

Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w chorobach afektywnych

Forensic-psychiatric jurisdiction in affective diseases

ADAM SZYMUSIK, ANDRZEJ ZIĘBA

Z Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. *Przestępczość w stanach depresyjnych jest niewielka i specyficzna. Poczytalność zależy od głębokości zmian, od niepoczytalności w stanach psychotycznych i głębokich depresjach, aż do pełnej poczytalności tam, gdzie występuje długotrwała pełna remisja. Podobnie postępujemy w prawie cywilnym. O ile stan depresyjny jest nieznacznie nasilony, możemy przyjąć oświadczenie woli czy sporządzenie testamentu. Każdy jednak przypadek należy oceniać indywidualnie. Również po czynie mogą występować reaktywne zespoły depresyjne. Omówiono też problem inwalidztwa, w większości przypadków zaburzenia depresyjne powodują tylko okresową niezdolność do pracy, znacznie rzadziej niemożność pracy zarobkowej czy też jej znaczne ograniczenie.*

SUMMARY. *Crime in depressive states is rare and specific. Accountability depends on the severity of change and ranges from complete unaccountability (insanity) in psychotic states and severe depressions to complete accountability in cases of long-term, complete remission. Similar proceedings apply in civil law. If the depression is light, declarations of will and wills shall be accepted. Each case, however, must be treated individually. Reactive depressive syndromes may also develop after an act has been committed. Another issue which is discussed in this article is disability. Depressive disorders usually lead to only periodical incapacity to work and only very seldom to permanent or greatly diminished capacity to work.*

Słowa kluczowe: choroby afektywne / reaktywne zespoły depresyjne / poczytalność / wyrażanie woli i testowania / inwalidztwo

Key words: affective diseases/ reactive depressive syndromes/ accountability/ declaration of will and testimony/ disability

W podręcznikach psychiatrii sądowej i rozdziałach poświęconych tym problemom, choroby afektywne są zazwyczaj omawiane skrótowo. Związane jest to z niewielką rolą, jaką w przestępczości odgrywają te schorzenia. Wydaje się, że przestępczość wśród tych chorych jest niższa niż w całej populacji, chociaż brak jest dokładniejszych danych. Uszkiewiczowa [17] wśród 4200 orzekanych probantów znalazła 32 przypadki cyklofrenii i 30 psychoz inwolucyjnych. Badani ci stanowili więc mniej niż 1,5% osób, u których kwestionowano poczytalność.

PRAWO KARNE

Również zakres rodzajowy przestępstw popełnianych przez osoby depresyjne jest niewielki. Mogą to być przestępstwa zaniechania, np. urzędnik nie dopełni jakiejś czynności urzędowej. W depresji można również spodziewać się samooskarżeń, np. o rzekome nadużycia, czy też popełnienia zabójstwa czy podpalenia. W krańcowych przypadkach może chodzić o samobójstwo pośrednie, kiedy człowiek popełnia przestępstwo, za które oczekuje kary śmierci.

Częściej jednak dochodzić może do tzw. samobójstw rozszerzonych, kiedy chory jest przekonany, że jemu i najbliższemu grozi śmiertelna choroba, kompromitacja czy też nędza i poniżenie, wybiera jako najmniejsze zło zabójstwo najbliższych i własną śmierć.

W naszej praktyce orzeczniczej opisaliśmy kilka takich przypadków, w których np. matka zabiła troje dzieci, a później podjęła bardzo poważną, choć nieudaną próbę samobójczą, czy pacjent wyrzucił żonę przez okno, a następnie sam skoczył z dachu domu i inne.

W tych krajach, w których karane jest samobójstwo, chorzy mogą odpowiadać za nieudaną próbę samobójczą. Zdarza się, że pacjent podejmuje działalność gospodarczą, z którą nie jest w stanie sobie poradzić, z powodu narastających objawów chorobowych, i zaczyna popełniać błędy, czasem narusza prawo.

W nielicznych przypadkach *raptus melancholicus* może dojść do niszczenia przedmiotów, aktów agresji wobec otoczenia. Nie znamy natomiast przypadku w swojej praktyce czy literaturze, aby taki stan spowodował śmierć atakowanej osoby. Niekiedy sugeruje się, że część wypadków samochodowych, zwłaszcza tych, które zaistniały na prostej drodze, przy sprzyjających warunkach pogodowych, może być współczesną formą samobójstwa osób dotkniętych depresją. Zwykle w czasie takich wypadków nikt oprócz kierowcy nie doznaje szkody, ale jeśli doszło do zranienia, śmierci innej osoby, czy też poważnych strat materialnych, sprawca – jeśli przeżyje – może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

Nieco częściej dochodzi do naruszenia prawa przez osoby w stanie maniakalnym czy hipomaniakalnym. Mogą one dokonywać różnego rodzaju oszustw, powoływać się na wpływy, podejmować działania gospodarcze, które przynoszą straty. Mogą też z powodu drażliwości i braku krytycyzmu powodować awantury, brać udział w bójkach. Czasem brak hamulców jest przyczyną popełniania czynów nierządnych, czy też naruszania obyczajności.

Orzecznictwo o poczytalności wobec osób, które działały w stanie głębokiej psychotycznej depresji czy też pełnej manii, nie budzi wątpliwości. W tych przypadkach przyjmujemy niepoczytalność. Natomiast wątpliwe, czy w stosunku do tych badanych celowe jest orzekanie o poważnym niebezpieczeństwie dla porządku prawnego. Nawet, jeśli czyn, o popełnienie którego są podejrzani, jest zagrożony maksymalną karą, zwykle w chwili badania objawy chorobowe już ustąpiły. Jak wiadomo, poszczególne fazy choroby afektywnej cofają się zwykle po kilku miesiącach, a okres bezobjawowy może trwać kilka lub kilkanaście lat. Zdarza się również, że choroba pojawia się tylko raz w życiu.

Również współczesne metody leczenia, a zwłaszcza leki profilaktyczne, zmniejszają możliwość nawrotu, a jeśli on wystąpi, można rozpocząć leczenie w początkowym okresie choroby. Wyjątkami mogą być tylko takie przypadki, kiedy choroba nabiera charakteru chronicznego, objawy utrzymują się przez wiele lat lub kiedy mania przechodzi bezpośrednio w depresję, albo też kiedy stany remisji trwają bardzo krótko, a nawroty pojawiają się kilka razy do roku. Podobnie jest również tam, gdzie rozpoznajemy zespół depresyjno-urojeniowy, a urojenia spowodowały np. próby zabójstwa, ciężkiego uszkodzenia ciała czy podpalenia. Oczywiście osoby w stanie psychotycznym nie są zdolne do stawania przed sądem i nie powinny być przesłuchiwane. Leczenie powinno odbywać się w szpitalach społecznej służby zdrowia, a nie w więzieniu, nawet na oddziałach psychiatrycznych.

O wiele jednak częściej od tej grupy chorych podejrzani o naruszanie prawa są ci, u których nasilenie depresji czy manii było jedynie mierne lub nieznaczne, u których rozpoznajemy dystymię, czy – wg dawnej klasyfikacji – nerwicę depresyjną, niepsychotyczną depresję czy też stany hipomaniakalne. Czasem podejmują oni działalność gospodarczą, handlową czy produkcyjną, zawierają umowy, zaciągają pożyczki, czy też podejmują zobowiązania, których nie są

w stanie dotrzymać. Osoby zawierające te umowy nie zdają sobie oczywiście sprawy ze stanu zdrowia partnera, ponieważ nawet specjalista może postawić rozpoznanie dopiero po uzyskaniu dokładnego wywiadu. Zdarza się, że takie osoby próbują zwolnić się od swoich zobowiązań, powołując się na stan zdrowia. Z własnej praktyki znamy przypadek udzielenia pożyczki w wysokości 10 000 dolarów. Małżeństwo, które pożyczło pieniądze, odmawia ich zwrotu, motywując to tym, że mąż choruje na chorobę Alzheimera (rzeczywiście rozpoznano u niego początkowe stadium tej choroby, ale w kilka lat po zaciągnięciu pożyczki), żona natomiast przedstawia zaświadczenie o nerwicy depresyjnej. Wydaje się, że w przypadkach głębokich, ale nie psychotycznych depresji, możemy w sprawach karnych przyjąć znaczne ograniczenie zdolności rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem, nie dotyczy to jednak lekkich zespołów depresyjnych czy depresyjno-lękowych, jeśli zarzucane czyny nie są bezpośrednim wynikiem choroby.

Może się zdarzyć, że badany popełnia przestępstwa czynem ciągłym. Należą do nich np. oszustwa podatkowe, celne, wyłudzenia, niedotrzymane obietnice itp. Część z nich zaistniała już przed chorobą, jest jednak kontynuowana w trakcie psychozy, czy też po jej ustąpieniu. Nie ma najmniejszych powodów, aby przyjmować niepoczytalność, czy też ograniczoną poczytalność w okresach zdrowia. Naszym jednak zdaniem czyny popełnione w okresie psychozy objęte są stanem niepoczytalności, mimo że nie wynikają z objawów chorobowych. W latach sześćdziesiątych leczylśmy kilku mieszkańców Podhala, którzy nielegalnie szyli kożuszki. Było to w tym okresie oceniane jako bardzo poważne przestępstwo. U dwóch z nich rozpoznaliśmy chorobę afektywną, w jednym przypadku jedno-, a w drugim – dwubiegunową. Milicja i Prokuratura nie mogły zrozumieć, jak osoby popełniające tego rodzaju przestępstwo mogą być uznane za chore i niepoczytalne. Podejrzewano lekarzy o wydawanie fałszy-

wych zaświadczeń, a sami pacjenci byli wielokrotnie przesłuchiwanie, rewidowani, inwigilowani. Sprawa zakończyła się zresztą bardzo nieprzyjemnie dla Milicji, kiedy jeden z chorych, czując się zaszczuty, w stanie paniki uciekł w zimie boso do lasu. Odnaleziony po kilkunastu godzinach w stanie krańcowego wyczerpania, musiał poddać się amputacji obu stóp w wyniku odmrożeń, a po kilku miesiącach zmarł z powodu zgorzeli.

Istnieje w końcu możliwość, że pacjent popełni przestępstwo w okresie *lucidum intervallum*. Zajmował się tym już Wachholz [18]. Zastanawia się nad tym, czy można uznać ten stan za okres zupełnego zdrowia psychicznego i uznaje, że jest to raczej stan utajenia choroby, a nie stan zdrowia. Można w tym okresie stwierdzić u chorych wyraźną niestałość i chwiejność nastroju. Chorzy reagują na drobne nawet zewnętrzne bodźce nadmierną drażliwością, wkraczającą bądź to w zakres psychicznego podniecenia, bądź też w zakres depresji. W konkluzji stwierdza: „Jeżeli badanie wykaże, że przerwa wolna (*lucidum intervallum* – dop. nasz), w czasie której popełniono przestępstwo, trwała już czas dłuższy i jeżeli pobudka, która skłoniła do czynu nie nosiła piętna chorobowego i nie była w rażącym niestosunku z samym czynem, wówczas należy sprawców czynów uznać za odpowiedzialnych zań, z tem atoli zastrzeżeniem, że są oni niepełnowartościowi umysłowo, tj., że są dotknięci w tej chwili utajonym stanem chorobowym oraz, że umysł ich i wola są osłabione przez ataki chorobowe, jakie czyn poprzedziły”.

W przedmowie do książki *Psychiatria w procesie karnym* [2] stwierdzono, że już w XVII wieku przyjmowano, iż działanie *in lucido intervallo* nie uwalniało od kary, jednak wykonanie kary na chorym było niedopuszczalne. Pobyt w więzieniu jest zresztą przeciwwskazany nie tylko w stanie czynnej psychozy, ale również w każdym przypadku, w którym w poprzednim okresie stwierdzono manię czy głęboką depresję, niezależnie od tego czy występowały objawy psychotyczne. Szczególną ostrożność należy zachować tam,

gdzie stwierdzono poprzednio próby samobójcze czy znacznie nasilone myśli i tendencje samobójcze. Podobnie jest również w przypadkach manii o znacznym nasileniu. Również tam, kiedy głęboka depresja rozwija się już po czynie, w czasie śledztwa lub pobytu w więzieniu, nawet w oddziale psychiatrycznym, należy zastanowić się nad kontynuowaniem leczenia w trybie wolnościowym. Należy pamiętać, że osoby pozbawione wolności mają zgodnie z *Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego* te same uprawnienia, dlatego leczenie można zastosować wobec nich tylko za ich zgodą, lub gdy lekarz stwierdza zagrożenie dla życia pacjenta lub życia i zdrowia innych. W takim jednak przypadku należy kontynuować leczenie szpitalne poza więzieniem, na podstawie art. 23 tej *Ustawy*. Tyczy to osób, u których depresja psychiatryczna jest formą endogenną, ale również tych, gdzie ma ona charakter reaktywny.

Za każdym jednak razem należy zastanowić się, czy obniżenie nastroju jest nawrotem depresji endogennej, która występowała już poprzednio, pierwszym rzutem tej choroby, czy też ma ona charakter reaktywny. Znaczenie mogą mieć również ewentualne uszkodzenia mózgu doznane np. w czasie wypadku samochodowego. Jedynie w pierwszym przypadku możemy myśleć o orzeczeniu niepoczytalności lub zmniejszonej poczytalności. W innych musimy podjąć decyzję czy podejrzany może zeznawać, stawać przed sądem, ewentualnie czy może przebywać w więzieniu i odbywać orzeczoną karę.

Każda osoba, która jest podejrzana o dokonanie przestępstwa, tym bardziej osoba pozbawiona wolności, nie ma zbyt wiele powodów, aby być w dobrym nastroju. Poczucie zagrożenia, niepewność o przyszłość, trudności materialne, konieczność brania udziału w wielu czynnościach prawnych, niepokój o rodzinę, wstyd, powodują, że obniżenie nastroju, napędu, obniżona samoocena, są bardziej fizjologiczną reakcją niż dobre samopoczucie. Dołączyć do tego może poczucie zagrożenia osobistego lub rodzi-

ny w przypadku, kiedy przestępstwo spowodowało niemożność uregulowania swoich spraw finansowych, oddania długu, czy też wywiązania się ze swoich zobowiązań.

Czasem w wyniku własnego działania, np. spowodowania wypadku samochodowego, dochodzi do poważnego uszkodzenia ciała sprawcy czy też członków jego rodziny, rzadziej do kalectwa lub śmierci kogoś z najbliższych. Znaczenie może mieć również poczucie winy za niewłaściwe postępowanie. Wszystko to powoduje, że u większości osób znajdujących się w trudnej sytuacji, podejrzanych o dokonanie przestępstwa, występuje obniżenie nastroju. Najczęściej nosi ono charakter miernie nasilonych objawów depresyjno-lękowych, czasem jednak może przybierać obraz ciężkiej depresji, nawet na poziomie psychiatrycznym. W tym ostatnim przypadku postępowanie lekarskie jest jasne. Musimy uznać takich chorych za niezdolnych do przesłuchań, przebywania w więzieniu i zalecamy leczenie ambulatoryjne, a częściej szpitalne. Mamy natomiast poważne wątpliwości, czy we wszystkich przypadkach depresji, nawet na poziomie lekkiej lub średnio nasilonej reakcji depresyjnej na poziomie nerwicowym, należy uznać takie osoby za niezdolne do składania zeznań czy też uczestniczenia w przewodzie sądowym.

Z tego rodzaju przypadkami spotykamy się w ostatnich latach coraz częściej. Czasem samo śledztwo czy proces przedłużają się na lata. Np. wg Bobuli-Skupień i Zięby [1] stwierdzono, że w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej orzekano w latach 1992–1994 w 37 przypadkach zaburzeń afektywnych, w tym w sprawach karnych w 26 przypadkach. Niektórzy byli badani dwu- lub trzykrotnie w odstępach kilkumiesięcznych. Wśród tych osób tylko jedna leczyla się przed aresztowaniem z powodu zaburzeń afektywnych (dwie poważne próby samobójcze).

W przypadku 7 aresztowanych u 3 rozpoznano głęboki zespół depresyjno-lękowy z uporczywymi myślami samobójczymi. Tylko jeden został uznany za zdolnego do dal-

szego przebywania w areszcie. Znacznie mniejsze było nasilenie zaburzeń depresyjnych u 16 oskarżonych odpowiadających z wolnej stopy. Jedynie dwóch leczycy się przed rozpoczęciem śledztwa. W tej grupie jedynie trzy osoby uznano za niezdolne do udziału w rozprawie. Tyczyło to dwóch osób leczonych przed sprawą i jednej, u której przed pierwszym przesłuchaniem wystąpiła ostra psychoza depresyjno-lękowa, trwająca wiele miesięcy, mimo leczenia szpitalnego.

W tymże Zakładzie wydano też 37 opinii w sprawach rodzinnych. W 9 z nich chodziło o osoby z rozpoznaniem depresji. Wprawdzie nie jest to znacząca liczba, ale w poprzednich latach w ogóle nie było sprawy, która dotyczyłaby tej problematyki. Sąd pytał najczęściej o sprawy alimentacyjne oraz możliwości sprawowania opieki nad dziećmi. Z naszych doświadczeń wynika, że w niektórych takich przypadkach osoba wnosząca sprawę sama wykazuje zaburzenia, czasem są to alkoholicy lub też osoby z wyraźnymi zaburzeniami osobowości. Depresja u olbrzymiej większości przypadków nie powoduje niezdolności do pracy, a tym bardziej niemożności zajmowania się dziećmi. W okresach zaostrożenia się objawów w postaci głębokiej depresji lub manii, konieczne jest leczenie ambulatoryjne lub szpitalne. Przerwy między poszczególnymi rzutami choroby trwają czasem po kilka lat i nie ma uzasadnienia do kwestionowania władzy rodzicielskiej.

Z naszych badań [16] wynika, że obecnie rzadziej stykamy się z klasycznymi zespołami reaktywnymi w postaci zespołu Gansera, pseudodemencji czy puerylizmu. Jeśli występują, to najczęściej wśród osób starających się o renty i odszkodowania. Najczęściej stwierdza się obecnie zespoły lękowo-depresyjne i omamowo-urojeniowe. Te pierwsze dominują u osób w czasie śledztwa, po raz pierwszy pozbawionych wolności, drugie – wśród skazanych.

Warto zastanowić się, czy rzeczywiście przewlekanie sprawy służy dobru podejrzanego czy oskarżonego. Mniejsze znaczenie ma, czy służy dobru wymiaru sprawiedli-

wości, ponieważ lekarz w pierwszym rzędzie zobowiązany jest respektować interesy chorego. Niewątpliwie są przypadki, kiedy podejrzany nie jest w stanie, ze względu na swój stan zdrowia, zeznawać. Czasem z powodu depresji nie potrafi się skutecznie bronić, a nawet sam się obciąża, często oskarża samego siebie. Wynika to z jego nastawień urojeniowych i poczucia winy. Są to jednak przypadki skrajne, zwykle nie budzące wątpliwości. Niekiedy obniżenie nastroju utrzymuje się przez okres kilku miesięcy albo nawet lat, zwłaszcza, jeśli taka osoba doznała urazów czaszkowo-mózgowych połączonych z utratą przytomności lub też po czynie rozwija się u niej zespół psychoorganiczny.

Czasem nawet przy bardzo dokładnym badaniu trudno rozstrzygnąć wszystkie wątpliwości, jakie orzeczenie przyjąć. Np. w przypadku człowieka, który z powodu zazdrości – zresztą uzasadnionej – strzela do swojej żony, a następnie wkłada pistolet do ust i oddaje strzał. Kula wybija oko i wyrывa płaty czołowe mózgu. Mimo bardzo ciężkich ran badany przeżywa. Co więcej, nie stwierdza się u niego poważniejszych zaburzeń psychicznych. Badania psychologiczne, EEG i PEG nie wykazują żadnych zmian. Jedynym objawem jest całkowita niepamięć zarówno samego czynu, jak i okresu na kilka tygodni wcześniej. Kolejni biegli przyjmują pełną poczytalność, poczytalność ograniczoną, w końcu niepoczytalność. Sąd Najwyższy po kilku latach kwestionuje wyrok, ponieważ został wydany na podstawie opinii biegłych, którzy podejrzewali u badanego depresję, jednak nie mogli jej udowodnić. Na zasadzie *in dubio pro reo* przyjęli niepoczytalność. Sąd Najwyższy stwierdził, że zasada ta tyczy Sądu, a nie biegłych, którzy muszą wydać zdecydowaną opinię. Po obserwacji w naszej Klinice przyjęliśmy również niepoczytalność. Między innymi oparliśmy się na zeznaniach świadków, którzy stwierdzali, że badany na kilka tygodni przed czynem był „osowiały”, nie nawiązywał kontaktu z otoczeniem, płakał.

Zaniepokojeni przełożeni kazali mu oddać broń do depozytu, jednak badany tego nie wykonał. Wprawdzie opinia była jednoznaczna, ale wątpliwości pozostały.

W innym przypadku, u człowieka oskarżonego o podżeganie do zabójstwa, a nawet zainicjowanie czynu i opłacenie zabójców, stwierdziliśmy przewlekłą reakcję urojenowo-depresyjną i niezdolność do stawiania przed sądem. Sprawa ciągnęła się przez wiele lat, my i inni biegli wydawali opinie kilkanaście razy. Objawy zespołu reaktywnego utrzymywały się ponad 20 lat i zaczęły się zmniejszać dopiero w momencie, kiedy u badanego wystąpiły wyraźne objawy otępienne oraz choroba nowotworowa.

Z naszych doświadczeń wynika jednak, że zespół reaktywny nie ma szans na wyleczenie, jeśli nie ustąpią przyczyny go powodujące. Istnieje więc niewielka szansa, że reaktywny zespół depresyjny ustąpi przed ostatecznym zakończeniem sprawy. W innej pracy opisaliśmy człowieka, który skazany dwukrotnie na śmierć z powodów politycznych w latach pięćdziesiątych, zaczął zdradzać objawy reaktywne na poziomie psychotycznym. Po roku 1956 wszyscy jego współoskarżeni zostali zrehabilitowani i uzyskali odszkodowania. Badany natomiast, ze względu na utrzymujące się objawy reaktywne, nie mógł stanąć przed sądem. W tej sytuacji zdecydowaliśmy się na udział w całej rozprawie, wnioskujeć przerwanie jej w momencie nasilenia się zaburzeń psychicznych. W efekcie, choć z trudem, doszło do wydania wyroku. Oskarżony został uniewinniony. Objawy psychotyczne stopniowo zmniejszyły się, aby całkowicie ustąpić po kilku miesiącach. Wg naszego rozeznania chory ten nigdy więcej nie musiał korzystać z leczenia psychiatrycznego.

Jesteśmy przekonani, że nadmierne przedłużanie śledztwa i przewodu sądowego nie służy dobrze rozumianym interesom pacjenta. Powoduje ono utrzymywanie się zaburzeń psychicznych, które po pewnym czasie nabierają charakteru chronicznego. Okres bezczynności, niezdolności do pracy, stanu napięcia i niepewności, jest często wielokrot-

nie dłuższy niż nawet ewentualna kara. W wielu przypadkach powoduje trwałe inwalidztwo. Dlatego, mimo nacisków ze strony samego badanego, jego rodziny czy nawet adwokatów, nie powinno się przedłużać ponad wymaganą miarę zwolnień z pracy czy też wydawania orzeczeń o długotrwałej niezdolności do stawiania przed sądem. Nawet, jeśli zainteresowani będą przeciwko temu protestowali, to na dłuższą metę okazuje się to dla nich korzystne i umożliwia powrót do zdrowia.

PRAWO CYWILNE

Natomiast w prawie cywilnym – uwzględniając indywidualne uwarunkowania – osoby takie winny zostać uznane za zdolne do oświadczenia woli czy sporządzenia testamentu. Powołujemy się tu na opracowanie Kołakowskiego [9, 10], który pisze m.in.: „Jeśli opiniowany dokonał lub zamierza dokonać prostej, nieskomplikowanej umowy, np. kupna–sprzedaży, darowizny, dzierżawy, zamiany, wynajmu, to oczywiście wymagania, co do jego stanu psychicznego siłą rzeczy są mniej rygorystyczne, natomiast jeśli czynność prawna jest bardziej skomplikowana, umowa zawiera szereg punktów, warunków itp., to sprawność psychiczna badanego kontrahenta tej umowy musi być znacznie lepsza, właściwie stan psychiczny nie powinien budzić wątpliwości”. I dalej: „Postawienie rozpoznania psychiatrycznego jest pierwszym etapem wnioskowania, następnie bowiem należy stwierdzić związek przyczynowy między tym stanem a świadomością powzięcia konkretnej decyzji... konkretyzując, można stwierdzić, iż jedynie pacjent znajdujący się w okresie ostrych, czynnych objawów psychotycznych, występujących w chwili dokonywania spornej czynności prawnej oraz osoba dotknięta głębokim niedorozwojem umysłowym są pozbawione psychicznej zdolności do złożenia ważnego oświadczenia woli. W innych sytuacjach należy bezwzględnie oceniać zarówno stan psychiczny probanta, jak i samą czynność prawną, której doko-

nał... W przypadku psychoz endogennych możliwe są sytuacje, iż nie tylko w okresie dobrej remisji objawowej, ale nawet w stanach subpsychotycznych, jeśli chory dokonał celowej, zgodnej z jego intencjami i korzystnej czynności prawnej, należy uznać ją za ważnie zawartą”.

Osobnym zagadnieniem jest zdolność do zawarcia małżeństwa. Art. 12 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, mówiący, że osoba chora psychicznie lub dotknięta niedorozwojem umysłowym jest zdolna do zawarcia małżeństwa jedynie za zgodą Sądu, był przez wiele lat przepisem martwym. W latach siedemdziesiątych Sąd Najwyższy wydał dwa wyroki unieważniające małżeństwo z powodu występującej wcześniej depresji, mimo że w chwili postępowania sądowego osoby te nie zdradzały objawów chorobowych. Mimo to wystąpienia do Sądu w przypadku wcześniejszej choroby należą nadal do rzadkości. Osobiście nie znamy żadnego takiego przypadku. Zainteresowanych tym problemem odsyłamy do opracowania Kołakowskiego „Ocena psychicznej zdolności do zawarcia małżeństwa” [11].

ZDOLNOŚĆ DO PRACY I INWALIDZTWO

Jedynie skrótowo omawiamy w tym doniesieniu problem zdolności do pracy i inwalidztwa powodowanego przez chorobę afektywną. W większości przypadków chory po kilkumiesięcznym okresie niezdolności do pracy wraca do pełnego zdrowia i może kontynuować dotychczasową pracę. Jedynie wyjątkowo poszczególne fazy choroby afektywnej przedłużają się do kilkunastu miesięcy, fazy przechodzą jedna w drugą lub też okresy pomiędzy poszczególnymi nawrotami są bardzo krótkie. U ludzi starszych czasem dołączają się objawy zespołu psychoorganicznego i choroba nabiera charakteru chronicznego bez wyraźniejszych okresów poprawy. W takich przypadkach powinniśmy uznać badanego za całkowicie niezdolnego do pracy zarobkowej i uznać go za in-

walidę drugiej grupy. Znacznie rzadziej, jeśli utrzymują się stałe tendencje samobójcze, bezradność, głębokie obniżenie nastroju, możemy myśleć o pierwszej grupie inwalidzkiej. Większość jednak takich pacjentów przebywa w szpitalach psychiatrycznych, często przez wiele lat.

Niecelowe jest przyznawanie inwalidztwa trzeciej grupy lub zbyt pochopne kierowanie chorych na rentę, np. po pierwszym rzucie choroby lub przy niewielkim nasileniu się objawów. W wielu przypadkach przesądza to o tym, iż taki człowiek już nigdy nie podejmie pracy i staje się inwalidą w młodym wieku.

Na nasze decyzje mają jednak wpływ różne czynniki pozamedyczne. Bardzo często chorzy, którzy uzyskali pełną zdolność do pracy wg kryteriów medycznych, są po leczeniu zwalniani z pracy. Dotyczy to zwłaszcza kobiet. Powodowane jest to zarówno małą tolerancją wobec osób, które przebyły, choćby przelotnie, zaburzenia psychiczne, ale również tym, że wiele zakładów pracy jest zmuszonych, ze względów ekonomicznych, do zwalniania ludzi. Niechętnie widziani są również ci, którzy korzystają często ze zwolnień lekarskich, zwłaszcza przez okres kilku miesięcy. Większość pracodawców zwalnia te osoby, które mogą, chociaż nie muszą, przejść na rentę. W tej sytuacji zmuszeni jesteśmy po pewnym czasie wnioskować inwalidztwo, ponieważ prawie u wszystkich tych osób po wielokrotnych próbach znalezienia pracy dochodzi do załamania, pogorszenia się stanu zdrowia, wystąpienia objawów lęku, paniki, a czasem nawet do prób samobójstwa. Mimo że w takich przypadkach zwykle przyznawane są świadczenia rehabilitacyjne, dla wielu osób jest to definitywne rozstanie się z pracą. Występuje u nich wyraźne obniżenie samooceny, brak wiary w możliwość znalezienia pracy, czy też możliwości usamodzielnienia się przez podjęcie własnej działalności gospodarczej. Wielu z nich zdradza objawy wyuczony bezradności, rezygnują ze wszystkich możliwości zmiany swego losu,

zadowalając się rentą, która zapewnia skromne, ale pewne utrzymanie się. Ich złe samopoczucie pogarsza stała niepewność co do przyszłości, a zwłaszcza, czy w następnych latach komisja inwalidzka przedłuży im rentę. Z naszych doświadczeń wynika, że ludzie ci wykazują przez wiele lat objawy depresji, pojawiają się u nich choroby psychosomatyczne, a funkcjonowanie w rodzinie i środowisku jest zaburzone. Poprawy można oczekiwać dopiero po przyznaniu stałego inwalidztwa lub też znalezieniu pracy, czy podjęciu działalności gospodarczej na własny rachunek. W takich przypadkach zwykle już po kilku tygodniach występuje wyraźna poprawa, a po kilku miesiącach niepotrzebne staje się dalsze leczenie psychiatryczne.

WNIOSKI

Problematyka orzekania w przypadku chorób afektywnych zarówno w sprawach karnych, cywilnych, jak i inwalidzkich, w ostatnich latach staje się coraz bardziej istotna. Jak podkreślaliśmy, zagadnienia te były poprzednio traktowane marginesowo. W podręcznikach psychiatrii sądowej cyklofrenia opisywana była skrótowo ze względu na wyjątkowo małą liczbę naruszeń prawa przez osoby depresyjne, a nawet będące w stanie manii. Świadczy o tym m.in. fakt, iż w bibliografii psychiatrii sądowej z lat 1945–1975 nie ma ani jednej pracy poświęconej depresji.

W ostatnich latach liczba osób z rozpoznaniem depresji rośnie. O ile poprzednio przyjmowało się rozpowszechnienie depresji na 0,4–0,5%, to obecnie mówi się o 3–4%, a w wieku ryzyka, a więc po 35 roku życia, nawet o 10%. Częściej również rozpoznaje się różne inne postacie depresji, w tym głównie na poziomie nerwicowym. Zwiększyła się liczba reaktywnych zespołów depresyjno-lękowych w stosunku do typowych zespołów reaktywnych. Również sytuacja społeczna, bezrobocie, lęk przed utratą pracy, narastająca w niektórych środowiskach bieda, brak pewności jutra przyczyniają się do

tego, że postacie depresyjne są obecnie częściej rozpoznawane.

1. W przypadkach depresji czy manii nie ma wątpliwości, że przyjmujemy niepoczytalność. Tylko wyjątkowo orzekamy u tych ludzi o poważnym niebezpieczeństwie dla porządku prawnego i konieczności interwencji. W czynach popełnianych w okresie pełnej remisji przyjmujemy pełną poczytalność, jednak ewentualne odbywanie kary pozbawienia wolności jest wykluczone. Rzadziej, jeśli remisja nie jest pełna, orzekamy znaczne ograniczenie zdolności rozumienia znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem.
2. W przypadkach depresji na poziomie nerwicowym orzekamy zazwyczaj pełną poczytalność, chociaż wyjątkowo, jeśli przestępstwo jest związane ze stanem zdrowia, możemy przyjmować poczytalność ograniczoną. Osoby takie mogą okresowo być niezdolne do składania zeznań czy stawania przed sądem, należy jednak dążyć do skrócenia tego okresu, ponieważ przewlekanie sprawy może pogłębiać doznania chorobowe, a nawet spowodować przejście choroby w stadium chroniczne. Dotyczy to zwłaszcza różnych form reakcji depresyjnych, czy depresyjno-lękowych, które wystąpiły już po popełnieniu przestępstwa. Szansa, że objawy takie ustąpią przed ostatecznym rozwiązaniem sprawy, jest niewielka.
3. W prawie cywilnym, oprócz osób z w pełni rozwiniętą chorobą afektywną na poziomie psychotycznym, zarówno w formie manii czy depresji, należy indywidualnie orzekać, czy osoba taka miała zachowaną zdolność wyrażenia woli czy też sporządzenia testamentu. Najczęściej jest ona zachowana. Niecelowe jest ubezwłasnowolnienie chorych, z wyjątkiem przypadków krańcowych, o przebiegu chronicznym lub powikłanym zmianami organicznymi.
4. Epizod choroby afektywnej, przebytej przed zawarciem małżeństwa, może być podstawą do unieważnienia małżeństwa. Jeśli choroba rozwinęła się już w czasie

małżeństwa, może stać się przyczyną rozvodu jedynie wtedy, kiedy powoduje ona zupełny i trwały rozkład pożycia.

5. Choroba afektywna zwykle powoduje jedynie okresową niezdolność do pracy. W przypadku nawracających depresji czy manii, o krótkotrwałej poprawie lub o przebiegu chronicznym, czy też powikłanym zespołem psychoorganicznym, konieczne jest orzekanie całkowitej niezdolności do pracy. Wyjątkowo, również pierwszej grupy, jeśli osoba taka wymaga stałej opieki z powodu bezradności, utrwalonych tendencji samobójczych.
6. W ostatnich latach pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, w tym również choroby afektywnej, napotykają duże trudności z powrotem do pracy i często są z niej zwalniani. Powoduje to pogorszenie się ich stanu zdrowia, obniżenie nastroju, narastające poczucie zagrożenia, stany lękowe, a nawet ataki paniki. W tych przypadkach konieczne staje się skierowanie ich na rentę rehabilitacyjną i przyznanie trzeciej grupy inwalidzkiej. Często jednak przy przedłużaniu się tej sytuacji niezbędne będzie orzeczenie drugiej grupy inwalidzkiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bobula-Skupień E., Zięba A.: Orzekanie w depresji. Praca przekazana do druku.
2. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition DSM-IV. Am. Psychiatric Association 1995.
4. Falicki Z.: Inwalidztwo i orzecznictwo inwalidzkie w zaburzeniach psychicznych. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1989.
5. Gaberle A., Gierowski J.K., Ryn Z., Szymusik A.: Psychiatria i psychologia sądowa. Bibliografia polska 1945–1975. PWN, Warszawa 1980.
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1979.
7. Kodeks cywilny. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Kodeks postępowania cywilnego. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1976.
8. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1978.
9. Kołakowski S.: Opiniowanie w sprawach dotyczących ważności testamentu. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej. Coll. Med. UJ, Kraków 1996, 230–247.
10. Kołakowski S.: Opiniowanie w sprawach dotyczących ważności oświadczenia woli. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej. Coll. Med. UJ, Kraków 1996, 220–229.
11. Kołakowski S.: Ocena psychicznej zdolności do zawarcia związku małżeństwa. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej. Coll. Med. UJ, Kraków 1996, 259–269.
12. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 1996.
13. Pużyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 1979.
14. Szymusik A.: Gerichtpsychiatrische Zustände und Täungsdelikte Kriminalpsychologie und Kriminalpsychopathologie. Gustav Fischer Verlag, Jena 1984, 200–205.
15. Szymusik A.: Psychiatria sądowa. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1989.
16. Szymusik A., Teleśnicki S.: Aktualny obraz zespołów reaktywnych. Post. Psychiatr. Neurol. 1997, 6, supl. 14, 9–15.
17. Uszkiewiczowa L.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w świetle 4200 ekspertyz szpitalnych. Arch. Krym. PWN, Warszawa 1960, t. 1, 297–359.
18. Wachholz L.: Psychopatologia sądowa. Kraków 1923.