



## Trudności diagnostyczno-orzecznicze w zaburzeniach afektywnych

*Diagnostic difficulties in psychiatric expertise concerning affective disorders*

KATARZYNA KAMIŃSKA, STANISŁAW IZDEBSKI, JAN KOZIEŁŁ

Z Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu

**STRESZCZENIE.** *Przedstawiamy problemy diagnostyczne i związane z nimi sądowno-psychiatryczne trudności opiniodawcze. Przedstawiono różnorodność wniosków w kolejnych opiniach wydanych w latach 1993-1997 i omówiono przyczyny opóźnienia rozpoznania choroby psychicznej, które ustalono dopiero podczas dziewiątego z kolei badania sądowno-psychiatrycznego.*

**SUMMARY.** *Diagnostic problems and ensuing difficulties encountered in psychiatric court opinions are presented in the paper. Different conclusions of psychiatric expertises issued in the years 1993-1997 are cited and reasons of the delay in the proper diagnosis establishment are discussed (the patient was diagnosed with mental disorder in the ninth psychiatric examination carried out in succession for the purposes of court expertise).*

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia afektywne / orzecznictwo / opis przypadku

**Key words:** affective disorders / psychiatric court expertise / case report

---

Celem tego opracowania jest ukazanie trudności diagnostycznych i orzeczniczych w przypadku chorego na chorobę afektywną dwubiegunową. W związku z szeregiem przestępstw przeciwko mieniu, o które był on oskarżony w przeciągu trzech lat, wydano osiem opinii stwierdzających różnorakie zaburzenia niepsychotyczne i orzekających poczytalność. Dopiero wystąpienie ewidentnej fazy maniakalnej i dokładna analiza linii życiowej pacjenta skłoniły biegłych do zmiany sformułowanych wcześniej wniosków.

### OPIS PRZYPADKU

Pacjent, obecnie 48-letni, pochodzi z rodziny robotniczej. Jest najstarszym dzieckiem. Ma dwie młodsze siostry. Rodzice rozwiedli się, gdy miał kilka lat. Oboje nadużywali alkoholu. Niedługo po jego urodzeniu matka oddała go na wychowanie swoim rodzicom. Wiadomo, że matka leczyła się psychiatrycznie, podobnie jak później starsza siostra chorego.

W szkole uczył się raz dobrze, raz średnio. Klas nie powtarzał. W szkole podstawowej miał kłopoty adaptacyjne, które były przyczyną jego pierwszej próby samobójczej (próbował otruć się gazem i powiesić) w wieku dziewięciu lat. W następstwie, przez rok leczył się w poradni zdrowia psychicznego wieku rozwojowego z rozpoznaniem nerwicy.

Od dziewiętnastego roku życia zarejestrowany w poradni dla dorosłych, gdzie trafił z powodu omdleń, „drgawek”, małej aktywności i lęków. Rozpoznano u niego zespół neurasteniczny, a następnie – depresyjny. Po dwóch latach przerwał leczenie lekami przeciwdepresyjnymi.

Ukończył szkołę zawodową – jest elektromechanikiem, zdał maturę w liceum dla pracujących. Po szkole zawodowej wielokrotnie zmieniał pracę. Początkowo pracował jako elektryk w firmie budowlanej. Trzy lata przepracował jako laborant, w międzyczasie odbył służbę wojskową. Pod koniec

służby wojskowej był konsultowany psychiatrycznie, ponieważ, jak twierdzi, zamiast uczestniczyć w ćwiczeniach, opalał się na poligonie. W wojsku miał drugą próbę samobójczą – próbował się otruć, „bo mu dokuczano”. Po wyjściu z wojska po raz trzeci podjął próbę samobójczą, którą tłumaczy tym, że „czuł się niezdolny do życia”.

Ożenił się w wieku 31 lat. Małżeństwo określa jako udane, w drugim roku jego trwania urodził mu się syn.

Po odbyciu służby wojskowej podjął prywatną działalność gospodarczą. Początkowo była to firma usługowa specjalizująca się w naprawie sprzętu, po paru miesiącach uruchomił produkcję części. Otwierał coraz to nowe zakłady produkcyjne. Następnie sprzedał wszystko, a pieniądze zainwestował w wytwórnię papieru. Wtedy nawiązał kontakt z firmą niemiecką i zawarł z nią kontrakt na dostawę metali. Firma ta płaciła papierami wartościowymi, które składał w banku. Liczył na bardzo duży zysk – rzędu kilku – kilkunastu milionów dolarów. Okazało się, że otrzymane papiery są bezwartościowe i został z dużym długiem do spłacenia.

Po długiej przerwie w leczeniu w PZP, w 1990 r. zgłosił się raz na wizytę u psychiatry – rozpoznano u niego zespół depresyjny.

W 1993 r. prokuratura wszczęła śledztwo w sprawie zagarnięcia przez niego mienia na sumę ok. 600 milionów starych złotych na szkodę jednego z zakładów pracy. W toku śledztwa okazało się, że było to jedno z kilkunastu tego typu przestępstw dokonanych przez pacjenta na terenie całej Polski, na łączną kwotę ok. 17 miliardów starych złotych. Jego sposób działania we wszystkich przypadkach był niemal identyczny. Składał zamówienie na towar, a po jego pobraniu odraczał termin zapłaty tłumacząc się przejściowymi kłopotami finansowymi, związanymi z „niesolidnością zagranicznych kontrahentów”, wyznaczał kolejne terminy spłaty, których nie dotrzymywał. Często podawał, że osobiście jedzie do Niemiec, „żeby dopilnować spraw”. Natomiast z danych

z Interpolu, uzyskanych w toku śledztwa wynika, że pacjent nigdy nie prowadził interesów za granicą. Wiadomo, że podjął kroki zmierzające do kupna helikoptera od spółki z zagranicznym kapitałem za sumę 2,5 mln dolarów, nie posiadając takiej kwoty. Ostatecznie transakcja ta nie doszła do skutku. Podejrzany wyjawiał, że chciał potem odsprzedać helikopter za ponad 3 mln dolarów.

Przesłuchiwany w stosunku do zarzutów z art. 199, 201 i 205 kk (1969), nie przyznał się do żadnego z zarzucanych mu czynów. W końcowej fazie śledztwa odmówił w ogóle składania wyjaśnień, tłumacząc się złym stanem zdrowia. W kwietniu 1993 r. prokurator wydał postanowienie o tymczasowym aresztowaniu i zgodnie z tym został on osadzony w areszcie śledczym.

W lipcu 1993 r. wpłynął przeciwko niemu akt oskarżenia o czyny z art. 199, 201 i 205 kk. Do tego czasu był dwukrotnie badany sądowo-psychiatrycznie.

W lutym 1993 r. – po jednorazowym badaniu biegli psychiatrzy rozpoznali u badanego reakcję sytuacyjną typu neurotycznego, stwierdzili, że „dolegliwości somatyczne – bóle i zawroty głowy, nudności, duszności, wydają się reakcją neurotyczną na trudną sytuację życiową, ostrych objawów psychotycznych nie zdradza” i uznali go za poczytalnego względem zarzucanych mu czynów. W maju 1993 r. pacjent był powtórnie badany sądowo-psychiatrycznie. Biegli po jednorazowym badaniu stwierdzili, że wykazuje on objawy reakcji sytuacyjnej typu neurasteniczno-depresyjnego u osobnika z osobowością neurotyczną. Odnośnie oceny poczytalności stwierdzili, że rozumiał on znaczenie czynu i mógł pokierować swoim postępowaniem. Ponadto orzekli, że powinien być umieszczony w oddziale psychiatrycznym, celem leczenia.

W lipcu 1993 r., w trzecim z kolei badaniu sądowo-psychiatrycznym biegli rozpoznali u badanego reakcję sytuacyjną depresyjną, uznając go za poczytalnego w stosunku do zarzucanych mu czynów, a w związku

z nasileniem objawów reakcji sytuacyjnej wnioskowali o poddanie go leczeniu w szpitalu psychiatrycznym.

W sierpniu 1993 r. została wydana kolejna opinia sądowo-psychiatryczna po badaniu w trybie ambulatoryjnym, w której biegli rozpoznali u badanego cechy zaburzeń osobowości ze skłonnością do reakcji impulsywnych i stwierdzili, że w obecnym stanie występujące u niego nasilone objawy reakcji depresyjnej sytuacyjnej wymagają leczenia w warunkach oddziału psychiatrycznego.

W listopadzie 1993 r., po ośmiu miesiącach pobytu pacjenta w areszcie, sąd wojewódzki uchylił tymczasowe aresztowanie.

Od września do listopada 1993 r. pacjent był po raz pierwszy w życiu hospitalizowany psychiatrycznie, z rozpoznaniem reakcji depresyjnej adaptacyjnej. Po wypisaniu ze szpitala regularnie zaczął się zgłaszać do PZP, gdzie skarżył się na ponowne pogorszenie samopoczucia.

Po raz drugi hospitalizowany psychiatrycznie od marca do maja 1994 r. z rozpoznaniem zespołu depresyjnego. Podczas tej hospitalizacji był jednorazowo badany sądowo-psychiatrycznie na polecenie innego sądu rejonowego. We wnioskach biegli napisali, że rozpoznają u badanego reakcję sytuacyjną depresyjną i cechy osobowości nieprawidłowej, ale po jednorazowym badaniu nie mogą określić stopnia nasilenia objawów depresyjnych. Sugerowali też, że pogorszenie stanu psychicznego może wynikać ze zbliżającego się terminu procesu sądowego i jest przejawem postawy obronnej. Biegli zaproponowali przeprowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Co do jego zdolności uczestnictwa w postępowaniu sądowym biegli nie mogli się jednoznacznie wypowiedzieć przed ukończeniem leczenia przeciwdepresyjnego.

Od lipca do sierpnia 1994 r. przebywał w szpitalu psychiatrycznym na obserwacji sądowo-psychiatrycznej na okoliczność, czy może uczestniczyć w postępowaniu sądowym. Wydana na tej podstawie opinia bie-

głych psychiatrów dotyczyła poczytalności w stosunku do zarzutów, że pacjent w latach 1991-1992 udzielił komornikowi korzyści majątkowej w postaci elektronarzędzi, parasolek, kompletów przyborów fryzjerskich, pudełek z gumkami frotte do włosów i pięciu magnetowidów, o łącznej wartości 40 milionów zł, w zamian za korzystne dla niego opóźnienie przeprowadzenia czynności egzekucyjnych.

We wnioskach biegli rozpoznali u badanego osobowość nieprawidłową i reakcję adaptacyjną depresyjną przedłużoną. Orzekli, że badany może brać udział w czynnościach procesowych z pomocą adwokata. Z uwagi na możliwość nasilenia się objawów reakcji adaptacyjnej na podłożu głęboko zaburzonej osobowości, biegli uznali, że powinien on odpowiadać z wolnej stopy.

W listopadzie 1994 r. wydano kolejną sądowo-psychiatryczną, tym razem dla innej prokuratury rejonowej – biegli rozpoznali osobowość nieprawidłową i reakcję adaptacyjną depresyjną przedłużoną, uznali badanego za poczytalnego wobec zarzucanych mu czynów.

W grudniu 1994 r. wydano kolejną opinię sądowo-psychiatryczną, dla sądu wojewódzkiego na okoliczność, czy badany może brać udział w rozprawie. We wnioskach po jednorazowym badaniu w trybie ambulatoryjnym biegli stwierdzili u niego objawy zaburzeń osobowości z wyraźną komponentą pitiatyczną, jak również, że jego obecny stan wynika w dużej mierze z postawy obronnej. Orzekli, że nie widzą przeszkód natury zdrowotnej do uczestnictwa badanego w czynnościach procesowych.

Od lutego do marca 1995 r. po raz czwarty hospitalizowany psychiatrycznie z rozpoznaniem reakcji sytuacyjnej depresyjnej i osobowości zaburzonej.

We wrześniu 1995 r. ponownie badany sądowo-psychiatrycznie na polecenie jednej z prokuratur rejonowych. We wnioskach końcowych biegli stwierdzili, że rozpoznają u badanego cechy zespołu maniakalnego.

W związku z tym uznali za konieczne przeprowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej w warunkach oddziału szpitala psychiatrycznego dla potwierdzenia rozpoznania i w celu określenia poczytalności badanego.

W grudniu 1995 r. przyjęty został do szpitala psychiatrycznego. W kwietniu 1996 r., po przeprowadzonej obserwacji sądowo-psychiatrycznej w opisie stanu psychicznego, biegli odnotowali trudności w nawiązaniu logicznego kontaktu słownego, niespokojne zachowanie ze skracaniem dystansu, natrętność, znaczne wzmoczenie napędu psychoruchowego i znaczne wzmoczenie nastroju, „proponował lekarzowi badającemu założenie wspólnego interesu – domu opieki dla osób starszych”, afektywnie napięty, tok myślenia przyspieszony aż do gonitwy myśli, nastawienie wielkościowe i ksobne, zaburzenia koncentracji uwagi, wzmożona jej przerzutność, osobowość bez cech rozszczepienia struktury, pacjent bez poczucia choroby psychicznej, bezkrytyczny, twierdził, że „nigdy w życiu nie czuł się tak wyśmienicie”.

We wnioskach biegli stwierdzili, że rozpoznają u badanego chorobę psychiczną – chorobę afektywną dwubiegunową. Orzekli, że w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu miał zniesioną poczytalność z powodu choroby psychicznej, aktualnie zaś jego przebywanie na wolności nie stanowi poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego. Natomiast z uwagi na przewlekły charakter schorzenia i endogenne podłoże wymaga on bezwzględnej i systematycznej opieki psychiatrycznej.

Wobec rozpoznania u badanego choroby psychicznej, sąd wojewódzki zwrócił się z prośbą do opiniujących wcześniej biegłych o zapoznanie się z opinią z obserwacji i o ponowne ustosunkowanie się do wcześniejszych opinii i rozważenia oceny poczytalności w latach 1990-1992. Jeden z opiniujących wcześniej biegłych zweryfikował swoją opinię i uznał, że rozpoznanie CHAD należy rozszerzyć na okres inkryminowanego

czynu. Pozostali biegli uznali, że za moment zachorowania należy przyjąć grudzień 1995 r. i podtrzymali postawione wcześniej rozpoznania i orzekaną poczytalność.

W listopadzie 1996 r. biegli z innego ośrodka wydali już jedenastą z kolei opinię sądowo-psychiatryczną, po jednorazowym badaniu w trybie ambulatoryjnym. We wnioskach stwierdzili, że rozpoznają u badanego cechy przewlekłej choroby psychicznej pod postacią choroby afektywnej dwubiegunowej w fazie maniakalnej, a poprzednio stawiane diagnozy mogły być „objawami nie w pełni wyrażonego zespołu depresyjnego o charakterze endogennym, który rozwinął się w stan maniakalny dopiero we wrześniu 1995 r. i pozwolił na postawienie rozpoznania psychozy afektywnej dwubiegunowej”. Odnośnie poczytalności badanego w stosunku do zarzucanych mu czynów orzekli, że w okresie od listopada 1990 r. do grudnia 1992 r. miał całkowicie zniesioną poczytalność.

W styczniu 1997 r. sąd wojewódzki wydał postanowienie o dopuszczeniu do dowodu opinii następnych biegłych lekarzy psychiatrów.

W lutym 1997 r. wskazani przez sąd biegli wydali opinię po przeprowadzonym badaniu w trybie ambulatoryjnym. We wnioskach biegli orzekli, że w chwili badania nie stwierdzają objawów choroby psychicznej u badanego. Ich zdaniem wyraźna postawa agrawacyjna badanego uniemożliwia wydanie jednoznacznej opinii w kwestii poczytalności w chwili popełnienia zarzucanych mu czynów i odniesienie się do sprzecznych wyników przeprowadzonych dotychczas badań sądowo-psychiatrycznych. Biegli wnioskowali o przeprowadzenie obserwacji w warunkach szpitalnych i w związku z dotychczasowymi trudnościami orzecznymi sugerowali przeprowadzenie obserwacji w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie. W lutym 1997 r. sąd wojewódzki wydał postanowienie o poddaniu pacjenta obserwacji w IPiN w Pruszkowie, aby orzec jego poczytalność w stosunku do czynów

z art. 201 i 205 § 1 kk w zw. z art. 10 § 2 kk i art. 58 kk, ponadto do czynów z art. 61 (Prawo czekowe) i art. 258 kk w zw. z art. 58 kk (łącznie 21 zarzutów).

Opis przebiegu tej obserwacji zawiera obszerny wywiad zebrany od żony pacjenta. Wynika z niego, że przed ślubem znali się około 6-7 lat. Gdy się pobrali był bardzo rozmowny, opowiadał barwne historie o swoim pochodzeniu, „że ojciec był bogaczem, miał własną firmę, że matka jest pułkownikiem w wojsku”. Potem okazało się, że matka była sprzątaczką, a od babci męża dowiedziała się, że jego ojciec był alkoholikiem. Mąż często zachowywał się „dziwnie”, ale uważała, że to jego styl, oryginalność. Roztaczał wizje, że będzie bardzo bogatym człowiekiem. Miał pomysł, aby produkować sztuczne diamenty i rubiny do radarów wojskowych. Wszystkim mówił o swoich planach. W wytwórni papieru toaletowego, której ona była prawnym właścicielem, wymyślał różne usprawnienia, które specjaliści krytykowali z ironią. Był okres, kiedy mąż zakupił na kredyt podczas jej nieobecności ogromną ilość pilników za kwotę pięciu miliardów złotych. Powiedział wtedy: „pilniki to przyszłość, to majątek”. Potem przerzucił się z pomysłu na pomysł, np. przywiózł cały samochód grzebieni, salcesonu, parasolek i mówił, że sprzeda to z wielkim zyskiem, że będą bogaci i będą jeździć po świecie. Bywało, że wychodził z domu na zakupy i trafił na drugi koniec Polski. Raz wynajął śmigłowiec i polecał „załatwiać sprawy”. Kiedyś nagle powiedział, że musi jechać do Hamburga: „daj mi kanapkę na drogę, bo muszę jechać do Hamburga”. Rzeczywiście pojechał, był u znajomych dwie godziny i wrócił z powrotem do domu. Znajomi mówili, że nie miał tam żadnych istotnych spraw do załatwienia. W 1995 r. postanowił sprowadzać mandarynki z Maroka, pożyczył pieniądze, z góry zapłacił za transport – całe przedsięwzięcie przyniosło straty, bo pod wskazanym adresem nie było żadnej hurtowni mandarynek. Straty wyniosły wów-

czas około 6.000 DM. Tłumaczyła to sobie tym, że mąż nigdy w życiu nie dysponował większymi pieniędzmi i chciał się wybić finansowo. Nigdy nie uważała, że jego zachowanie może wynikać z choroby psychicznej. W trakcie małżeństwa stwierdziła, że jest bardzo zmienny w nastrojach. Po miesiącach, gdy był pogodny, bezkonfliktowy, aktywny, potrafiący wiele godzin intensywnie pracować niemal bez potrzeby snu, przychodził czas, że nic nie robił, bał się odbierać telefony. Myślała, że jest to spowodowane jego aktualną sytuacją zawodową – gdy odnosił sukcesy nastrój miał dobry, z kłopotami pojawiało się zmęczenie, brak energii, bezczynność. Bywało, że wynosił z domu rzeczy i rozdawał ludziom. W roku 1995 r. stał się agresywny, potrafił uderzyć ją i syna, na każdy sprzeciw reagował agresywnie. Pewnego razu wziął nóż i powiedział, że zabije ją i syna, a potem siebie. Syn klęczał i prosił, żeby „tatuś nie zabijał mamy”. Kazał synowi mówić pacierz, i powiedział, że tak dalej nie mogą żyć. Udało jej się wtedy zamknąć w pokoju z synem. Rano mąż przeproszał. Po tym incydencie czuła się zagrożona i wystąpiła z wnioskiem o przymusowe leczenie męża w szpitalu psychiatrycznym. Po półrocznym leczeniu czuł się dobrze, nie zdradzał objawów choroby, pobrał regularnie leki. Pod koniec 1996 r. zaczął „wymyślać głupstwa”, snuć plany zarobienia wielkich pieniędzy. W tym czasie wywiózł towar z firmy na makulaturę, bo wg niego był wadliwy. Straty wyniosły 700 milionów złotych.

Wnioski z trzynastego z kolei badania sądowo-psychiatrycznego, wydanego w 1997 r. na podstawie obserwacji w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie są następujące: „Rozpoznajemy u badanego chorobę psychiczną – chorobę afektywną dwubiegunową, trwającą u niego od lat młodzieńczych. W okresie objętym zarzutami z uwagi na zaburzenia psychotyczne w przebiegu CHAD miał zniesioną zdolność rozpoznawania znaczenia popełnionych czynów i zdol-

ność pokierowania swoim postępowaniem, w rozumieniu artykułu 25 § 1 kk. W aktualnym stanie psychicznym jego przebywanie na wolności nie stanowi poważnego zagrożenia dla porządku prawnego i nie wymaga on internacji w szpitalu psychiatrycznym, winien natomiast kontynuować systematyczne leczenie ambulatoryjne”.

## OMÓWIENIE

Dane uzyskane z pierwszych ośmiu wspomnianych powyżej opinii sądowo-psychiatrycznych, analizowane po wystąpieniu fazy maniakalnej pozwalają rozstrzygnąć, że pacjent już wcześniej chorował na chorobę afektywną dwubiegunową.

Pojawia się pytanie, dlaczego mimo wydania ośmiu opinii, biegli psychiatrzy nie dostrzegali psychotycznego podłoża prezentowanych zaburzeń depresyjnych. Uważamy, opierając się na wymienionych poniżej pozycjach piśmiennictwa obszernie traktujących interesujący nas temat, że miały na to wpływ następujące czynniki:

- do września 1995 r. żaden psychiatra nie widział badanego w fazie maniakalnej, mimo że zebrany od żony w 1996 r. wywiad wskazywał, że fazy depresyjne na przemian z maniakalnymi już wcześniej miały miejsce
- badany był postrzegany przez biegłych jako zamożny, pełen inicjatywy biznesmen – ”kombinator”, co wynikało z ówczesnej atmosfery wokół jego działalności, publikacji prasowych dotyczących tego tematu, a także wiadomości i plotek krążących w środowisku biegłych, że robi wszystko, aby uniknąć odpowiedzialności [2].
- biegli przyjmowali, że stan psychiczny badanego jest wynikiem jego sytuacji prawnej, jak również wyrazem jego postawy obronnej [4, 5, 6, 7].

- do 1996 r. nie zebrano wywiadu od żony pacjenta, na co jak obecnie sądzimy, wpłynęło przekonanie, że zarówno badany, jak i jego żona mogą być instruowani przez prawników i psychiatrów, w związku z czym wywiad ten nie ma większej wartości diagnostycznej [2].
- opiniując, biegli brali pod uwagę dotychczasową dokumentację z PZP, gdzie badany leczył się od lat dziecięcych z rozpoznaniem zaburzeń niepsychotycznych (neurotycznych) [2].
- charakter zarzutów powodował dyskomfort u biegłych, że rozpoznanie psychozy *de facto* uwalnia pacjenta od odpowiedzialności, abstrahując od zasad oceny poczytalności w chorobie afektywnej dwubiegunowej [1, 2, 3, 7].

## PIŚMIENNICTWO

1. Bogdanowicz E, Hajdukiewicz D. Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne wobec osób z rozpoznaniem chorób afektywnych. *Post Psychiatr Neurol* 1996; 3.
2. Cieślak M, Spett K, Wolter W. *Psychiatria w procesie karnym*. Warszawa: Wyd Prawnicze; 1968.
3. Gierowski JK, Szymusik A. *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*. Kraków: Coll Med. UJ; 1996.
4. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1979.
5. WHO. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Uniw Wyd Med Vesalius – IPIŃ, Kraków – Warszawa 1997.
6. Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: PZWL; 1979.
7. Szymusik A, Zięba A. Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w chorobach afektywnych. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7 (supl 3).