



Trudności diagnostyczne dotyczące symulacji zaburzeń psychicznych w opiniowaniu sądowo-psychologicznym – opisy dwóch przypadków

*Diagnostic difficulties in forensic psychological assessment concerning malingering mental disorder
– two case reports*

EWA WASZKIEWICZ¹, ANNA PILSZYK²

- Z: 1. III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Ukazanie trudności diagnostycznych w przypadku zaburzeń psychicznych i symulacji, które w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym mają znaczenie dla biegłych psychiatrów przy określaniu stopnia poczytalności i zdolności do brania udziału w czynnościach procesowych.

Przypadki. W pracy dokonano opisu dwóch przypadków, mężczyzn, którzy byli kilkakrotnie poddawani badaniom sądowo-psychiatrycznym. Przeprowadzone dotychczas badania z uwagi na trudności w rozpoznawaniu różnych jednostek chorobowych, pociągały za sobą różne konsekwencje prawne.

Komentarz. Sprawca czynu przestępczego ma prawo do obrony. Biegły natomiast musi mieć to „prawo” na uwadze podczas diagnozowania opiniowanego. W artykule wskazano na czynniki (zachowania), które mogą być pomocne w różnicowaniu symulacji od faktycznie istniejących zaburzeń psychicznych.

SUMMARY

Objectives. To demonstrate diagnostic difficulties concerning mental disorders and malingering, which are of importance to expert psychiatrists expected to provide a forensic opinion on the extent of the individual's accountability and ability to take part in judicial proceedings.

Cases. Two cases are described of men submitted to forensic psychiatric assessment on several occasions. The assessments conducted so far had different legal consequences due to difficulties in diagnosing various nosological units.

Commentary. Any perpetrator of a criminal act has a right to defense. However, this right must be taken into account by the expert psychiatrist during forensic psychiatric assessment of a person charged. In the article the examinee's behaviors that may help to differentiate between malingering and genuine mental disorders are outlined.

Słowa kluczowe: symulacja / psychologia sądowa / trudności diagnostyczne

Key words: malingering / forensic psychology / diagnostic difficulties

Symulacja zaburzeń psychicznych stanowi istotny problem diagnostyczny dla wielu klinicystów (psychiatrów i psychologów), a zwłaszcza dla tych, którzy pracują w charakterze biegłego. Stwierdzenie bądź wyłączenie symulacji ma bowiem znaczenie dla oceny poczytalności (w odniesieniu do zarzucanego czynu). Sprawca popełnionego przestępstwa, w obliczu kary, ma możliwość i prawo do obrony. Może nie zgadzać się na przeprowadzenie badań, milczeć, demonstrować różnego rodzaju objawy. Biegły zaś staje przed skomplikowanym zadaniem, a rozstrzygnięcie w tych sprawach nie jest proste ani łatwe tym bardziej, że brak jest jednoznacznych kryteriów rozpoznawania symulacji.

Symulowanie choroby to zamierzone, w pełni świadome i kontrolowane przez symulującego sygnalizowanie otoczeniu dolegliwości fizycznych bądź psychicznych, motywowane chęcią osiągnięcia osobistych korzyści [1, 2, 3, 4]. Tak rozumiana symulacja, nazwana wiele lat temu przez Uszkiewiczową [4] zwykłą nie stanowi dla klinicystów problemu diagnostycznego w ich praktyce sądowej. Trudności pojawiają się, gdy mamy do czynienia z demonstracją zaburzeń u osoby, u której istnieje pewnego rodzaju patolo-

gia. Są to najczęściej dyskretne objawy organiczne, różnego rodzaju zaburzenia osobowości, uzależnienia. W obrazie klinicznym dominuje najczęściej symulacja pojedynczych objawów chorobowych, rzadziej obserwuje się grupy objawów nie tworzące konkretnych zespołów objawowych [4]. Najczęściej symulowane objawy dotyczą trudności poznawczych głównie zaburzeń pamięci; orientacji, co do własnej osoby, czasu, miejsca; przyjmowania groteskowej postawy: nienaturalny chód, wykonywanie przesadnych, niecelowych ruchów głową, ręką, grymasowanie, jękanie; udzielania niedorzecznych odpowiedzi: „rok 3000”, „palców mam tyle, ile trzeba”. Charakterystyczną cechą osoby symulującej jest to, że przejawia ona tendencję do przesadnego eksponowania objawów, zwracania na nie uwagi. Czasami zdarza się, że symulowane są objawy, które w przeszłości były przejawem faktycznie przeżytych zaburzeń i to zjawisko nazywamy metasymulacją. Bywa tak, że osoby chore psychicznie symulują objawy niestanowiące elementu zespołu istniejących zaburzeń, co nazywa się sursymulacją [1, 5].

Inny problem diagnostyczny pojawia się przy rozpoznaniu depresji u osoby, która dopuściła się czynu przestępczego.

Z jednej strony obniżenie nastroju, przygnębienie to naturalna reakcja na sytuacje trudne, z drugiej zaś może pojawiać się z lęku przed jej konsekwencjami. Niewątpliwie dużo łatwiejsze wydaje się demonstrowanie smutku, apatii, zaburzeń pamięci niż objawów psychotycznych. Wielu autorów podejmuje próby znalezienia charakterystycznych dla symulacji depresji zachowań, takich jak m. in. patrzenie w jeden punkt podczas badania przy normalnym zachowaniu w czasie oglądania telewizji, manipulacyjny charakter groźby dokonania samobójstwa i podejmowanie prób samobójczych o charakterze bezpiecznej demonstracji [6]. Dodatkowym utrudnieniem jest zjawisko, gdy symulacja pokrywa się z zaburzeniami reaktywnymi, bądź przechodzi w nie. W praktyce sądowej częściej spotyka się taką symulację niż zwykłą. W związku z nasilonym symulowaniem zaburzeń poznawczych, tu zwłaszcza zaburzeń pamięci podjęto także próby znalezienia trafnych metod diagnostycznych do różnicowania symulujących te zaburzenia od osób rzeczywiście ujawniających takowe. Prowadzone badania pozwoliły na uogólnienia, że taki test musi spełniać kilka kryteriów, między innymi ma go charakteryzować wysoka trafność fasadowa, tzn. że osoby badane muszą być przekonane, że test ten służy badaniom zaburzeń pamięci [7].

Niezwykle częstym zjawiskiem, z którym spotyka się biegły w swojej praktyce jest agravacja czyli wyolbrzymianie, przejawianie obiektywnie istniejących objawów chorobowych w celu osiągnięcia korzyści (orzeczniczej, bądź zwrócenia na siebie uwagi, chociażby bliskich osób, itp.). Typową formą agravacji jest wyolbrzymianie dysfunkcji poznawczych u osób z dyskretnymi zaburzeniami organicznymi. Możliwe jest demonstrowanie głębokich zaburzeń pamięci i orientacji, najczęściej jednak bywa niepamięć okresu krytycznego [1, 4].

Opisane poniżej przypadki wzbudzają szereg refleksji i wątpliwości, jednocześnie pozwalają na przyjrzenie się z bliska problemowi symulacji, z którym boryka się na co dzień wielu specjalistów w swojej pracy orzeczniczej i opiniodawczej. Poniższe opisy pozwalają również na sformułowanie pewnych przesłanek, które należy brać pod uwagę podczas różnicowania zaburzeń psychicznych od postawy obronnej.

PRZYPADEK I

Pacjent 43-letni, wcześniej kilkakrotnie karany. Rozwijał się w patologicznej rodzinie, bez wzorców prawidłowych zachowań społecznych. Według badanego warunki panujące w domu były złe, wszyscy mieszkali w jednym pokoju, brakowało pieniędzy. Do szkoły poszedł w 7 roku życia, uczył się słabo. Ukończył ją w Domu Dziecka, gdzie trafił w związku z oskarżeniem o kradzież. Następnie w szkole z przysposobieniem zawodowym wyuczył się zawodu murarza. W trakcie pobytu w internacie dwukrotnie próbował popełnić samobójstwo. W tym czasie zaczął pić alkohol. Gdy podjął pracę – pił regularnie, ciągami, w stanach abstynencyjnych pojawiły się objawy majaczeniowe (omamy słuchowe, lęk). Powołany do wojska – po kilku miesiącach doznał urazu głowy z utratą przytomności, był hospitalizowany w Klinice Neurologicznej, gdzie rozpoznano padaczkę i osobowość histeryczną. Po zwolnieniu ze

szczyby wojskowej pracował dalej fizycznie, zmieniając często miejsce zatrudnienia. Przez cały ten czas pił alkohol, chociaż wiedział, że z powodu stwierdzonej padaczki i konieczności przyjmowania odpowiednich leków, nie powinien tego robić. W tym okresie popadł w kolizję z prawem (kradzieże, wymuszanie, stosowanie przemocy). W latach 80-tych odbył karę więzienia.

Mając 27 lat związał się z kobietą, z którą ma dwoje dzieci. Po kilku latach wspólnego życia stała się jego kuratorem. Konkubina przez cały czas starała się pilnować zażywania leków przez badanego, ograniczała mu dostęp do alkoholu. Był niekrytyczny w stosunku do nałogu, niechętnie nastawiony w stosunku do leczenia przeciwpadaczkowego i psychiatrycznego. Pod koniec lat 90-tych był kilkakrotnie hospitalizowany psychiatrycznie z powodu zaostrzenia objawów zespołu omamowo-urojeniowego, co z reguły następowało po nadużyciu alkoholu. Związek z alkoholem jest wyraźny a pierwsze objawy psychotyczne występowały już w stanach abstynencyjnych przed pierwszym urazem głowy, przed wcieleniem do wojska. Po kolejnym urazie głowy, występujące dotychczas sporadycznie objawy zespołu urojeniowo-omamowego uległy nasileniu i utrwaleniu, przyjmując postać halucynozy alkoholowej. Między zaostrzeniami psychotycznymi, gdy unikał alkoholu i brał regularnie leki, jego stan był na tyle dobry, że mógł funkcjonować w miarę sprawnie (załatwiał interesy w instytucjach państwowych, brał rzeczowy udział w rozprawach, podczas zatrzymań przez policję zachowywał się w sposób dostosowany, rozumiał treść podpisywanych dokumentów).

Wcześniej opinie

Opinia sądowo-psychiatryczna wydana w 38 roku życia przez biegłego psychiatrę, który wskazał na poważne zaburzenia psychiczne. Ponadto, stwierdził, że rzeczowy kontakt z badanym jest niemożliwy do nawiązania. Jednocześnie wniósł o ponowne badanie z uwagi na rozbieżności między stanem psychicznym opiniowanego a zeznaniami świadków odnośnie jego codziennego funkcjonowania.

Opinia sądowo-psychiatryczna wydana w 38 roku życia przez biegłych lekarzy psychiatrów, którzy napisali we wnioskach, że nie są w stanie sporządzić jednoznacznej opinii, ze względu na zachowanie badanego, które nasuwało podejrzenie świadomej postawy obronnej i wnieśli o obserwację sądowo-psychiatryczną.

Opinia sądowo-psychiatryczna wydana w 39 roku życia przez biegłych lekarzy psychiatrów, po przeprowadzonej obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Biegli stwierdzili chorobę psychiczną pod postacią zaburzeń urojeniowych na podłożu organicznego uszkodzenia OUN. Wykluczyli uposłedzenie umysłowe. Uznali, że w trakcie zarzucanych mu czynów miał zniesioną zdolność rozumienia znaczenia czynów i pokierowania swoim postępowaniem. Według tych biegłych psychiatrów, opiniowany nie jest zdolny do udziału w prowadzonym przeciwko niemu postępowaniu karnym. Powinien być skierowany do leczenia zamkniętego.

Badania psychologiczne

Do aktualnej sprawy opiniowany był psychologicznie badany jeden raz podczas obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Zorientowany, w nastroju wyrównanym, w zachowa-

niu spokojny. Początkowo apatyczny, nie przejawiał zainteresowania otoczeniem, wyraźnie ożywiony na kilka dni przed wypisem, aktywnie nawiązywał kontakty z innymi pacjentami. Biegły stwierdził, że inteligencja badanego mieści się w granicach ociążałości umysłowej. Wyniki testów organicznych w normie. W badaniu osobowości postawa obronna o charakterze agrawacyjnym.

Badanie aktualne (43 rok życia)

Badanie zostało przeprowadzone w trakcie obserwacji szpitalnej. Powodem obserwacji były istotne wątpliwości, co do poczynałości badanego w chwili popełnienia przez niego zabronionego czynu oraz co do jego ewentualnego udziału w procesie karnym.

Informacje z wywiadu (trudności w nauce) wskazują na obniżone możliwości poznawcze badanego, jego małą motywację do nauki, ale również znaczne zaniedbania środowiskowe. Z danych zawartych, we wcześniejszej opinii psychologicznej, biegły psycholog ocenił inteligencję opiniowanego jako mieszczącą się w granicach ociążałości umysłowej. Wyniki aktualnie przeprowadzonych badań, wskazują na ogólnie niski poziom funkcjonowania intelektualnego. Poziom ten mieści się na pograniczu inteligencji poniżej przeciętnej i upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim. Badany wykazuje wyraźne niedostatki w zakresie wiedzy i umiejętności szkolnych. Sposób posługiwania się tą wiedzą w ocenach, interpretacjach i wnioskowaniu zdaje się mało elastyczny, powierzchowny i konkretny, z pewnym niedokształceniem wyższych form myślenia. Lepiej operuje materiałem konkretnym. Ujawnia deficyty w zakresie krytycznego myślenia tj. w zakresie planowania i przewidywania. Jego myślenie nosi przy tym cechy drobiazgowości, zmniejszonej elastyczności, stereotypii i nadmiernej lepkości. Słabo zna normy obowiązujące w społeczeństwie, a te, które zna nie są do końca zinternalizowane. Widoczne są problemy z koncentracją uwagi, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, nieporadność grafomotoryczna. Opisane deficyty neuropoznawcze przy wyraźnie patologicznych wynikach testów graficznych wskazują na biologiczną niepełnosprawność ośrodkowego układu nerwowego.

Ze względu na zły stan psychiczny opiniowanego na początku obserwacji, badanie testowe przeprowadzone było w drugiej połowie pobytu. Kontakt z badanym był utrudniony. Z jednej strony demonstrował nasilone zaburzenia pamięci, nie potrafił podać aktualnej daty ani nazwy miasta, w którym aktualnie przebywał, z drugiej zaś strony doкладnie opisywał sprawy karne, szukając przyczyn swoich problemów nie w swoim postępowaniu, a w innych ludziach i sytuacjach. Podczas rozmów zwłaszcza na tematy osobiste agrawował objawy depresyjne łącznie z głośnym płaczem. W stosunku do biegłych przyjmował postawę osoby ciężko chorej, bezradnej, wymagającej pomocy. W relacji z innymi pacjentami i z konkubiną zachowywał się adekwatnie do sytuacji, był dobrze zorientowany. W trakcie pobytu na obserwacji okresowo nie odzywał się, uderzał głową w ścianę, próbował popełnić samobójstwo, symulował napad padaczkowy. Wyraźnie poprawiał się z nim kontakt i zachowywał się adekwatnie do sytuacji, gdy chciał coś załatwić dla siebie bądź zrelacjonować konflikt między pacjentami, w którym sam nie brał udziału. Analiza wy-

powiedzi badanego na konkretne pytania testowe wskazuje na brak w nich zaburzeń formy, jak i treści myślenia. Należy podkreślić jednak, że w trakcie rozmowy, do końca pobytu, opiniowany dopytywany o przeżycia psychotyczne potwierdzał ich istnienie. Zatem, mając na uwadze stosowane przez badanego mechanizmy obronne, wydaje się, że przejawiał także tendencje do metasymulacji czyli podtrzymywania wygasłych objawów chorobowych po ustąpieniu zaburzeń.

Badany jest osobą, którą cechuje od okresu dzieciństwa wzmoczona emocjonalna reaktywność i osłabiona samokontrola, przemawia za tym analiza linii życiowej. Obecnie obserwuje się nasilenie drażliwości, impulsywności, zachowań agresywnych, które wynikają z nasilającej się wraz z wiekiem dysfunkcji mózgu powstałej prawdopodobnie na skutek przebytych urazów głowy i nadużywania alkoholu. Niewątpliwie negatywny wpływ na jego osobowość miały także niekorzystne uwarunkowania środowiskowe, w których badany wzrastał i rozwijał się a także pozostałe obecnie. Jego możliwości adaptacyjne, zdolności społecznego funkcjonowania są znacznie osłabione również przez okresowe zaostrzenia choroby psychicznej (halucynozy alkoholowej) z powodu, której był już kilka razy hospitalizowany psychiatrycznie.

Rozważania powyższe prowadzą do wniosków, że badany nie jest osobą upośledzoną umysłową, zna i rozumie podstawowe zasady społeczne tj. zakaz agresji, kradzieży. Wydaje się, że je lekceważy, chętnie przy tym posiłkując się niezajomością tych norm z uwagi na upośledzenie funkcji poznawczych i inne zaburzenia psychiczne. Diagnoza psychologiczna pozwoliła w tym przypadku na stwierdzenie, że opiniowany może brać udział w toczących się przeciwko nim postępowaniach sądowych i może zeznawać jako świadek. Zwrócono uwagę na fakt, że zaburzenia obronne, które ujawniają się u badanego w trudnych dla niego sytuacjach, jakimi niewątpliwie są kolejne rozprawy, mają tendencję do utrwalania się i nasilania. Niewątpliwie niekorzystny wpływ na umacnianie się tych zachowań ma również przewlekające się postępowania procesowe.

PRZYPADEK II

49-letni mężczyzna zgłosił się do oddziału psychiatrycznego po wizycie w prywatnym gabinecie, gdzie skarżył się na spadek aktywności, brak chęci do życia, myśli samobójcze i zaburzenia pamięci. Otrzymał skierowanie na leczenie szpitalne ze wstępnym rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i podejrzeniem zespołu otepiennego. Odnotowano wówczas, że pacjent od kilku miesięcy ma kłopoty z orientacją w czasie i miejscu (gubi się w mieście). Ujawnia zachowania samobójcze (chciał wyskoczyć przez okno). Zwiaduje zmarłych rodziców, słyszy ich głosy. Nigdy dotychczas nie leczył się psychiatrycznie, nie był badany przez psychologa. W rodzinie nie było chorób psychicznych. Pytany o sytuację życiową, zaprzeczył, aby kiedykolwiek miał problemy z prawem. Wiadomo, że urodził się w rodzinie inteligentnej (matka nauczycielka, ojciec inżynier budowlany). Matka zmarła z powodu choroby nowotworowej, gdy badany był dzieckiem. Wychowywany przez ojca i macochę, nie sprawiał istotnych problemów wychowawczych.

Z jedyną siostrą nie utrzymuje kontaktu. Jest żonaty od ponad 20 lat, ale od kilku jedynie pomieszkuje z żoną („gdy przestał zarabiać został wyrzucony na bruk”). Dzieci nie ma. Ma wykształcenie zawodowe, zdobyte bez trudności w nauce. Szereg lat przepracował w wyuczonym zawodzie. Od około 5 lat miał problemy z zatrudnieniem, początkowo pracował dorywczo, od ponad 2 lat nie pracuje w ogóle. Był w wojsku, ale służby wojskowej podobno nie ukończył, został z niej przed czasem zwolniony z niewiadomych przyczyn. Somatycznie poważniej nie chorował. Około 2 i pół roku temu został porażony prądem, po którym to wypadku spał przez kilka dni. Zdecydowanie zaprzeczył nadużywaniu alkoholu.

W czasie pobytu w oddziale ujawniał niespecyficzne objawy: skargi na obniżenie nastroju, nasilone zaburzenia pamięci, doznania o charakterze halucynacji wzrokowych i słuchowych. W początkowym okresie spędzał czas leżąc w łóżku, z którego wstawał jedynie, aby wyjść na papierosa albo na posiłek. Sprawiał wrażenie osoby raczej izolującej się od otoczenia, nie zainteresowanej tym, co się wokół niego dzieje. W zachowaniu spokojny, podporządkowany i niewywołujący sytuacji konfliktowych (zarówno z innymi pacjentami, jak i z personelem). Utrzymywał skąpe kontakty interpersonalne, ograniczone głównie do rozmów z osobami przebywającymi w tej samej sali. W późniejszym okresie obserwowano wielokrotnie pewną dwutorowość jego zachowania – ożywiony w relacjach z innymi pacjentami, żywo konwersujący, przybierał zmartwiony wyraz twarzy i zdawkowo, zbywająco odpowiadał na pytania personelu. Po krótkim okresie adaptacyjnym zaczął opuszczać oddział, nawiązywać kontakty towarzyskie, oglądać TV, dbać o higienę i zaspokajanie swoich potrzeb. Nadal jednak skarżył się na masywne zaburzenia pamięci, trudności orientacji w terenie i brak aktywności. Z przeprowadzonych badań neuroobrazowych wynika niewielkiego stopnia poszerzenie przestrzeni płynowych nad płacami czołowymi. Zapis EEG w granicach normy. Z odchyłeń somatycznych odnotowano powiększenie wątroby.

Z uwagi na obserwowaną dwutorowość zachowania, niespójność obrazu klinicznego pacjent został zbadany przez psychologa w celu ustalenia rozpoznania, oceny głębokości zaburzeń depresyjnych i dysfunkcji poznawczych. Od samego początku, mimo pewnej deklaracyjności współpracy, obserwowano trudności w nawiązywaniu i utrzymaniu kontaktu. Opiniowany na badania przychodził niezbyt chętnie. Podczas rozmów indywidualnych wypowiadał się z wyraźnym oporem, wielokrotnie z intonacją ucinającą możliwość kontynuowania tematu. Najczęściej wypowiedzi jego były ograniczone do pojedynczych zdań lub nawet kilku słów. Fakty ze swego życia przekazywał w bardzo ograniczonym zakresie, niespójnie i niejednokrotnie w różny sposób. Na zwracane uwagi dotyczące nieścisłości podawanych danych reagował irytacją, zasłaniając się niepamięcią. Na wiele zadawanych mu pytań odpowiadał, że „nie pamięta”, podkreślając przy tym datujące od wielu lat kłopoty z pamięcią i orientacją. Wydaje się jednak, że kłopoty z pamięcią pozostają głównie w sferze deklaracyjnej, ponieważ badany wielokrotnie wykazywał się niezłą pamięcią zarówno faktów z dalszej przeszłości, jak i nieodległej. Sprawnie też obsługiwał telefon komórkowy, a korzystając

z wolnych wyjść w oddziale, nigdy nie miał problemów z powrotem do niego. Charakterystyczne było również, że deklarowaniu deficytów poznawczych nie towarzyszyły żadne reakcje emocjonalne (badany wydawał się całkowicie obojętny w stosunku do doświadczanych kłopotów).

Do zadań testowych badany podchodził również z widocznym oporem. Sprawiał wrażenie osoby, która celowo nie przykłada się do wykonywania poszczególnych zadań, nie zaangażowanej w pracę. Często rozwiązywał zadania w sposób wyraźnie niedokładny, popełniając bardzo oczywiste błędy. Nie był zmotywowany ani do kończenia rozpoczętej pracy, ani do korygowania popełnianych błędów. Obserwując sposób wykonania proponowanych zadań, odnosiło się wrażenie, że badany stara się uzyskać rezultaty poniżej swoich możliwości. W zadaniach odwołujących się w sposób oczywisty do procesu zapamiętywania uzyskiwał złe wyniki, a w zadaniach wymagających zaangażowania procesów pamięci w sposób nie wprost, wypadał na poziomie przeciętnym. Można, więc przypuszczać, że uzyskane w badaniu wyniki nie w pełni odzwierciedlają aktualne możliwości badanego, a także, że agrawuje on obronnie swoje problemy i deficyty. Na podstawie aktualnego badania poziom funkcjonowania intelektualnego badanego ocenić można było jako mieszczący się w granicach szeroko rozumianej normy. Przy wyraźnej tendencji do podkreślania i uwypuklania zaburzeń funkcji poznawczych obserwowano nierównomierną ich sprawność – poziom sprawności wokarno-słuchowej, był znacząco wyższy od sprawności wymagających zaangażowania funkcji wzrokowo-przestrzennej. Należy przy tym podkreślić, że badany nawiązywał rzeczowy kontakt. W spontanicznej rozmowie wypowiadał się w sposób spójny i logiczny, potrafił w sposób poprawny formułować swoje wypowiedzi. Posiadał adekwatny do wykształcenia zakres wiedzy szkolnej i informacji ogólnych. Wykazywał się przeciętnym bogactwem słownictwa oraz zdolnością do twórczej ekspresji za pomocą słów. Z odchyłeń zauważono jedynie nadmierną konkretyzację procesów myślenia. Badany miał dużą trudność w rozumowaniu przez analogię, tworzeniu pojęć i kategorii nadrzędnych. Ewidentne kłopoty sprawiało mu rozumienie pojęć i zwrotów abstrakcyjnych. Ponadto zauważalna była mała precyzja wykonania rysunków w testach grafomotorycznych, trudności w odwzorowywaniu prezentowanych figur, ale i tu nie można wykluczyć, że było to efektem małej motywacji badanego i chęci pokazania się w bardziej patologicznym świetle. Widoczne w rysunkach trudne do symulowania drżenia, nie pozwoliły jednak wykluczyć pewnych organicznych deficytów. Dokładna ocena sprawności procesów uwagi i pamięci badanego nie była jednak możliwa w związku z wyraźną tendencją do agrawacji deficytów w tym zakresie.

W ocenie badającego psychologa badany jest osobą impulsywną, wykazującą bardzo słabą tolerancję na frustrację. Jego sfera uczuciowości jest bardzo rozbudzona i zmienna, a on sam nie posiada wystarczająco skutecznych mechanizmów do radzenia sobie z nią, czego konsekwencją mogą być trudności adaptacyjne. Reakcje badanego są sztywne, wykazuje się on małą plastycznością zachowania. Jest wysoce prawdopodobne, że będzie podejmował działania nieprzemysłane, nie do końca analizując i przewidując kon-

prawo do obrony, która jest przez niego stosowana zgodnie z jego możliwościami intelektualnymi i dyspozycjami osobowościowymi. Pozwoli to być może uniknąć błędu w ocenie przejawianych przez badanych objawów.

PIŚMIENNICTWO

1. Przybysz J. Psychiatria sądowa. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników. Toruń: Tumult; 2003.
2. Bilikiewicz A. Psychiatria dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL; 1998.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
4. Uszkiewiczowa L. Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. Warszawa: PZWL; 1966.
5. Cudała WJ. Symulacja i zjawiska z nią powiązane w praktyce ogólnolekarskiej. Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej. 2006; 6, 2: 93–96.
6. Pobocho J. Depresja udawana. Post Psychiatr Neurol. 1998; 7, suplement 3 (8): 133–138.
7. Ziółkowska AM. Specjalistyczne testy wykrywania zaburzeń pamięci. Przegląd Psychologiczny. 2007; 50, 2: 165–179.

Nadesłano: 08.04.2008 Zrecenzowano: 25.04.2008 Przyjęto: 19.05.2008

Adres: mgr Ewa Waszkiewicz, III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa