



Opiniowanie sądowo-psychiatryczne sprawców wypadków komunikacyjnych

Forensic-psychiatric opinions on traffic accident offenders

ELŻBIETA BOGDANOWICZ, DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie

STRESZCZENIE. *Dokonano analizy 37 opinii sądowo-psychiatrycznych wydanych w Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w latach 1995-2001 oraz 72 opinii wydanych w tych sprawach wcześniej przez inne zespoły biegłych. Opinie dotyczyły 37 mężczyzn, sprawców wypadków komunikacyjnych. Wśród nich 15 sprawców (40%) oddaliło się z miejsca wypadku. Tylko 3 sprawców wypadków uznano za niepoczytalnych z powodu choroby psychicznej, a jednego z powodu pourazowych zaburzeń świadomości – wobec oddalenia się z miejsca wypadku. Różnice w ocenach poczytalności poprzednich biegłych i biegłych Kliniki dotyczyły 6 sprawców (20% opiniowanych) i wynikały z odmiennych ocen stanu psychicznego tempore criminis, dotyczących przede wszystkim postaci upicia alkoholowego i wystąpienia zaburzeń świadomości. Wynikały one, naszym zdaniem, z niedostatecznie wnikliwej analizy danych akt sprawy. Różnice w ocenie występowania tzw. „szoku powypadkowego” dotyczyły nasilenia objawów ostrej reakcji na powstały stres, która wymaga od biegłych większej wnikliwości w wykorzystaniu danych akt sprawy w celu oceny zachowania się sprawcy oddalającego się z miejsca wypadku. Największe różnice dotyczyły ocen zdolności do uczestnictwa w postępowaniu karnym i zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności, na które miały wpływ zaświadczenia wydawane przez nieuprawnionych do tego psychiatrów.*

SUMMARY. *Thirty-seven forensic-psychiatric opinions issued by the Department of Forensic Psychiatry, Institute of Psychiatry and Neurology in 1995-2001 and 72 opinions issued earlier in the same cases by other experts are analysed. The material covers 37 male traffic offenders. Fifteen of the offenders (40%) fled from the site of the accident. Only three offenders qualified for the insanity defence and one offender was qualified legally unaccountable because of post-traumatic disturbances of consciousness. In six cases (20%) the former and latter experts disagreed because of different evaluations of the offenders' mental condition tempore criminis, mainly alcoholic intoxication and disturbances of consciousness. In our opinion these discrepancies of opinion were caused by careless studying of the legal documentation. Differences in opinion on the presence or absence of "post-accident shock" concerned the intensity of acute post-traumatic symptoms. Proper evaluation of these symptoms requires more thorough analysis of the legal documentation in order to judge the behaviour of offenders who flee the accident site. The greatest discrepancies had to do with evaluation of the offenders' capacity to stand before court and complete their term in prison (both of which had often been certified by incompetent psychiatrists).*

Słowa kluczowe: wypadki komunikacyjne / opiniowanie sądowo-psychiatryczne

Key words: traffic accidents/ forensic-psychiatric opinions

Aktualnie obowiązujący kodeks karny z 1997 r. normuje przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji odrębnie, bo

wylacza je z przestępstw przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, wśród których zawierały się w kodeksie karnym z 1969 r.

[5, 6]. W materiale sądowo-psychiatrycznym spotykamy najczęściej zarzuty spowodowania następujących przestępstw z tej grupy:

- spowodowanie katastrofy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, zagrażającej życiu lub zdrowiu wielu osób albo mieniu w wielkich rozmiarach, karanej pozbawieniem wolności od roku do 10 lat (art. 173 § 1-4 kk),
- spowodowanie wypadku komunikacyjnego w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, z rozróżnieniem ciężkiego i lekkiego wypadku, z różną sankcją i trybem ścigania – od 6 mies. do 8 lat pozbawienia wolności lub tylko do lat 3, w zależności od skutków (art. 177 § 1-3 kk),
- ucieczki z miejsca popełnienia przestępstwa komunikacyjnego albo stanu nietrzeźwości sprawcy lub jego pozostawiania pod wpływem środka odurzającego (art. 173, 174 lub 177 kk) – wtedy sąd orzeka karę pozbawienia wolności przewidzianą za przypisane mu przestępstwo do górnej granicy zagrożenia zwiększonego o połowę (art. 178 kk).

Odnośnie art. 173 kk – Góral [1998] wyjaśnia, że katastrofa w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym to nagłe i groźne zakłócenie ruchu pojazdów, powodujące rozległe i dotkliwe skutki obejmujące większą liczbę ludzi lub mienia w wielkich rozmiarach, zwłaszcza ze skutkiem śmiertelnym lub ciężkim uszkodzeniem ciała wielu osób [4]. Autor ten wskazuje, że choć w praktyce za katastrofę należy uznać poważną kolizję dwóch lub więcej pojazdów w ruchliwym miejscu i przy dużej prędkości, staczanie się z mostu, zatonięcie statku, rozbicie się samolotu, wykolejenie pociągu itp., to jednak Sąd Najwyższy (OSP i KA 834/00) uznał, że prowadzenie samochodu ciężarowego o dużej masie po ruchliwych ulicach miasta i przy dużym natężeniu ruchu przez nietrzeźwego kierowcę, z dużą szybkością i w spo-

sób rażąco niezgodny z przepisami, co stwarzało stan zagrożenia dla dużej, nieokreślonej liczby użytkowników drogi oraz spowodowanie w wyniku takiej jazdy zderzenia z innym pojazdem, skutkującego śmiercią kilku jego pasażerów i ciężkie kalectwo innych – również podlega pod pojęcie katastrofy.

W komentarzu do art. 177 kk Góral wyjaśnia, że chociaż termin „wypadek komunikacyjny” odnosi się do wypadków w ruchu lądowym, wodnym i powietrznym, to w praktyce przestępstwo zdarza się najczęściej „w ruchu lądowym na drogach publicznych, stąd określane jest potocznie jako wypadek drogowy”. Przedmiotem tego przestępstwa są dwa elementy:

1. naruszenie zasad bezpieczeństwa w ruchu,
2. wywołanie skutku w postaci obrażeń ciała innej osoby, określonych w art. 157 § 1 kk, śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 § 2 kk).

W obowiązującym kodeksie karnym nie wykazano jako przestępstwa takiego wypadku drogowego, którego skutkiem jest jedynie szkoda materialna [4, 6]. Buchała [1997] wskazuje, że taki wypadek, który powoduje w konsekwencji naruszenie czynności narządów ciała lub rozstrój zdrowia nie przekraczający 7 dni, jak i jedynie poważne szkody w mieniu, ma obecnie charakter wykroczenia [6].

Art. 178 kk zobowiązuje sąd do orzekania kary pozbawienia wolności przewidzianej za przypisane sprawcy przestępstwo z art. 173, 174 lub 177 kk w wysokości górnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę, jeżeli w trakcie jego popełnienia znajdował się on w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, lub zbiegł z miejsca zdarzenia. Zatem obowiązujący kodeks karny traktuje stan nietrzeźwości alkoholowej lub odurzenia innymi środkami i ucieczkę z miejsca przestępstwa jako regułę zaostrzającą karę za

przypisane przestępstwo z wyżej wymienionych artykułów.

Góral [1998] wyjaśnia, że przez termin „zbiegł z miejsca zdarzenia” należy rozumieć umyślne, celowe oddalenie się, aby uniknąć zidentyfikowania, uniemożliwić lub utrudnić ustalenie rzeczywistych przyczyn wypadku, ustalenie stanu trzeźwości, czyli chęć uniknięcia lub złagodzenia ewentualnej odpowiedzialności za spowodowanie wypadku.

Należy zauważyć, że podmiotem przestępstwa z art. 177 § 1 i 2 kk może być każdy użytkownik drogi, zarówno kierowca pojazdu (poruszającego się, ale i źle zaparkowanego, naruszającego zasady bezpieczeństwa zatrzymania się i postoju), jak i pieszy (chodzi o stan nietrzeźwości, brawurę w zachowaniu, gwałtowne wtargnięcie na jezdnię i inne nieodpowiednie zachowanie).

W materiale klinicznym ostatnich lat głównymi zarzutami były art. 177 kk i art. 178 kk, a okoliczności z nim związane przedstawiamy w poniższym opracowaniu.

CEL

Celem tego opracowania było określenie problemów i trudności związanych z opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym sprawców wypadków komunikacyjnych. Przyczyną podjęcia tego tematu była niepokojąca nas, znaczna liczba wydawanych w tych sprawach opinii sądowo-psychiatrycznych, często rażąco sprzecznych ze sobą, oraz zaświadczeń lekarskich różnego pochodzenia, powodujących znaczne przewlekanie się postępowania karnego.

Zamiarem autorów jest przedstawienie tej problematyki psychiatrom sądowym, gdyż nie była ona dotychczas omawiana w dostępnych, wydanych w przeszłości podręcznikach psychiatrii.

METODA

Do analiz włączono wszystkie opinie sądowo-psychiatryczne dotyczące sprawców

wypadków komunikacyjnych wydane przez biegłych z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w latach 1995-2001, na podstawie badań ambulatoryjnych oraz po obserwacjach klinicznych.

Zebrany materiał analizowano pod kątem ocen diagnostycznych i poczytalności, a następnie pod kątem przyczyn wcześniejszego powoływania kolejnych zespołów biegłych. Uwzględniono występujące problemy diagnostyczne, wykorzystywanie dokumentacji medycznej oraz występowanie ewentualnych nieprawidłowości w wydawanych opiniach sądowo-psychiatrycznych.

ANALIZOWANE OPINIE

Uzyskany materiał stanowi 37 opinii sądowo-psychiatrycznych, z których 18 wydano po jednorazowym badaniu ambulatoryjnym, 18 - po obserwacji szpitalnej, zaś 1 - na podstawie akt sprawy (dotyczyła poszkodowanego pieszego sprawcy wypadku). 36 opinii dotyczyło sprawców - kierowców pojazdów mechanicznych, jedna opinia - pieszego.

Prokuratury i sądy postawiły biegłym z Kliniki dokonanie następujących ocen:

- poczytalności sprawcy *tempore criminis* - 29 opinii (w tym wobec zarzutu z art. 177 kk - 14 osób, a wobec zarzutu z art. 178 kk - 15 osób),
- zdolności do odbywania orzeczonej kary pozbawienia wolności - 5 opinii,
- zdolności do udziału w postępowaniu karnym - 2 opinie,
- stanu psychicznego poszkodowanego sprawcy wypadku (pieszego) - 1 opinia.

W 18 przypadkach opinia Kliniki była pierwszą opinią wydaną w sprawie (w tym w 13 - była poprzedzona opinią ambulatoryjną wnioskującą o obserwację). W pozostałych 19 przypadkach opinia Kliniki była: trzecią - u 7 opiniowanych, czwartą - także u 7, piątą - u 1 opiniowanego, a szóstą - u 4 opiniowanych sprawców. W tej grupie u 19

osób wydano zatem wcześniej ogółem aż 59 opinii sądowo-psychiatrycznych. Łącznie zapoznano się zatem z 72 opiniami sądowo-psychiatrycznymi wydanymi wcześniej przez biegłych psychiatrów z innych ośrodków. 25 opinii było wydanych przez Klinikę w okresie od 2 do 5 lat po wypadku, jedna – po 17 latach (dotyczyła zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności).

WYNIKI

Opinie dotyczące sprawców wypadków komunikacyjnych stanowią zaledwie ok. 4% ogółu wydanych przez Klinikę opinii sądowo-psychiatrycznych w latach 1995-2001. Wszystkie analizowane opinie dotyczyły mężczyzn, w wieku od 21 do 64 lat (w tym: w wieku od 21 do 30 lat było 16 osób, od 31 do 40 lat – 8 osób, od 41 do 50 lat – 9 osób, powyżej 51 lat – 4 osoby), zatem 43% sprawców nie przekroczyło wieku 30 lat było.

W 28 wypadkach spowodowanych przez opiniowanych zginęli ludzie – ogółem 40 osób (od 1 do 5 osób).

Oceny poczytalności odnośnie zarzucanego sprawstwa wypadku komunikacyjnego

Biegli z Kliniki ocenili, że trzech spośród 29 sprawców było niepoczytalnych w stosunku do zarzucanych im czynów z powodu choroby psychicznej, a mianowicie: schizofrenii paranoidalnej, psychozy schizoafektywnej i psychozy organicznej. Dwóch z nich znajdowało się w stanie nietrzeźwości alkoholowej, obaj oddalili się z miejsca wypadku. Byli oni wcześniej opiniowani przez biegłych psychiatrów: w jednym przypadku prokurator uznał wydaną opinię (zgodną z naszą) za niepełną, zaś w drugim wydano dwie sprzeczne opinie (w pierwszej biegli rozpoznali stan zwykłego upicia alkoholem, w następnej, wydanej po kilku hospitalizacjach psychiatrycznych – schizofrenię, której objawy były maskowane nadużywaniem alkoholu). Chorobę psychiczną rozpoznano

u wszystkich trzech dopiero w toku opiniowania sądowo-psychiatrycznego.

U pozostałych 26 osób biegli z Kliniki nie znaleźli podstaw do kwestionowania poczytalności.

Spośród tych 26 sprawców, 13 zostało zatrzymanych na miejscu wypadku. U 8 z nich stwierdzono stan nietrzeźwości alkoholowej. Byli oni opiniowani sądowo-psychiatrycznie, gdyż wskazywali całkowitą niepamięć okresu wypadku z powodu „utruty świadomości”. U sześciu z nich opinia Kliniki była pierwszą opinią wydaną w sprawie, natomiast u dwóch – we wcześniej wydanych opiniach biegli kwestionowali poczytalność rozpoznając u jednego upicie patologiczne, a u drugiego – chwilowe zaburzenia świadomości somatogenne lub w przebiegu napadu padaczkowego. Biegli Kliniki nie podzielili tych opinii zwracając uwagę na to, że w pierwszej z nich autorzy opinii nie wymieniłi ani jednego objawu upicia patologicznego, a swoje rozpoznanie uzasadnili czynnikami sprzyjającymi jego wystąpieniu (np. stan zmęczenia). W drugim przypadku autorzy pierwszej opinii nie dokonali, zdaniem biegłych Kliniki, szczegółowej analizy stanu somatycznego i neurologicznego i nie ustalili, czy rzeczywiście istniały przyczyny do wystąpienia zaburzeń świadomości, zwłaszcza że zachowanie sprawcy po wypadku nie wskazywało na stan inny, niż zwykłe upicie alkoholem.

5 sprawców było w chwili zatrzymania trzeźwych. Byli oni poddani badaniom sądowo-psychiatrycznym, gdyż zachowanie dwóch z nich po wypadku sugerowało możliwość istnienia choroby psychicznej, u jednego wystąpiły objawy reaktywne uniemożliwiające ocenę stanu psychicznego *tempore criminis*, co było przyczyną kolejnych opinii, a u dwóch podejrzewano wystąpienie nagłych zaburzeń świadomości. W jednym z tych przypadków badany przedstawił kilka zaświadczeń lekarza neurologa o istnieniu u niego organicznych zaburzeń o.u.n. Kierując się nimi pierwszy zespół biegłych uznał

go z tego powodu za niepoczytalnego. Przeprowadzone w czasie dwukrotnych obserwacji szpitalnych (w tym w Klinice) badania neurologiczne wykluczyły istnienie takich uszkodzeń i stan wyłączenia świadomości z przyczyn patologicznych. W drugim przypadku badany przedstawił zaświadczenie od neurologa o tym, że cierpi na padaczkę, która została rozpoznana przez wydającego dokument jedynie na podstawie niewielkich zmian w zapisie EEG (wykonanym po wypadku, w czasie którego doznał wstrząśnienia mózgu) oraz wyników badania CT, w którym opisano zmiany typowe dla jego wieku (64 lata). W obu opisanych przypadkach dokładna analiza wyjaśnień badanych dotyczących okresu niepamięci i zeznań świadków z miejsca wypadku pozwoliły na wykluczenie wystąpienia u nich napadu padaczkowego.

Spośród omawianych 26 sprawców – 13 osób oddaliło się z miejsca wypadku, tym samym nie było możliwe ustalenie, czy w *tempore criminis* znajdowali się pod wpływem alkoholu.

U jednego z nich biegli z Kliniki (była to pierwsza opina wydana w sprawie) rozpoznali wystąpienie zaburzeń świadomości w wyniku doznanego w czasie wypadku wstrząsu mózgu i nie kwestionowali jego poczytalności w odniesieniu do sprawstwa wypadku, ale uznali go niepoczytalnym w stosunku do zarzutu o oddalenie się z jego miejsca.

U czterech spośród tych 13 sprawców biegli z Kliniki orzekli nieznaczne ograniczenie poczytalności z powodu wystąpienia w chwili wypadku objawów reakcji na zaistniały stres (we wszystkich tych wypadkach były ofiary śmiertelne). Zdaniem biegłych nie była ona nasiloną w stopniu, który dezorganizował ich zachowanie po wypadku w sposób odpowiadający zniesieniu lub znacznemu ograniczeniu poczytalności. U trzech z nich opinia Kliniki była sprzeczna z wcześniejszymi wydanymi opiniami przez inne zespoły biegłych. W jednym przypadku różnica ocen dotyczyła stopnia nasilenia tej reakcji – bie-

gli Kliniki nie podzielili zdania poprzedników o jej nasileniu skutkującym znacznym ograniczeniu poczytalności, uzasadniając swoje stanowisko opisem zachowania badanego (było zborne i celowe). W przypadku drugiego z badanych opinia Kliniki była piątą z kolei wydaną w sprawie: w pierwszych trzech biegli nie mogli ocenić jego stanu psychicznego *tempore criminis* z powodu nasilonych objawów reaktywnych, które wystąpiły po wypadku, a w czwartej – rozpoznali upicie atypowe (badany potwierdzał fakt spożycia alkoholu tuż przed wypadkiem) skutkujące ich zdaniem znacznym ograniczeniem poczytalności w stosunku do sprawstwa wypadku, jak i ucieczki z jego miejsca. Rozpoznanie to uzasadnili czynnikami sprzyjającymi jego wystąpieniu, natomiast nie przytoczyli ani jednego objawu tej postaci upicia. Trzeci sprawca pokonał pieszo znaczną odległość i udał się na miejsce swojej pracy. W czasie tej wędrowki wystąpiły u niego ostre objawy infekcyjne i podwyższona temperatura ciała, z powodu których został przyjęty na oddział neurologiczny. Brak dokładnej analizy zeznań świadków z miejsca wypadku opisujących jego zachowanie bezpośrednio po nim stał się przyczyną uznania przez jeden z zespołów biegłych, iż objawy te wraz z zaburzeniami świadomości istniały już w czasie wypadku.

U pozostałych 8 sprawców spośród 13, którzy oddalili się z miejsca wypadku biegli Kliniki nie kwestionowali poczytalności. W 5 wypadkach spowodowanych przez tych sprawców były ofiary śmiertelne. Dwóch z tych sprawców zgłosiło się po porozumieniu z rodziną na policję, sześciu zostało zatrzymanych w toku dochodzenia, przy czym dwóch z nich było w stanie nietrzeźwości, którą tłumaczyli spożyciem alkoholu po wypadku w celu uspokojenia się. Wszystkich 8 sprawców sugerowało biegłym całkowitą niepamięć wypadku i kilku – kilkunastu godzin po nim. Jej początek był ostry, nagły, czasami poprzedzony – jak twierdzili – takimi objawami, jak: wystąpienie „jasnych

plam przed oczami”, „błysku”, uczucia nagłego bólu „w piersiach”, nagłej paniki spowodowanej hukiem, widokiem policji, informacji, że w wypadku ktoś zginął. Niepamięć ta kończyła się także ostro i nagle – jak to określali – „ocknięciem się”. Z ustaleń śledztwa wiadomo, że po oddaleniu się z miejsca wypadku sprawcy najczęściej udawali się do rodziny lub znajomych. W grupie tej były też osoby, które po wypadku usiłowały ukryć samochód, np. w swoim gospodarstwie, usuwały jego uszkodzoną część, wywoziły części do lasu albo twierdziły, że przed wypadkiem samochód został im skradziony. Jeden ze sprawców udał się sam do szpitala, podał nieprawdziwe personalia i został przyjęty w celu leczenia obrażeń powypadkowych. Dwóch sprawców sprawdzało po wypadku jego skutki – jeden dzwonił do pobliskiego szpitala, drugi – na miejscu wypadku, gdzie był widziany przez świadków. W chwili zatrzymania wyjaśniali policji, że jadą właśnie na komisariat złożyć zawiadomienie o wypadku.

U połowy tych sprawców we wcześniej wydanych opiniach biegli kwestionowali ich poczatalność z powodu innej niż zwykle postaci upicia alkoholem albo nasilonej reakcji na stres. Sposób ich uzasadnienia budził wątpliwości organu zlecającego wydanie opinii, o którą zwrócono się do Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W pierwszym przypadku biegli ci rozpoznali upicie atypowe (2 osoby) i „upicie zwykłe na podłożu patologicznym” (1 osoba). Lektura tych opinii doprowadza do wniosku, że ich autorzy popełniali charakterystyczne, wspólne błędy:

- biegli nie wymieniali w swoich opiniach objawów psychopatologicznych rozpoznawanych stanów upicia alkoholem,
- za kryterium diagnostyczne przyjmowano obecność czynników współistniejących jako wystarczających do postawienia rozpoznania, takich jak zmęczenie, stan niewyspania oraz występowania

nieprawidłowości w wynikach EEG i tomografii komputerowej,

- biegli traktowali podawaną przez sprawców całkowitą niepamięć okresu wypadku, a następnie wystąpienie snu, za wystarczające kryterium do rozpoznania upicia atypowego – pomijali dokonanie wnikliwej analizy tej niepamięci, a zwłaszcza jej początku i końca, długości, trwałości i stałości w porównaniu z kolejnymi wyjaśnieniami składanymi w sprawie (uwadze biegłym umykała w ten sposób często rażąca dysproporcja między „całkowitą niepamięcią”, a zbornym i celowym zachowaniem sprawcy w tym okresie; podobnie działo się z „pływającą” niepamięcią, której obszar „przesuwał się” na niewygodne dla sprawcy fakty kolejno ujawniane w toku postępowania),
- biegli pomijali lub wybiórczo omawiali zeznania świadków, w szczególności tych z miejsca wypadku, które zawierały informacje o wyglądzie i zachowaniu się sprawcy,
- biegli nie dokonywali dokładnej analizy drogi, którą sprawca przebył do miejsca wypadku (w tym natężenia ruchu drogowego, obecności skrzyżowań, świateł drogowych, przejazdów) i drogi oddalenia się z jego miejsca (czy błądził, czy korzystał z innych środków komunikacji, w jakim stanie dotarł do domu).

Wszystkie te informacje pozwalają dopiero na ocenę czy sprawca rzeczywiście miał zerwany kontakt z rzeczywistością, a jeżeli tak, to w jakim stopniu.

Ostatnie dwie uwagi odnoszą się także do tych opinii, w których biegli jako przyczynę oddalenia się przyjęli wystąpienie u sprawcy „ostrej reakcji na stres”, co skutkowało orzeczeniem u nich znacznie ograniczonej poczatalności. Brak tych analiz prowadził do niespełnienia kryteriów diagnostycznych tej reakcji (jako ciężkiej lub umiarkowanej wg ICD-10) oraz oszacowania stopnia dezorien-

tacji i dezorganizacji zachowania. W ten sposób określenia „ostry – ciężki” odnosiły się bardziej do oceny samego wypadku, a nie stanu psychicznego jego sprawcy.

U 12 osób spośród tych 29 sprawców wystąpiły po wypadku zaburzenia reaktywne lub reaktywno-obronne. Tylko u jednej osoby obserwowano „czystą” postawę obronną w początkowym okresie dochodzenia (całkowity mutyzm), następnie sprawca ten zaczął przedstawiać szereg zaświadczeń o chorobach somatycznych. U jednej osoby początkowe objawy obronne przeszły w psychotyczne (urojeniowo-omamowe) zaburzenia reaktywne będące następnie przyczyną wielu hospitalizacji psychiatrycznych. Przewlekane się sprawy z tego powodu stworzyło „błędne koło” utrwalania się u sprawcy objawów reaktywnych.

U 10 osób wystąpiły objawy reakcji depresyjnej, przy czym u większości z nich okresowo ich nasilenie było tak znaczne, że wymagali leczenia szpitalnego. Wielokrotne hospitalizacje powodowane były głębokością obniżenia nastroju, niepokojem, podejmowaniem prób samobójczych. W tych przypadkach nawet po uzyskaniu poprawy stanu psychicznego, wydawane były przez lekarzy szpitali lub poradni zaświadczenia o ich złym stanie psychicznym.

Doświadczenie uczy, że niestety praktyka ta jest ciągle częsta. Sądy i prokuratury zwracają się z pytaniem o stan zdrowia i zdolność do uczestnictwa w procesie karnym (ewentualnie kiedy to nastąpi) do lekarzy opiekujących się sprawcami (a dla nich pacjentami). Lekarze ci nie mają wglądu do akt sprawy, a zatem nie znają całości materiału, okoliczności i linii obrony sprawcy. Ich opinia nie może być zatem wiążąca dla organów sprawiedliwości, a na te pytania powinni odpowiadać powołani w tym celu biegli. W przeciwnym wypadku mamy do czynienia z utrwalaniem się przejawianych zaburzeń reaktywnych w miarę długości postępowania. Wielokrotnie jest to skutkiem działań lekarzy, którzy dla błędnie pojętego do-

bra swojego pacjenta wydają mu kolejne zaświadczenia.

Oceny dotyczące zdolności do udziału w postępowaniu karnym i do odbywania orzeczonej kary pozbawienia wolności

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują na obecność szczególnych problemów orzeczniczych dotyczących sprawców opiniowanych pod kątem zdolności do udziału w postępowaniu karnym i zdolności do odbywania orzeczonej kary pozbawienia wolności. W naszym materiale opinie te dotyczyły 7 sprawców.

Jednemu z nich, 21-letniemu sprawcy wypadku z ofiarą śmiertelną, biegli z Kliniki nie wydali ostatecznej opinii (wnioskując o obserwację, na którą się nie zgłosił) z powodu utrzymywania się od chwili wypadku (ponad 2 lata) nasilonych objawów reaktywno-obronnych. W tym czasie badany był trzykrotnie hospitalizowany psychiatrycznie (m.in. po poważnej próbie samobójczej) i był pięciokrotnie opiniowany sądowo-psychiatrycznie. Biegli byli zgodni co do oceny głębokości przejawianych przez niego zaburzeń: nie nawiązywał kontaktu słownego, był apatyczny, spowolniały, nie chciał przyjmować posiłków.

Drugi z badanych, 51-letni mężczyzna, był sprawcą wypadku przed 17 laty, w którym zginęły 4 osoby. Po odbytych 5 latach (z orzeczonych 10) pozbawienia wolności, otrzymał przerwę w odbywaniu kary, w czasie której został zatrzymany z powodu dokonania kradzieży. Pierwsze dwie opinie były spowodowane ujawnianiem przez niego zaburzeń emocjonalnych lekkiego stopnia ocenionych jako reaktywno-obronne i nie stanowiące przeszkody w dalszym odbywaniu kary. W następnych czterech opiniach (w tym naszej) biegli rozpoznali nasilone objawy organicznych zaburzeń osobowości (spowodowanych doznaniem w tym czasie urazem głowy) oraz głębokie zaburzenia reaktywno-lękowe. Biegli stwierdzili, że jest on trwale niezdolny do odbycia pozostałej

części orzeczonej mu kary pozbawienia wolności.

W pozostałych pięciu przypadkach biegli Kliniki nie stwierdzili przeszkód do odbycia kary pozbawienia wolności lub udziału w postępowaniu karnym. Wszyscy ci sprawcy prze-bywali na wolności i wszyscy przedstawiali sądom szereg zaświadczeń lekarskich, w których stwierdzano depresję reaktywną, w jednym „napadowe zaburzenia funkcji o.u.n.”.

Zaświadczenia te wydawane były przez psychiatrów poradni lub w gabinetach prywatnych. Charakterystyczny jest tu przykład 28-letniego mężczyzny, sprawcy wypadku z ofiarą śmiertelną, wobec którego sąd orzekł 4 lata wcześniej karę pozbawienia wolności. W ciągu tych lat badany był pięciokrotnie opiniowany sądowo-psychiatrycznie. Pomimo opinii o zdolności do odbywania orzeczonej kary badany przedstawiał kolejne zaświadczenia z prywatnych gabinetów psychiatrycznych, na które sąd reagował powoływaniem następnych zespołów biegłych. Po wniosku o skierowanie go na obserwację – badany nie zgłosił się na nią przedstawiając kolejne zaświadczenie. W tym przypadku doszło do sytuacji, w której sąd powoływał biegłych, a następnie nie uwzględniał ich opinii.

Innym typowym przykładem jest przypadek 32-letniego mężczyzny, orzekanego przez biegłych Kliniki po 5 latach od chwili spowodowania wypadku. Po wypadku tym wystąpiły u niego ostre zaburzenia reaktywne, z powodu których został przyjęty do szpitala psychiatrycznego. Lekarze leczący rozpoznali wówczas schizofrenię paranoidealną, chociaż nie podali ani jednego jej objawu i pominęli wybitnie reaktywny charakter przejawianych zaburzeń. Następnie badany przedstawił sądowi 5 zaświadczeń z poradni i szpitala psychiatrycznego, w których lekarze w sposób nie budzący wątpliwości automatycznie powtarzali rozpoznanie psychozy endogennej. Żaden z nich (nie będąc biegłym) nie miał przy tym możliwości

zapoznania się z całością danych z akt sprawy. Pierwszy zespół biegłych rozpoznał u badanego – za lekarzami szpitalnymi – schizofrenię. Na tej podstawie sprawę umorzono, a następnie w wyniku zażalenia pełnomocnika poszkodowanego – wznowiono. Sprawca został wówczas zbadany ambulatoryjnie, a następnie odbył obserwację sądowo-psychiatryczną w Klinice Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie. Na podstawie analizy całości materiału biegli wykluczyli u badanego chorobę psychiczną, a przebyte przez niego zaburzenia mieściły się, ich zdaniem, w obrazie ostrej reakcji adaptacyjnej. W rok później badany przedstawił kolejne zaświadczenie z poradni, że jest leczony z powodu schizofrenii. W dwa lata po zakończeniu obserwacji badany był ponownie opiniowany sądowo-psychiatrycznie – biegli znowu rozpozнали schizofrenię. Na tej podstawie sąd kilkakrotnie orzekał odroczenie wykonania kary. Tymczasem przez blisko 2 lata badany był hospitalizowany psychiatrycznie z rozpoznaniem zaburzeń reaktywnych (i elementami postawy obronnej). Badający go kolejny raz biegli z Kliniki rozpozнали reakcję sytuacyjną subdepresyjną, która ich zdaniem nie była przeszkodą do odbycia orzeczonej kary. W tym przypadku na utrwalanie się zaburzeń reaktywno-obronnych w wyniku przedłużającego się postępowania, miały wpływ liczne zaświadczenia psychiatrów i wnioski wydanej ambulatoryjnie opinii. Ich autorzy nie podważali merytorycznie opinii wydanej po obserwacji szpitalnej, ale ją pomijali w ustalaniu rozpoznania, kierując się pierwszym rozpoznaniem szpitalnym, a nie mając dostępu do akt sprawy po prostu jej nie znali.

Jak wspomniano, jedna opinia dotyczyła pieszego – sprawcy wypadku, a jednocześnie ofiary śmiertelnej, a jej celem było ustalenie, czy jego stan psychiczny mógł mieć wpływ na przyczynę i przebieg wypadku. Opinia Kliniki była trzecia w tej sprawie, zgodna z poprzednimi co do rozpoznania u sprawcy choroby psychicznej – psychozy

organicznej, odmiennie jednak niż poprzedni biegli, widzieliśmy związek zachowania sprawcy z objawami psychozy.

OMÓWIENIE

Badaną grupę stanowiło 37 sprawców wypadków komunikacyjnych, mężczyzn: 36 kierowców i jeden pieszy. W okresie zarzucanych im czynów byli oni w wieku od 21 do 64 lat, ale 16 z nich, tj. 43% badanej grupy nie przekroczyło 30 roku życia. Skutkiem 28 wypadków (75% całości) była śmierć 40 osób (w pojedynczych wypadkach ginęło od 1 do 5 osób).

Wszystkim badanym zarzucano spowodowanie wypadku komunikacyjnego, określonego w art. 177 kk (145 d. kk), w tym 15 sprawcom ponadto oddaliło się z miejsca wypadku (art. 178 kk). Stanowi to 40% badanej grupy, co jest bardzo dużym odsetkiem, biorąc pod uwagę to, że obecnie obowiązujący kodeks karny, zawierający art. 178 kk, obowiązuje od września 1998 r. (w dawnym kodeksie karnym nie było jego odpowiednika poza § 3 art. 145 podnoszącym karę pozbawienia wolności gdy sprawca wypadku był w stanie nietrzeźwości).

Pod względem rodzaju zleconych nam zadań wobec badanych sprawców, podzieliśmy ich na dwie grupy:

- I grupa – to 29 sprawców (78%) wypadków drogowych, z których 15 (40%) zarzucono ponadto oddalenie się z miejsca wypadku, zaś biegłym zlecono ocenę poczytalności wobec obu czynów i ocenę zdolności do uczestnictwa w dalszym postępowaniu karnym.
- II grupa – to 8 sprawców (22%) wypadków drogowych, wobec których zlecono nam tylko ocenę zdolności do uczestnictwa w postępowaniu karnym (u 5 osób) lub zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności (u 2 osób).

Spośród 29 sprawców pierwszej grupy u 3 rozpoznano psychozy (schizofrenię paranoidealną, psychozę schizoafektywną i psychozę organiczną). Dwóch z nich znajdowało się w trakcie czynu w stanie nietrzeźwości alkoholowej i obaj oddalili się z miejsca wypadku. Wszystkich trzech uznaliśmy za niepoczytalnych wobec zarzucanych im czynów i niezdolnych do uczestnictwa w dalszym postępowaniu. Nie było podstaw do wnioskowania o zastosowanie środka zabezpieczającego. Należy zauważyć, że przed wypadkiem u żadnego z trzech tych sprawców objawy choroby psychicznej nie ujawniały się, rozpoznano ją dopiero w trakcie badań sądowo-psychiatrycznych. Dwaj z wymienionych sprawców (działających w stanie nietrzeźwości alkoholowej, którzy następnie oddalili się z miejsca wypadku) byli wcześniej opiniowani przez innych psychiatrów. Odnośnie jednego z nich oceny wcześniejsze były zgodne z naszą, ale prokurator uznał ją za niejasną i powołał opinię z Kliniki. Co do drugiego sprawcy to zostały wydane dwie sprzeczne opinie: w pierwszej biegli przyjęli stan zwykłego upicia alkoholem, ale wobec późniejszych kilku hospitalizacji psychiatrycznych powołano drugi zespół biegłych, którzy rozpoznali u sprawcy schizofrenię, której objawy były maskowane nadużywaniem alkoholu. Nasza opinia była zgodna z tą drugą.

Pozostałych 26 sprawców pierwszej grupy nie wykazywało takich trwałych zaburzeń psychicznych, które dawałyby podstawę do kwestionowania poczytalności wobec sprawstwa wypadku komunikacyjnego. Stwierdzono natomiast, że 8 z nich znajdowało się w czasie wypadku w stanie nietrzeźwości alkoholowej, a 13 oddaliło się z miejsca wypadku.

Sprawcy nietrzeźwi zostali zatrzymani na miejscu wypadku (8 osób, tj. 22%). Wszyscy twierdzili, że nie pamiętają tego okresu z powodu „utruty świadomości”, jakkolwiek bezpośrednio po wypadku nawiązywali rze-

czowy kontakt z otoczeniem. Sześciu takich sprawców było badanych od razu w Klinice, gdzie rozpoznano stan zwykłego upicia alkoholem bez podstaw do kwestionowania poczytalności.

Dwóch sprawców było badanych w Klinice przez kolejny zespół biegłych. U jednego z nich pierwszy zespół rozpoznał upicie patologiczne, znoszące jego poczytalność wobec sprawstwa wypadku samochodowego. Badany po nocy spędzonej w dyskoteci i spożywaniu alkoholu odwoził kolegów do domu i spowodował wypadek. Podawał nie pamięć samego okresu wypadku. Wiadomo, że przejawiał cielesne objawy upicia, nie miał zerwanego kontaktu z otoczeniem, przejawiał orientację w sytuacji. Biegli rozpoznali upicie patologiczne nie podając żadnego objawu za nim przemawiającego, a jedynie opierając się na istnieniu czynników sprzyjających wystąpieniu takiego upicia (nieprzespana noc, zmęczenie).

U drugiego sprawcy pierwszy zespół biegłych przyjął „chwilowe zaburzenia świadomości somatogenne lub w przebiegu padaczki”, ale nie podał objawów na to wskazujących, ani nie wyjaśnił czy badany choruje padaczkę lub takie schorzenia, które uprawdopodobniały taką ocenę. W obu przypadkach w naszej opinii stwierdziliśmy, że sprawcy znajdowali się w stanie zwykłego upicia alkoholem. Pięciu sprawców, którzy zatrzymani w miejscu wypadku byli trzeźwi, opiniowano sądowo-psychiatrycznie z powodu wystąpienia objawów reaktywnych, bądź też przedstawiania zaświadczeń lekarskich o zmianach organicznych w o.u.n. Należy stwierdzić, że badający wcześniej psychiatry w dwóch wypadkach zbyt pochopnie przyjęli nieznaczne zmiany w wynikach badań dodatkowych za podstawę rozpoznania organicznego uszkodzenia o.u.n., które – ich zdaniem – spowodowało wyłączenie świadomości *tempore criminis*, a zatem znosiło ich poczytalność. Dokładne badania podczas obserwacji klinicznej nie dały podstaw do takich ocen.

Spośród 13 osób, które oddaliły się z miejsca wypadku, tylko w jednym przypadku biegli Kliniki stwierdzili, że sprawca, który w trakcie wypadku doznał wstrząsu mózgu, w stanie zaburzeń świadomości błąkał się po polach, na świadkach robił wrażenie zdezorientowanego. W tym przypadku wobec sprawstwa wypadku nie kwestionowaliśmy poczytalności, lecz uznaliśmy sprawcę za niepoczytalnego wobec oddalenia się z miejsca wypadku.

Jeżeli chodzi o pozostałych 12 sprawców, którzy oddalili się z miejsca wypadku – nie kwestionowaliśmy ich poczytalności do tego zarzutu. U czterech z nich oddalenie miało charakter niezbyt nasilonej reakcji na stres spowodowany wypadkiem i ofiarami śmiertelnymi, dlatego oceniliśmy, że w nieznacznym stopniu ograniczało to ich poczytalność. Reakcja ta nie dezorganizowała bowiem ich zachowania, które pozostało zborne i celowe oraz nie zaburzała orientacji, a więc nie była tak nasiloną by, naszym zdaniem, znosiła lub ograniczała w stopniu znacznym ich poczytalność, chociaż wcześniej opiniujący ich biegli takie oceny stawiali, lecz nie analizowali okoliczności ucieczki i zachowania sprawcy.

Częstym objawem, na który powoływali się sprawcy oddalen z miejsca wypadku, była całkowita niepamięć jego okresu i czasu od kilku do kilkunastu godzin po nim. Jej początek opisywali jako nagły, związany z zaistniałym wypadkiem, niekiedy poprzedzony wystąpieniem np. „błysku” przed oczami lub „nagłej paniki” spowodowanej hukiem, widokiem policji, uzyskaniem informacji, że ktoś zginął. Zakończenie niepamięci również podawali jako nagłe „ocknięcie się” w domu, u rodziny, w znanym sobie miejscu itp.

Biegli często oceniali te informacje jako nasiloną, ostrą reakcję na stres skutkującą zniesieniem lub znacznego stopnia ograniczeniem poczytalności, natomiast nie interesowali się sprzecznymi danymi z akt sprawy, że sprawca pokonał bez trudu drogę do do-

mu, orientował się w terenie, celowo wybierał trasę, na której nie spodziewał się spotkać policji, kierował się sygnałami świetlnymi lub dźwiękowymi pogotowia lub policji, a następnie usiłował ukryć samochód lub jego uszkodzone części, lub zgłaszał, że wcześniej skradziono mu samochód. Często też sprawcy twierdzili, że alkohol wypili po powrocie do domu, dla rozładowania napięcia emocjonalnego.

W całej badanej grupie, tj. 37 sprawców, u 20 z nich (54%) wystąpiły zaburzenia reaktywne lub reaktywno-obronne. Było w tej grupie 12 sprawców spośród 29, u których ocenialiśmy poczytalność oraz 8, u których ocenialiśmy jedynie zdolność do dalszego uczestnictwa w sprawie lub zdolność do odbywania kary. Te ostatnie oceny są o tyle trudne, że zaburzenia reaktywne ulegają zmianom zarówno pod względem ich obrazu jak i nasilenia w zależności od zmieniającej się sytuacji. Jednak na różnorodność ocen sądowo-psychiatrycznych ma również wpływ wiedza i doświadczenie biegłych. Dodatkowo rzutuje na to duża liczba nieuprawnionych zaświadczeń lekarskich, w tym psychiatrów, którzy nie będąc biegłymi wchodzi w ich kompetencje dokonując ocen dotyczących zdolności do uczestnictwa w postępowaniu lub do odbywania kary. Zaświadczenia te wydają lekarze, których z ich pacjentami łączy „związek terapeutyczno-emocjonalny”, co utrudnia im wydawanie obiektywnych ocen [zobacz: Komentarz do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego 1997] [1]. Przynajmniej przed wszystkim jednak nie znając całości materiału sprawy, nie dysponując niezbędnymi danymi do sformułowania ocen. Na takie trudności zwracała uwagę Hajdukiewicz [1998] w pracy dotyczącej problemów opiniowania sądowo-psychiatrycznego w zaburzeniach reaktywnych, wykazując rozbieżności między ocenami psychiatrów biegłych i nie będących biegłymi w danej sprawie [2]. Autorka w pracy dotyczącej oceny zdolności do uczestnictwa w postę-

powaniu karnym i do odbywania kary, zwracała uwagę na narastanie tego zjawiska [3].

W nawiązaniu do tych problemów należy też wymienić uwagi Pobochoy [2000], który dzielił błędy w ocenach biegłych na niezamierzone (wynikające z nieprawidłowej diagnozy, słabej znajomości unormowań prawnych opiniowania sądowo-psychiatrycznego – zatem ze słabego przygotowania zawodowego biegłych) i celowe (powstające pod wpływem emocji biegłych, przyjmowania postaw renomistycznych, adwokackich czy paternalistycznych, lub też pod wpływem opiniowanego, jego rodziny, a nawet korupcji) [7].

WNIOSKI

1. Wyniki badań wskazują, że na ekspertyzę sądowo-psychiatryczną jako sprawcy przestępstw przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji trafiają mężczyźni. Można wysunąć przypuszczenie, że kobiety prowadzą pojazdy ostrożniej, bądź w przypadku spowodowania wypadku są bardziej odporne na stres z nim związany.
2. Wypadki częściej powodują młodzi ludzie, w badanym materiale 43% osób nie przekroczyło 30 roku życia, w czym zapewne odgrywa rolę większa pewność siebie i niezastanawianie się nad skutkami brawurowej jazdy.
3. Spośród 37 wypadków – w 28 (75%) zginęło 40 osób.
4. Wszyscy badani sprawcy byli sprawcami wypadków komunikacyjnych (art. 177 kk), 40% z nich oddaliło się z miejsca wypadku. Szereg danych wskazuje na to, że byli wśród nich tacy, którzy oddalili się będąc w stanie nietrzeźwości alkoholowej i to było główną przyczyną tego oddalenia, a nie ostra reakcja na stres.
5. Wśród 37 sprawców wypadków komunikacyjnych jedynie cztery osoby (w tym jeden poszkodowany) przejawiały obja-

- wy choroby psychicznej, pozostali nie przejawiali zaburzeń dających podstawę do kwestionowania poczytalności.
6. Wśród 15 osób, które oddaliły się z miejsca wypadku, dwie przejawiały objawy choroby psychicznej, co (a nie stwierdzana jednocześnie nietrzeźwość alkoholowa) dało podstawę do oceny poczytalności jako zniesionej również w stosunku do tego czynu. U jednej wystąpiły zaburzenia świadomości po doznanym urazie głowy – której poczytalność w stosunku do tego zarzutu oceniono także jako zniesioną. U pozostałych osób nie kwestionowano poczytalności.
 7. Rozbieżności ocen sądowo-psychiatrycznych dotyczyły dwóch sprawców wypadku drogowego, u których poprzedni zespół biegłych przyjął upicie patologiczne i stan zaburzeń świadomości, na co w materiale nie było danych, oraz czterech osób, które oddaliły się z miejsca wypadku, u których rozpoznawano wcześniej ostrą reakcję na stres.
 8. Największe i najczęstsze różnice w ocenach naszych i wcześniejszych opiniach, lub zwłaszcza zaświadczeniach lekarskich, dotyczyły zdolności do uczestnictwa w postępowaniu karnym lub zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności. Zbyt często psychiatry uważają sprawców z zaburzeniami reaktywnymi za niezdolnych do tych czynności, choć objawy reaktywne nie są nasilone.
 9. Sądy powinny brać pod uwagę opinie biegłych psychiatrów, a nie nieuprawnione zaświadczenia lekarskie, które nie powinny zastępować opinii sądowo-psychiatrycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski S, Pietrzykowski J. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Warszawa: IPiN; 1997: 221-3.
2. Hajdukiewicz D. Problematyka zaburzeń reaktywnych w aktualnym orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Post Psychiatr Neurol 1998; supl 3 (8): 125-31.
3. Hajdukiewicz D. Problemy psychiatryczne i prawne przy ocenie zdolności do uczestnictwa w postępowaniu karnym i zdolności do odbywania kary sprawców przestępstw (w druku).
4. Góral R. Kodeks karny. Praktyczny komentarz. Warszawa: Wyd Zrzeszenia Prawników Polskich; 1998.
5. Kodeks karny. Warszawa: Wyd Prawnicze; 1989.
6. Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Warszawa: Wyd Prawnicze; 1997.
7. Pobocho J. Powstawanie błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych i ich wykrywanie. Post Psychiatr Neurol 2000; 9, supl 4 (12): 49-57.
8. Zoll A, red. Kodeks karny. Część szczegółowa. Komentarz do art. 117-277. Kraków: Wyd. Zakamycze; 1999.

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