo aresztowanych.

Doświadczenie kliniczne wskazuje także, że na przestrzeni ostatnich lat zmniejszyła się liczba prób samobójczych i samouszkodzeń w więzieniach, co było częstym zjawiskiem w latach siedemdziesiątych-osiem-

dziesiątych. Pojawiły się natomiast nowe, szczególne postacie zespołów reaktywnych u osób starających się o rentę lub odszkodowanie, pozostających na wolności.

Powyższe spostrzeżenia i dane z literatury są na ogół zgodne z tendencjami, jakie aktualnie obserwujemy w populacji pacjentów Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN. Naszą szczególną uwagę zwrócił fakt, że zmienia się nie tylko obraz kliniczny zaburzeń reaktywnych, ale także ich związek z rodzajami popełnionych czynów zabronionych. Było to najwyraźniej widoczne w dwóch grupach sprawców.

Pierwszą stanowiły osoby na ogół młode, często nieletnie, które popełniły bardzo poważne czyny przeciwko życiu i zdrowiu, a mimo to nie ujawniały zaburzeń reaktywnych, a ich zachowanie podczas obserwacji często było nawet wręcz beztroskie i nonszalanckie. U wielu z nich obserwowaliśmy też pewne zmiany w motywacji popełnienia tych czynów w porównaniu do lat ubiegłych, a mianowicie częściej pojawiały się zabójstwa z motywacji ekonomicznej i rabunkowej, popełniane w zorganizowanych grupach, działających z wyraźnym, z góry powziętym zamiarem i planem. O ile w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych u zabójców, również tego rodzaju, obserwowano dość często po zatrzymaniu różnego rodzaju odczyny reaktywne, nawet o charakterze psychozy (stupor, zespół Gansera), reakcje nerwicowe, celowe postawy obronne, bądź symulacje choroby psychicznej, wymagające wieloletnich obserwacji – to obecnie pojawiają się one wyjątkowo.

W zachowaniu ich trudno teraz dostrzec poczucie winy, lęk czy niepokój. Pojawiają się natomiast mechanizmy zaprzeczania, wyparcia lub projekcji winy na otoczenie, co podnosi też inni autorzy, zajmujący się problematyką zabójstw [5, 12, 13]. Tego rodzaju zjawiska szokują opinię publiczną, wymiar sprawiedliwości i biegłych, przy czym ci ostatni próbują doszukiwać się u tych sprawców jakiejś patologii, często ograniczonej, nawet gdy brak jest uchwytnych objawów klinicznych.

Efektom tego są nagminne skierowania na badania tomograficzne (TC) mózgu także osób, których funkcjonowanie przed czynem cechował wysoki stopień adaptacji i organizacji.

W przypadku sprawców, którzy w chwili czynu znajdowali się pod wpływem alkoholu, biegli koncentrowali się na diagnozie rodzajów upicia. Najczęściej rozpoznawano u nich osobowość nieprawidłową, ale wątpliwości w ocenie przyczyn rozwoju zaburzeń reaktywnych i ich nasilenia były zróżnicowane. Tymczasem wydaje się, że jakkolwiek tego rodzaju zachowania mogą mieć związek z tradycyjnie podnoszonymi czynnikami etiologicznymi, takimi jak: patologia rodziny, czynniki konstytucjonalne, alkoholizm, organiczne zmiany w o.u.n., czy wreszcie choroby psychiczne – to przecież nie można pominąć szerszych uwarunkowań, które mają bezpośredni związek z przeobrażeniami społeczno-ekonomicznymi ostatnich lat. Chodzi zwłaszcza o zmiany w hierarchii wartości i celów życiowych oraz zachwianie norm moralnych i społecznych, jakie dotknęły znaczną część społeczeństwa.

Drugą, często spotykaną ostatnio grupą pacjentów, która zwróciła naszą uwagę, były osoby podejrzane o tzw. przestępstwa gospodarcze (wyłudzenie kredytów, przemyt, nielegalny handel, oszustwa celne i podatkowe itp.). Sprawcy tego rodzaju czynów, w przeciwieństwie do wymienionych poprzednio, z reguły ujawniali zróżnicowane i przewlekłe zaburzenia reaktywne, których diagnoza i leczenie nastroczały wiele trudności. Przeważnie osoby te dysponowały różnymi zaświadczeniami lekarskimi, dokumentującymi występowanie tych zaburzeń już w okresie objętym zarzutami lub nawet wcześniejszym. Diagnozy psychiatryczne stawiane w tych przypadkach były zróżnicowane – pomiędzy chorobą psychiczną endogenną a stanami reaktywnymi o różnej głębokości. Podobne kontrowersje dotyczyły oceny ich poczytalności (od pełnej poczytalności do niepoczytalności), a jeszcze częściej oceny ich zdolności do udziału w postępowaniu karnym i przebywania w areszcie.

Nasilenie tych zjawisk w ostatnich latach nasuwa przypuszczenie, że ich uwarunkowań należy poszukiwać m.in. również we wspomnianym już relatywizmie norm społecznych i zmianach w systemie wartości, które wpływają dezorganizująco na uspołecznienie wielu osób, a czasami odnosi się wrażenie, że mogą też wpływać niezbyt korzystnie na obiektywizm biegłych. Sugestia ta znajduje potwierdzenie np. w dość relatywnych interpretacjach wyników badań dodatkowych (szczególnie tomografii mózgu czy EEG) oraz niektórych słabo uzasadnionych i nieprzekonywujących opiniach biegłych [12]. Wywołują one nieraz wiele zamieszania, czasem mają dowcipne reperkusje prasowe, ale co istotniejsze, powodują skrajne rozbieżności, tak w zakresie diagnoz klinicznych, jak i ocen sądowo-psychiatrycznych, wydanych przez kilka zespołów biegłych w tej samej sprawie (głównie dotyczy to osób podejrzanych o przestępstwa gospodarcze). Oczywiście sytuacja taka stwarza potrzebę nie tylko kolejnej weryfikacji diagnozy, o ile zmusza do refleksji nad stanem przygotowania biegłych w zakresie problematyki zaburzeń reaktywnych, a zwłaszcza ich umiejętności diagnozowania różnego rodzaju celowych postaw obronnych i zdolności do manipulacji dokumentacją lekarską.

CELE PRACY

Powyższe spostrzeżenia skłoniły nas do przeanalizowania opinii sądowo-psychiatrycznych, wydanych w Klinice Psychiatrii Sądowej IPIŃ w ciągu ostatnich 5 lat (tj. od 1991 r. do 1995 r.) pod kątem odpowiedzi na następujące pytania:

- (1) Jaka jest tendencja zmian w strukturze przestępczości osób kierowanych na obserwację w wyżej wymienionym okresie?
- (2) Jaka jest częstotliwość, rodzaj i nasilenie stanów reaktywnych, występujących u osób poddanych obserwacji w tym okresie?
- (3) Czym charakteryzuje się grupa osób z zaburzeniami reaktywnymi – pod

kątem następujących zmiennych: wiek, intelekt, osobowość, organiczne uszkodzenie o.u.n.; wcześniejsze zaburzenia psychiczne, w tym reaktywne?

- (4) Czy istnieje zależność pomiędzy rodzajem czynów zabronionych a częstotliwością i rodzajem stanów reaktywnych?
- (5) Jakich kategorii sprawców i jakich stanów reaktywnych dotyczyły najczęstsze rozbieżności w opiniach biegłych?

BADANE OPINIE I METODA

Materiał badawczy stanowiły opinie sądowo-psychiatryczne wydane w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN i innych placówkach psychiatrycznych w latach 1991–1995, dotyczące osób skierowanych na obserwację przez sąd lub prokuraturę. Wszystkie opinie posiadały pełną dokumentację (badania psychiatryczne, psychologiczne, dodatkowe, streszczenia akt sprawy, opis czynu i okoliczności jego popełnienia).

Metoda badań polegała na zebraniu wyselekcjonowanych informacji z akt sprawy i opinii sądowo-psychiatrycznych przy pomocy specjalnie skonstruowanego kwestionariusza, który umożliwiał ich opis i ocenę liczbową w zakresie następujących kwestii: (a) rodzaj czynu i jego okoliczności, (b) powody skierowania na obserwację, (c) analiza dotychczasowych opinii sądowo-psychiatrycznych i dokumentacji lekarskich, (d) ustalenie związku pomiędzy motywacją czynu zabronionego a rodzajem zaburzeń psychicznych, zwłaszcza reaktywnych, (e) wykrycie tych uwarunkowań społecznych, które miały pośredni lub bezpośredni wpływ na działanie sprawcy, z uwzględnieniem zmian społecznych i transformacji ustrojowej, (f) określenie tych dyspozycji osobowości, względnie zaburzeń psychicznych, które warunkowały rodzaj reakcji obronnej po czynie, (g) wychwycenie nieprawidłowości, które miały istotny wpływ na błędną diagnozę sądowo-psychiatryczną, (h) porównanie wyżej wymienionych ustaleń z wynikami badań przeprowadzonych w latach 1960–1970 [16].

WYNIKI BADAŃ

W badanym okresie na 370 osób poddanych obserwacji – rozpoznanie zaburzeń reaktywnych ustalono u 50, czyli u co siódmego badanego. Z dokładnych danych uzyskanych o tych sprawcach, uwzględniających cele niniejszego opracowania (przedstawionych w tabl. 1 i 2) wynika, że z uwagi na czyn zabroniony i rodzaj występujących zaburzeń reaktywnych, a także inne istotne czynniki da się wyróżnić kilka grup sprawców.

(1) W grupie 200 *sprawców zabójstw i osób podejrzanych o ich usiłowanie* w latach 1991–1995 stany reaktywne rozpoznano w 20 przypadkach, czyli u co dziesiątego sprawcy zabójstwa. Uszkiewiczowa [15] podaje, że w latach sześćdziesiątych-siedemdziesiątych w grupie zabójców zaburzenia reaktywne występowały u 25–30% obserwowanych, a więc występowały one istotnie częściej. W kolejnych analizowanych przez nas latach liczba stanów reaktywnych w tej grupie sprawców malała: w 1991 r. było ich 8, w 1992 r. – 4, w 1993 i 1994 r. po 3, w 1995 r. tylko 2. Czas trwania zaburzeń reaktywnych wynosił do kilku miesięcy (nie stwierdzono zaburzeń utrzymujących się latami, jak opisuje Uszkiewiczowa [15] i jakie sami obserwowaliśmy jeszcze do lat osiemdziesiątych.

Jeśli chodzi o początek wystąpienia zaburzeń reaktywnych, to u 12 osób (czyli u ponad połowy w omawianej grupie) wystąpiły one jeszcze przed czynem. Osoby te znajdowały się wówczas w stanie reakcji sytuacyjnej, wywołanej niepowodzeniami życiowymi, np. konfliktem z rodziną, porzuceniem przez partnerkę itp. Przewlekły stres związany z tymi sytuacjami wywoływał u nich zakłócenia funkcjonowania (bezsensowność, obniżenie nastroju, rozdrażnienie, niepokój) i w końcu dekompensację w postaci czynu (zabójstwa lub jego usiłowania). Po czynie reakcja ta tylko się nasilała, bądź trwała jeszcze przez jakiś czas i stopniowo wygasała, a zatem nie była to reakcja na czyn. Stan reaktywny, który wystąpił wkrótce po czy-

Tablica 1. Częstość występowania stanów reaktywnych wśród sprawców różnego rodzaju przestępstw (obserwowanych w Klinice w latach 1991–1995)

| Rodzaje przestępstw | Liczba osób obserwowanych w Klinice (a) | Liczba osób z zaburzeniami reaktywnymi (b) | Procent reaktywnych (b/a) × 100 |
|--|---|--|---------------------------------|
| 1. Zabójstwa i usiłowania, ciężkie pobicia | 200 | 20 | 10% |
| 2. Przestępstwa gospodarcze | 21 | 12 | 52% |
| 3. Przestępstwa drogowe | 15 | 5 | 33% |
| 4. Znieważanie, pomawianie, oszczerstwa | 20 | 5 | 25% |
| 5. Znęcanie się nad rodziną | 52 | 3 | 6% |
| 6. Kradzieże, włamania, rozboje | 60 | 5 | 8% |
| Razem | 370 | 50 | 13.4% |

Tablica 2. Rodzaje stanów reaktywnych u 50 sprawców różnego rodzaju przestępstw (obserwowanych w Klinice w latach 1991–1995)

| Rodzaje przestępstw | Rodzaje stanów reaktywnych | | | Razem |
|--|----------------------------|---------------|-----------------------------|--------------|
| | nerwicowe | psycho-tyczne | postawy obronno-symulacyjne | |
| 1. Zabójstwa i usiłowania, ciężkie pobicia | 12 | 6 | 2 | 20 |
| 2. Przestępstwa gospodarcze | 8 | 2 | 2 | 12 |
| 3. Przestępstwa drogowe | 4 | – | 1 | 5 |
| 4. Znieważanie, pomawianie, oszczerstwa | 1 | 4 | 0 | 5 |
| 5. Znęcanie się nad rodziną | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 6. Kradzieże, włamania, rozboje | 2 | – | 3 | 5 |
| Razem | 28 (56%) | 13 (26%) | 9 (18%) | 50 (100%) |

nie odnotowano u 5 sprawców, a u 3 pojawił się on później, po kilku tygodniach pobytu w więzieniu.

Trwale cechy sprawców w 13 przypadkach rozpoznawano jako osobowość nieprawidłową, a w pozostałych 7 – różne stadia zespołu psychoorganicznego, głównie charakteropatię. Wiek sprawców: najwięcej (10 osób) mieściło się w przedziale wieku 20–30 lat, poniżej 20 roku życia – 3 osoby, w wieku do 40 lat także 3 osoby, w przedziale 40–50 lat – 3 podsądnych, powyżej 50 roku życia – 1 osoba. Poziom sprawności umysłowej w tej grupie: przeważały osoby z rozpoznaniem przeciętnej sprawności umysłowej – 15 osób, wysoki poziom sprawności umysłowej stwierdzono u 2, niższy od

normy u 3 osób. Wcześniejsze diagnozy biegłych dotyczące rodzaju zaburzeń reaktywnych były zgodne z danymi po obserwacji w Klinice lub innym ośrodku psychiatrycznym, jeśli była to kolejna obserwacja.

(2) W grupie 23 osób przebywających na obserwacji w tym okresie, *podejrzanych lub oskarżonych o tzw. przestępstwa gospodarczo-finansowe*, zaburzenia reaktywne ujawniało 12, czyli co drugi. W analizowanym okresie: w 1991 r. było ich 1, w 1992 r. – 2, w 1993 r. – 5, w 1994 r. – 4, czyli zaobserwować można było tendencję rosnącą (w przeciwieństwie do malejącej w poprzedniej grupie zabójstw).

Wiek badanych: przeważały osoby w przedziale wieku 40–50 lat – 5 osób, w przedziale 30–40 lat – 4 osoby, po jednej w wieku do

lat 20 i powyżej 60 roku życia. Najczęstszymi rozpoznaniem stanów reaktywnych w tej grupie były: zaburzenia nerwicowo-depresyjne z rozbudowanymi skargami somatycznymi; wystąpiły one u 8 osób. Jedynie w dwu przypadkach zaburzenia reaktywne określono jako psychotyczne (depresja i zespół urojeniowy). U dwóch osób stwierdzono reakcje obronne (postawy obronne), u jednej z nich określano je jako symulację.

Przedchorobowe rozpoznanie zaburzeń osobowości stwierdzano u 6 osób, 4 osoby nie miały przed zatrzymaniem kontaktu z psychiatrą, 2 posiadały dokumentację lekarską potwierdzającą leczenie z powodu zaburzeń psychicznych (depresja, schizofrenia). Poziom umysłowy w grupie tych sprawców nie nasuwał istotnych trudności diagnostycznych, u 5 stwierdzono wysoki iloraz inteligencji, u 7 przeciętny. Zaburzenia reaktywne występowały zwykle po zatrzymaniu. Bezpośrednio po zatrzymaniu wystąpiły u 5 osób, po dłuższym uwięzieniu u 4 aresztowanych, a u 3 podsądnych wystąpiły one dopiero w szpitalu podczas obserwacji. Za usposabiające do powstania zaburzeń reaktywnych przyjmowano nie tylko czynniki sytuacyjne, ale także osobowościowe i chorobowe predyspozycje, niekiedy udokumentowane zaświadczeniami lekarskimi.

Wcześniejse diagnozy dotyczące zaburzeń reaktywnych w omawianej grupie, stawiane przez różne zespoły biegłych po kolejnej obserwacji, były bardzo często rozbieżne. Rozbieżności dotyczyły nie tyle poczatalności tych sprawców (choć i takie też miały miejsce w 2 przypadkach), ile oceny zdolności tych osób do udziału w postępowaniu karnym i przebywania w areszcie.

(3) Dość często stany reaktywne występowały u *sprawców przestępstw drogowych*. Z grupy 15 osób przebywających na obserwacji w okresie 1991–1995 r. stwierdzano je u 5, czyli co trzeci ujawniał tego rodzaju reakcje. Były to osoby w przedziale wieku: do 30 lat – 3, do 40 lat – 2. U trzech z nich stwierdzono ociążałość umysłową. U wszystkich doszukiwano się podłoża organicznego

jako usposabiającego do powstania zaburzeń reaktywnych (uszkodzenia organicznego mózgu, padaczki, niedorozwoju umysłowego). Wydane w ich sprawie kolejne opinie budziły kontrowersje i były kilkakrotnie weryfikowane z powodu rozbieżności w ocenie poczitalności, a niekiedy także w ocenie klinicznej. Przeważał obraz nerwicowych zaburzeń reaktywnych, wystąpił on u 4 osób, u jednej była próba nieudolnej symulacji choroby psychicznej. Za usposabiające czynniki do wystąpienia zaburzeń reaktywnych przyjęto u tych osób także zaistniałą nagłą, trudną sytuację – spowodowanie wypadku drogowego, dyspozycje ich osobowości, w tym niski poziom umysłowy, jak również doznane podczas wypadku obrażenia.

(4) Kolejną grupę stanowiły *osoby oskarżone o zniewagi i oszczerstwa wobec sądów, prokuratury, policji, osób cywilnych*. Z 20 obserwowanych, zaburzenia reaktywne stwierdzono u 5, czyli u co czwartego sprawcy tego typu. Były to zwykle reakcje paranoiczno-pieniaczce o nasileniu psychotycznym, wystąpiły one u 4 osób, a powodem ich powstania i rozwoju były uprzednie rozstrzygnięcia sądowo-administracyjne, niekorzystne dla nich, lub nie po ich myśli. Zaburzenia reaktywne były więc tu przyczyną kolizji z prawem, a nie jej skutkiem. Zwykle kolejne sprawy karne zaostrzały te zespoły. Przeważały osoby w średnim i podszłym wieku z przeciętnym lub wyższym poziomem umysłowym.

(5) Zaburzenia reaktywne stwierdzono także u *sprawców innych czynów zabronionych*, ale występowały one rzadko lub wyjątkowo, np. w grupie 52 osób podejrzanych lub oskarżonych o czyn z art. 184 (znęcanie się nad rodziną), stwierdzono ich wystąpienie tylko u 3 osób. Były to osoby z diagnozą zespołu psychoorganicznego, uwikłane od lat w konflikty rodzinne.

(6) Podobnie *sprawcy czynów z art. 203, 208, 210* rzadko obecnie ujawniają zaburzenia reaktywne. W grupie osób przebywających na obserwacji w latach 1991–1995, liczącej 60 pacjentów, wystąpiły one tylko u 5 obser-

wowanych, czyli u co dwunastego. Warto przypomnieć, że z badań Uszkiewiczowej [16] wynikało, iż w latach sześćdziesiątych-siedemdziesiątych właśnie ta grupa osób ujawniała najczęściej psychotyczne zaburzenia reaktywne i zróżnicowane formy symulacyjno-obronne (30% badanych). Być może jednym z powodów zmniejszenia się ilości zaburzeń reaktywnych w tej grupie sprawców są obecne zmiany w regulaminach więziennych, zmniejszenie rygorów, cały szereg ulg i przywilejów, humanizacja odbywania kary, a także wysokość ferowanych wyroków.

PODSUMOWANIE

Powyższy, niereprezentatywny wprawdzie, a tylko sondażowy przegląd zjawiska, zdaje się potwierdzać nasze spostrzeżenia i uwagi wyrażone na wstępie:

1. Zaburzenia reaktywne występują obecnie częściej u osób podejrzanych o przestępstwa gospodarcze (co drugi z obserwowanych) oraz u sprawców przestępstw drogowych (co trzeci) – natomiast zdecydowanie rzadziej niż w poprzednich latach (sześćdziesiątych-siedemdziesiątych) występują one u osób podejrzanych o zabójstwo lub jego usiłowanie (u co dziesiątego), przy czym większość z zabójców była już w stanie zaburzeń reaktywnych przed czynem, a w trakcie czynu nastąpiło ich nasilenie, zaś po czynie zaburzenia te stopniowo się zmniejszały. Wskazuje to na potrzebę głębszej analizy tego zjawiska. Chodzi o prześledzenie mechanizmów, powodujących osłabienie oceny popełnionego czynu. Wyjaśnienie roli i znaczenia tych mechanizmów, które rzutują na zmniejszenie poczucia winy, nadmiernie wypieranie przykrych emocji i poczucie odpowiedzialności. Zrelatywizowanie ocen i norm społecznych zdaje się mieć istotny wpływ nie tylko na rodzaj popełnionych czynów zabronionych, ale także na ujawniane przez sprawców formy obrony.

2. Nie spotyka się obecnie na szerszą skalę stanów reaktywnych utrzymujących się latami (poza odczynami paranoiczno-pieniaczymi).

3. Przeważają stany reaktywne o obrazie nerwicowym, lękowo-hipochondrycznym lub subdepresyjnym, wystąpiły u ponad połowy obserwowanych – 28 (56%). Rzadziej występują obecnie psychozy reaktywne. Diagnozę taką postawiono u 13 (26%) badanych. Jeszcze rzadziej, bo tylko u 9 (18%) badanych stwierdzano postawy symulacyjno-obronne.

4. Niepokoi znaczną rozbieżność w ocenie stopnia nasilenia zaburzeń reaktywnych dokonywanej przez różne zespoły biegłych (w tym lekarzy z PZP, u których pacjenci ci leczą się po uchyleniu aresztu). Dotyczy to głównie osób podejrzanych o przestępstwa gospodarczo-finansowe i drogowe. Osoby te często dysponują różnymi zaświadczeniami lekarskimi, które trudno zweryfikować. W trakcie obserwacji często nie stwierdza się natomiast takiego nasilenia i obrazu zaburzeń, jaki opisany jest w załączonej dokumentacji lekarskiej. Stanowi to ogromną trudność i wyzwanie dla biegłych, postawionych przed koniecznością dokonania niezależnej i obiektywnej oceny.

5. Obecne tendencje zmian w częstości występowania i w obrazie spotykanych zaburzeń reaktywnych mogą być w pewnej mierze związane z przemianami społeczno-gospodarczymi ostatnich lat, które wpłynęły na zmianę systemu norm i wartości oraz stosunek sprawców do swego czynu. Dotyczy to szczególnie sprawców poważnych przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu.

6. Nie można wykluczyć, że również zawieszenie wykonywania kary śmierci oraz mniej represyjne wyroki i warunki pobytu w zakładach karnych spowodowały zmniejszenie ilości występowania w tych zakładach ciężkich stanów reaktywnych.

Coraz więcej oskarżonych uczy się umiejętnego korzystania z różnych przepisów prawnych dla przedłużenia postępowania procesowego lub uniknięcia odbywania kary. Nie ulega wątpliwości, że w tej sytuacji jakość opinii biegłych, ich umiejętności diagnostyczne i obiektywizm mają szczególne znaczenie dla poprawienia wizerunku biegłych w oczach wymiaru sprawiedliwości i opinii społecznej.

PIŚMIENICTWO

1. Batawia S., Uszkiewicz L.: Problematyka zaburzeń reaktywnych i symulacji w praktyce sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej. W: Pamiętnik Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25.09.1961 r. PTP, Kraków 1963, 133–135.
2. Bilikiewicz A., Dolmierski R.: Ekspertyza sądowo-psychiatryczna przypadków symulacji i zespołów sytuacyjnych uwarunkowanych patologicznie. W: Pamiętnik Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25.09.1961 r. PTP, Kraków 1963, 155–158.
3. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991, 348–357.
4. Dąbowski S.: Z zagadnień symulacji w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. W: Pamiętnik Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25.09.1961 r. PTP, Kraków 1963, 146–154.
5. Gierowski J.K., Szymusik A.: Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996, 153–170.
6. Heitzman J.: Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze. *Psychiatr. Pol.* 1995, 6, 751–766.
7. Janikowski A.: Patologia i terapia chorób umysłowych. Skład w księgarni Rudolfa Friedleina, Warszawa 1864, 116–143.
8. Korzeniowski L.: Etiologia, patogeneza i klinika psychoz reaktywnych u przestępców. W: Pamiętnik Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25.09.1961 r. PTP, Kraków 1963, 135–145.
9. Leksykon psychiatrii (pod red. S. Pużyńskiego). PZWL, Warszawa 1993, 527–528.
10. Łuniewski W.: Pierwiastek reaktywny w psychozach osób więzionych. *Rocznik Psychiatryczny* 1934, z. 23.
11. Łuniewski W.: Zarys psychiatrii sądowej. PZWL, Warszawa 1950, 148–149.
12. Majchrzyk Z.: Niektóre powody relatywizmu twierdzeń w opiniach sądowo-psychologicznych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, 115–121.
13. Majchrzyk Z.: Motywacje zabójczyń. Alkohol i przemoc w rodzinie. Państw. Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995, 11–19, 114–117.
14. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja Dziesiąta. Rozdział V – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99), ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994, 120–125.
15. Szumowski W.: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wyd. II. PZW, Warszawa 1971.
16. Uszkiewicz L.: Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. PZWL, Warszawa 1966.

*Adres: Dr Zdzisław Majchrzyk, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*