

Nowe niepożądane zjawiska w praktyce psychiatrycznej, spotykane podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego

*New, undesirable phenomena in psychiatric practice, noted in the course
of forensic psychiatric opinions formulation*

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Autorka omawia przykłady niepożądanych zachowań psychiatrów w codziennej praktyce ogólnopsychiatrycznej, rzutujących na wizerunek psychiatry w oczach przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości i społeczeństwa. Dotyczą one: (1) ulegania wpływom osób, przeciwko którym prowadzone jest postępowanie karne, (2) wydawania zaświadczeń, których treść przekracza kompetencje lekarza, nie będącego biegłym lub nie znajduje potwierdzenia w dokumentacji, (3) nieprawidłowości w prowadzeniu historii choroby oraz (4) samowolnego podejmowania czynności biegłego bez uprawnienia organu prowadzącego postępowanie karne.

SUMMARY. The author describes examples of undesirable behaviors of psychiatrists in general psychiatric practice, affecting the image of the profession as perceived by the administration of justice and local community representatives. The following categories of such behaviors were distinguished: (1) submitting to pressures of persons against whom penal proceedings are conducted, (2) issuing certificates that either are beyond the competences of the psychiatrist not being a court expert, or have no confirmation in medical records, (3) inappropriate documentation of the patient's medical history, and (4) wilful undertaking the forensic expert's actions without authorization by the court by which penal proceedings are instituted.

Słowa kluczowe: psychiatria sądowa / kompetencje lekarza / etyka w psychiatrii
Key words: forensic psychiatry / physician's competences / ethics in psychiatry

Sprawy, które poruszam, w większości przypadków nie mają bezpośredniego związku z wykonywaniem zadań biegłego psychiatry, a wiążą się z nimi jedynie pośrednio. Rzutują one jednak na wizerunek psychiatry nie tylko w oczach przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości, ale – za pośrednictwem mediów, poruszających ostatnio bardzo często zagadnienie tzw. „wariackich” lub „żółtych papierów” dla sprawców poważnych przestępstw – w oczach społeczeństwa. Przedstawiam je zatem psychiatrom ku przestrodze, zwłaszcza, iż w ciągu mojej ponad 35-letniej pracy w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie do czasu wejścia w okres transformacji ustro-

jowej Państwa były to zjawiska sporadyczne, a ostatnio liczba ich narasta. Nie można tego tłumaczyć większą aktywnością psychiatrów w gabinetach prywatnych, gdyż niepożądane działania spotykamy częściej u lekarzy zatrudnionych w społecznej służbie zdrowia, w poradniach lub szpitalach, choć bywa, że lekarz prowadzący pacjenta w gabinecie prywatnym jednocześnie podejmuje wobec niego nieprawidłowe działania w instytucji społecznej służby zdrowia. Należy zauważyć wzmożoną inicjatywę i aktywność osób, wobec których prowadzone jest postępowanie przygotowawcze lub karne, starających się kierować swoją sprawą, wybierających miejsca badań i osoby

biegłych psychiatrów, przy ich zresztą pomocy i przy tolerancyjnym, a może bezradnym stosunku do tego organów prowadzących postępowanie.

Pragnę przedstawić przykłady takich niepożądanych zachowań, na które natknęliśmy się w Klinice w latach 1994 i 1995. Nieprawidłowości dotyczyły: (1) ulegania wpływom osób bezpośrednio zainteresowanych badaniem (podejrzanych lub oskarżonych), (2) treści i formy wydawanych zaświadczeń lekarskich, (3) sposobu prowadzenia dokumentacji lekarskiej (historii choroby), (4) podejmowania czynności biegłego bez odpowiedniego postanowienia organu prowadzącego postępowanie (prokuratora lub sądu) z własnej inicjatywy.

ULEGANIE WPŁYWOM SPRAWCY LUB JEGO RODZINY

Z akt Sądu Rejonowego. 27-letni mężczyzna w stanie nietrzeźwości alkoholowej kierował pojazdem osobowym, powodując wypadek, w którym 3 osoby (w tym sprawca) doznały bardzo poważnych obrażeń ciała i zostały zniszczone dwa samochody. Po leczeniu w oddziale intensywnej opieki medycznej, a następnie w oddziale neurochirurgicznym (w wypadku doznał wstrząśnienia mózgu, złamania prawej szczęki, złamania zespołu jarzmowo-szczękowo-oczodołowego po lewej z urazem gałki ocznej, 3 dni był nieprzytomny) pozostawał pod opieką psychiatrów w poradni zdrowia psychicznego przy szpitalu innego resortu niż Ministerstwo Zdrowia, do czego miał uprawnienia. Co kilka miesięcy wydawali oni zaświadczenia stwierdzające u pacjenta „cechy encefalopatii pourazowej z rozpoczynającym się zespołem psychoorganicznym”, „podejrzanie padaczki pourazowej”, zespół zależności alkoholowej”. Spowodowało to poddanie go badaniu ambulatoryjnemu przez biegłych psychiatrów, którzy dla oceny głębokości zmian psychoorganicznych i przeprowadzenia badań w kierunku sugerowanej padaczki wnieśli o poddanie go obserwacji sądowo-psychiatrycznej w rejonowym szpitalu psychiatrycznym. Na 5 dni przed wyznaczonym terminem przyjęcia na obserwację oskarżony zgłosił się do swoich psychiatrów, prowadzących go wcześniej i nie powołanych do roli biegłych. Wydali mu zaświadczenie stwierdzające

„pogorszenie stanu psychicznego ze wskazaniem do pilnej hospitalizacji”, a sąd wydał nowe postanowienie zmieniające miejsce obserwacji ze szpitala rejonowego (do którego miał trafić za 5 dni) do szpitala będącego miejscem zatrudnienia psychiatrów, wydających zaświadczenie o pilnej hospitalizacji. Przyjęli go jednak dwa tygodnie później, niż miał wyznaczony termin w szpitalu rejonowym. Po 14-dniowej obserwacji wydali opinię stwierdzającą u sprawcy rozwinięty zespół psychoorganiczny charakteropatyczno-otępienny, padaczkę ze stanami pomrocznymi i zespół zależności alkoholowej, zaś w okresie czynu „z powodu chorób wymienionych wyżej, a nadto w kodeksowo pojmanymanym stanie nietrzeźwości miał wyłączoną zdolność rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swym postępowaniem w rozumieniu art. 25 § 1 kk”. Zdaniem biegłych z powodu wyżej wymienionych trwałych zaburzeń psychoorganicznych „nie mógł powstrzymać się od wprowadzenia się w ewentualny stan nietrzeźwości, ani przewidzieć jego skutków”. Podczas rozprawy sądowej dodali ponadto, że w „90% są zdania, iż w momencie wypadku wystąpiły u niego objawy padaczkowe”.

Ponieważ opinia sądu nie przekonała, badany przebywał na 5-tygodniowej obserwacji w naszej Klinice. Nie wdając się w szczegóły podaję, że nie podzieliliśmy opinii biegłych zarówno co do diagnozy – rozpoznaliśmy zespół psychoorganiczny charakteropatyczny, a wybiórcze deficyty w sferze intelektualnej nie dały podstawy do rozpoznania otępienia, nie znaleźliśmy podstaw do rozpoznania padaczki, potwierdziliśmy zespół zależności alkoholowej. Jego poczytalność oceniliśmy jako ograniczoną w stopniu znacznym ze względu na nasilenie zaburzeń, obniżenie krytycyzmu do nałogu i jego skutków, przy aprobującej picie alkoholu postawie najbliższego otoczenia. W okresie zarzucanego mu czynu znajdował się w stanie zwykłego upicia alkoholem.

TREŚĆ I FORMA ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH

Przedstawiam dwa przykłady zaświadczeń lekarskich, które budzą wątpliwości swą formą lub treścią, robią wrażenie nieprofesjonalnych, choć są wydawane przez

doświadczonych lekarzy, o których wiadomo, że pełnią również obowiązki biegłych.

Prokuratura Rejonowa prowadziła dochodzenie przeciwko 28-letniemu sprawcy kradzieży zuchwałej, przywłaszczenia pieniędzy i dokumentów, które następnie zniszczył, puszczenia w obieg dwu podobionych banknotów polskich po 1.000.000 zł – wszystko w ramach oferty sprowadzenia samochodu z zagranicy po niskiej cenie.

Do poradni zdrowia psychicznego zgłosił się na miesiąc przed terminem dokonania pierwszego zarzucanego mu czynu, skarżąc się na zaburzenia pamięci i uwagi, „czasami nie wie co robi, a potem tego żałuje”. W trakcie prowadzonego przeciwko niemu dochodzenia matka informowała lekarza, że syn od roku zdradza „zaburzenia psychiczne, postępuje nierozsądnie, pożyczka od znajomych i w lombardach bardzo duże sumy pieniędzy i nie wiadomo, co z nimi robi”. Pacjent potwierdził te informacje dodając, że ostatnio pożyczył 100 milionów złotych i nie wie co z nimi zrobił. Jednocześnie zgłaszał lęki i wypowiadał podejrzenia, że jest podsłuchiwany, że „przyjdą po niego”. Dostał skierowanie do szpitala psychiatrycznego, lecz lekarz w izbie przyjęć nie widział potrzeby przyjęcia go. Wtedy lekarz poradni wydał pacjentowi zaświadczenie następującej treści: „Zaświadczenie – niezdolny do kierowania postępowaniem. Urojeniowy. Zaciąga długi, nie wie co z nimi zrobił”.

Wątpliwości budzi zarówno forma zaświadczenia, jak jego treść, sprawiająca wrażenie spisanej na życzenie pacjenta. Ponadto pisząc „niezdolny do kierowania postępowaniem” lekarz w sposób nieuprawniony dotyka zagadnienia poczytalności, wypowiadając się „tak w ogóle”, nie znając zarzutów, czego mu robić nie wolno, a o czym jako niejednokrotnie pełniący obowiązki biegłego, wiedzieć powinien. Obserwacja sądowo-psychiatryczna pozwoliła na stwierdzenie u podejrzanego nieprawidłowej osobowości z okresową skłonnością do nadużywania alkoholu, co nie dawało podstaw do kwestionowania jego poczytalności w stosunku do zarzucanych mu czynów w rozumieniu art. 25 § 1 lub 2 kk.

Prokuratura Rejonowa prowadziła dochodzenie przeciwko 54-letniemu dyrektorowi banku, zarzu-

cając mu zagarnięcie mienia znacznej wartości, niedopełnienie obowiązku i przekroczenie uprawnień dyrektora banku przez udzielenie i wypłacenie ponad miliardowych kredytów osobie prywatnej, innemu bankowi i innemu przedsiębiorstwu. Na prowadzone przeciwko niemu dochodzenie zareagował zaburzeniami psychosomatycznymi (nadcisnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, dystonia neurovegetatywna). Lekarz PZP z rozpoznaniem „depresja nerwicowa z komponentą lękową” skierował go na oddział psychiatryczny, w którym przebywał blisko 10 miesięcy. Tu wydano dla prokuratury zaświadczenie stwierdzające: „Przewlekły zespół depresyjny w przebiegu encefalopatii, nadcisnienie tętnicze i choroba wieńcowa” i, że „przesłuchiwanie go w obecnym stanie może zaostrzyć schorzenia i bardzo niekorzystnie wpłynąć na leczenie”, zaś w 3 miesiące później w zaświadczeniu dla obrońcy stwierdzono: „Encefalopatia z rozpoczynającym się zespołem psychoorganicznym. Przewlekły zespół depresyjny z komponentem urojeniowo-podobnym”. Termin leczenia jest nie do określenia, gdyż „encefalopatia to proces dynamiczny, a po drugie zespół psychotyczny nałożony na to schorzenie ewoluuje w niekorzystnym kierunku = obłąd, co potwierdza między innymi test Wiskad wskazujący na ewolucję zespołu psychotycznego w kierunku obłądę”.

W historii choroby tego oddziału notowano, że pacjent przejawiał spowolnienie psychoruchowe, obniżenie nastroju, zniechęcenie i zaburzenia snu. Wobec lekarzy przejawiał nieufność i podejrzliwość, skarżył się na natrętne myśli o przykrej treści i lęk przed uwięzieniem. Stan ten oceniono jako przewlekły zespół depresyjno-lękowy z komponentem urojeniowo-podobnym, podkreślano obecność chorób psychosomatycznych – „wszystkie te choroby powiązane są ze sobą na zasadzie błędnego koła”. Lekarz prowadzący pacjenta został przesłuchany przez prokuratora na temat objawów chorobowych i leczenia, wyjaśnił zapisy w historii choroby, po czym wyraził zgodę na przesłuchanie pacjenta w szpitalu. Przy wypisie notowano „urojenia o charakterze ksobnym i prześladowczym”, ale w ciągu całego pobytu nie notowano żadnych wypowiedzi pacjenta, świadczących o zaburzeniach treści myślenia.

Bezpośrednio z tego oddziału został on przyjęty do Kliniki Psychiatrii Sądowej, gdzie zachowywał się spokojnie, dostosowanie, nawiązywał rzeczowy kontakt z badającymi i otoczeniem, nie wypowiadał treści

urojeniowych, nie przejawiał żadnych objawów psychotycznych. Skargi na dolegliwości somatyczne odzwierciedlały obraz stwierdzonych u niego schorzeń układu krążenia, zaś wypowiedziane obawy o stan swego zdrowia i niepokój o dalszy swój los wiązały się z jego realną sytuacją zdrowotną i sprawą karną. Obserwacja w Klinice pozwoliła na stwierdzenie u pacjenta rozpoczynającego się zespołu psychoorganicznego (stadium neurasteniczne), a na tym tle, w związku z prowadzoną sprawą karną, wystąpiła u niego reakcja sytuacyjna subdepresyjno-lękowa, która nie dawała podstaw do kwestionowania jego poczytalności odnośnie zarzucanych mu czynów, nawet jeżeli w poprzednim oddziale psychiatrycznym sytuacyjna reakcja depresyjno-lękowa głębokością swą zbliżała się do psychozy, gdyż wystąpiła ona już po okresie objętym zarzutami.

Ponadto spotykamy w aktach zaświadczenia wypowiadające się o niezdolności osób podejrzanych, oskarżonych lub skazanych do udziału w postępowaniu karnym, w rozprawie sądowej lub do odbycia kary pozbawienia wolności wydawane przez lekarzy z prywatnych gabinetów lekarskich. Pomijając to, że lekarzowi prowadzącemu pacjenta w gabinecie prywatnym niezręcznie jest stwierdzać, że może on odbywać karę pozbawienia wolności, to opinię na ten temat powinien wydawać powołany przez prokuratora lub sąd – biegły, nie tylko na podstawie badania osoby, której to dotyczy, lecz również na podstawie znajomości akt sprawy. Najczęstszymi rozpoznaniem, na które powołują się autorzy zaświadczeń o niezdolności do wyżej wymienionych czynności, są zespoły depresyjne o różnym nasileniu i etiologii, szczególnie modne stało się rozpoznawanie depresji endoreaktywnej.

W aktach znajdujemy też zaświadczenia potwierdzające fakty, które nie znajdują potwierdzenia w dokumentacji lekarskiej.

Prokuratura Wojewódzka zarzucała 24-letniemu prezesowi i jednoosobowemu udziałowcy firmy handlowej wyłudzenie węgla i nawozów

sztucznych wartości co najmniej 16 miliardów starych złotych od kopalni węgla. Po dwóch miesiącach pozbawienia wolności obrońca oskarżonego wniósł o powołanie biegłego – neurologa i psychiatry, gdyż dalszy jego pobyt w areszcie powoduje niebezpieczeństwo dla jego zdrowia i życia, na co, zdaniem obrońcy, wskazuje fakt, że wcześniej leczył się w prywatnym gabinecie psychiatrycznym. Do tego wniosku obrońca dołączył 4 dokumenty: (1) zaświadczenie neurologa ze społecznej służby zdrowia stwierdzające, że leczył pacjenta od 1991 r. z powodu bólów kręgosłupa, a od 1992 r. z powodu nerwicy depresyjnej, (2) kserokopię historii choroby prowadzonej przez tego lekarza: wpisy w październiku i listopadzie 1991 r. mówią o bólach kręgosłupa promieniujących do lewej kończyny dolnej (ischialgia sin.), zaś wpisy z lutego, czerwca, września 1992 r. mówią o obniżeniu nastroju, lękach, bezsenności, bólach głowy, które to objawy w styczniu 1993 r. nasiliły się i pojawiły się myśli samobójcze. Z rozpoznaniem: „neurosis depressiva” neurolog skierował do psychiatry w innym mieście, gdyż pacjent nie chciał leczyć się psychiatrycznie w mieście rodzinnym, (3) zaświadczenie z prywatnego gabinetu psychiatrycznego, że leczył się od września 1993 r. do lipca 1994 r. z rozpoznaniem: „Osobowość schizoidalna. Zespół apatyczno-abuliczny”. Stosowano mirenil i amitryptylinę, a przy ostatniej wizycie skierowano do szpitala psychiatrycznego. Dokumentacji lekarskiej lekarz nie prowadził, bo pacjent nie korzystał ze zwolnień lekarskich; (4) zaświadczenie podpisane przez ordynatora jednego ze szpitali psychiatrycznych, potwierdzające zgłoszenie się pacjenta do tego szpitala wiosną 1992 r. ze skierowaniem poradni neurologicznej. Stwierdzono u niego zespół depresyjny znacznie nasilony i wymagający leczenia szpitalnego, na które nie wyraził zgody. Otrzymał leki i polecenie zgłoszenia się do kontroli. Zaświadczenie nie precyzuje w jakim trybie pacjenta badano.

Prokuratura zażądała udokumentowania powyższych stwierdzeń. Przesłuchiwany autor zaświadczenia twierdził, że pacjent zgłosił się do lekarza dyżurnego izby przyjęć. Zgłoszenie się pacjenta do szpitala, o jakim mowa w czwartym zaświadczeniu, nie zostało nigdzie odnotowane, ani w poradniach przyszpitalnych: neurologicznej lub psychiatrycznej, ani w raportach pielęgniarki dyżur-

nej lub lekarza dyżurnego izby przyjęć, ani w książce odmów. Przesłuchany został też neurolog, autor cytowanej w pkt. 2 historii choroby, która została poddana ekspertyzie grafologicznej. Grafolog stwierdził, że zapisy od 2.06.1992 r. do 11.01.1993 r. zostały dokonane jednego dnia, a ponadto ustalono, że daty zapisów w historii choroby przypadają na dni świąteczne (kiedy poradnie społecznej służby zdrowia nie pracują), a także na dzień, w którym neurolog sam korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Prokurator stwierdził, że śledztwo ujawniło fałszerstwo zapisów w historii choroby prowadzonej przez neurologa, a więc wydane przez niego zaświadczenie i historie choroby noszą znamiona poświadczania nieprawdy. Wiadomo nam, że wobec tego lekarza sporządzono akt oskarżenia, ale sprawa nie została jeszcze zakończona.

Jest to drugie postępowanie karne, o którym wiemy. Aktualnie, inna Prokuratura Rejonowa prowadzi postępowanie wyjaśniające wobec lekarki, która poświadczyla nieprawdę, stwierdzając, że w poradni leczyła pacjenta od wcześniejszej daty, niż to miało miejsce w rzeczywistości i niż jest udokumentowane w historii choroby.

PROWADZENIE DOKUMENTACJI LEKARSKIEJ (HISTORII CHOROBY)

Z akt Sądu Wojewódzkiego. Pani prokurator została oskarżona o żądanie i przyjmowanie korzyści majątkowej w zamian za obietnicę umorzenia postępowania bądź innego korzystnego dla sprawcy pokierowania sprawą (np. poświadczyla nieprawdę, usuwała dokumenty itp.), doprowadzając szereg osób do niekorzystnego rozporządzenia majątkiem.

Podczas około półrocznego pobytu w areszcie zgłaszała wiele różnego rodzaju dolegliwości somatycznych, w związku z czym była badana przez różnych specjalistów, w tym psychiatrę. Rozpoznał u niej „nerwicę układu wegetatywnego ze stanami depresyjnymi sytuacyjnymi”. Na wniosek obrońcy była też badana przez biegłych psychiatrów, którym powiedziała, że nigdy dotychczas nie leczyła się u psychiatry, jedynie w okresie studiów u neurologa, z powodu do-

legliwości kręgosłupa szyjnego. Biegli stwierdzili u niej „zaburzenia zachowania warunkowane nieprawidłowym rozwojem osobowości i zmianami organicznymi” (nieznaczne zmiany w zapisie EEG i TC głowy). Ze względu na labilność afektywną i wahania nastroju zalecili opiekę psychiatry, okresowo w warunkach szpitala psychiatrycznego. Po opinii biegłych została zwolniona z aresztu odpowiadając z wolnej stopy. Na kolejne rozprawy sądowe nie zgłaszała się przedstawiając zaświadczenia z PZP, że leczy się z powodu zaburzeń reaktywnych i nie jest zdolna do udziału w rozprawie. W końcu zgłosiła się na rozprawę i brała żywy udział zadając pytania świadkom. We wrześniu 1994 r., to jest w 2 lata po rozpoczęciu postępowania wobec pani prokurator, obrońca jej na rozprawie oświadczył, iż dotychczas nie ujawniła ona faktu, że od 1991 r. leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, wnosząc o dopuszczenie kserokopii historii choroby z PZP przy tym szpitalu i o ustosunkowanie się biegłych do tego faktu.

Sąd miał trudności z uzyskaniem oryginału historii choroby. Szpital przeczył, by wymieniona figurowała jako pacjentka szpitala, lecz po dłuższej korespondencji okazało się, że dokumentacją dysponowała lekarka z ambulatorium Oddziału Interwencyjno-Kryzysowego. Historia choroby nie była zaopatrzona w pieczętkę instytucji, odręcznie u góry napisano nazwę szpitala, nie podano liczby księgi głównej. Lekarkę prowadzącą tę historię choroby (od 7 lutego 1991 r.) przesłuchano jako świadka. Zeznała, że pacjentkę leczyła 3 lata, pieczętki instytucji brakuje przez przeoczenie świadka, ale w tym ambulatorium około 3/4 pacjentów nie ma pieczęci na historii choroby. Pamięta, że kartę statystyczną pacjentki wypełniała, ale nie odprowadziła jej do ruchu chorych – nie umiała odpowiedzieć, czy wszyscy jej pacjenci nie mieli odprowadzonych kart statystycznych, bo „interesuje ją dobro pacjenta, a nie sprawy urzędnicze”, ale stwierdziła, że nieodprowadzenie karty stało się przyczyną zaprzeczenia dyrekcji szpitala, że pacjentka figuruje w ruchu chorych.

Sama pacjentka wyjaśniła sądowi, że dlatego nie powiedziała biegłym o tym leczeniu, bo liczyła, że „ta farsa skończy się”, zaś leczenie w tym właśnie ambulatorium podjęła dlatego, że poszukiwała dobrego psychiatry poza swoim województwem, nie chcąc ujawniać faktu leczenia swojemu środowisku. Zdecydowała się na ujawnienie tego faktu pod wpływem obrońcy.

Być może dlatego, że sprawa była już na etapie sądu, nie wszczynano postępowania wyjaśniającego wobec tej lekarki, lecz w trakcie rozprawy przebiegała nieufność co do prawidłowości sporządzenia tej historii choroby.

Na inny sposób prowadzenia dokumentacji lekarskiej natknęliśmy się:

w aktach jednej z Prokuratur Rejonowych, która zarzucała właścicielowi spółki cywilnej, że działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą w warunkach przestępstwa ciągłego zagarnął mienie społeczne w kwocie bliskiej 7 miliardów starych złotych na szkodę dwóch banków (inne działania).

Bank zawiadamiający prokuraturę o przestępstwie poinformował, że podejrzany w dniach 30.07.1993 r., 31.07.1993 r. i 3.08.1993 r. pobrał z kasy firmy łącznie kilkaset milionów złotych, a w dniu 4.08.1993 r. ogłosił upadłość firmy, a to wszystko odbywało się w czasie hospitalizacji psychiatrycznej podejrzanego. Informacja ta stała się powodem powołania biegłych psychiatrów, którzy wnieśli o obserwację sądowo-psychiatryczną w Klinice Psychiatrii Sądowej, ponieważ wcześniejsza hospitalizacja odbywała się w ośrodku klinicznym. Uzyskaliśmy historie choroby z kliniki psychiatrycznej, w której podejrzany przebywał trzykrotnie z rozpoznaniem zespołu paranoidalno-depresyjnego u osoby z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Mimo półtorarocznego leczenia w gabinecie prywatnym, zgłosił się bez skierowania, przyjęty 29.07., wypisany 6.10.1993 r. Zanotowano obniżony nastrój, zdawkowe, lakoniczne odpowiedzi, skargi na lęk i niepokój, zaburzenia snu. W historii choroby nie zanotowano pełnego badania psychiatrycznego, nie opisano stanu psychicznego pacjenta, jedynie stwierdzenie „bez poczucia choroby psychicznej”. Następnego dnia po przyjęciu pacjent został urlopowany na 2 tygodnie, podano mu przed wyjściem z oddziału 1 ampulkę 0,1 Trilafonu prolongatum – nie uzasadniono potrzeby wdrożenia takiego leczenia. Po dwóch tygodniach odnotowano: „chory powrócił z przepustki, wyraźnie drażliwy, wyraźna postawa dyssymulacyjna. Nie wyraża zgody na pozostanie w oddziale” i udzielono mu przepustki do 25.08.1993 r., a tego dnia – do 2.09.1993 r., mimo oceny: dysforyczny, napięty, drażliwy, zgłębsza nasilony niepokój, uczucie wewnętrznej napięcia, do otoczenia wyraźnie urojeniowy” – „są już tacy co mi się przysłużyli” – to jedyny

cytat mający świadczyć o wypowiedziach urojeniowych. Takie przedłużanie przepustek trwało do 6.10.1993 r., kiedy pacjent został wypisany. Poza stwierdzeniem, że jest w nastroju dyskretnie obniżonym, brak szerszego opisu stanu psychicznego. Wystawiono wniosek na rentę. W czasie wykazanej 69-dniowej hospitalizacji pacjent przebywał za ledwie jeden dzień w szpitalu. Podobne zapisy miały miejsce w czasie drugiego pobytu – od 17.12.1993 r. do 3.02.1994 r. (wykazano 49 dni hospitalizacji, przebywał w szpitalu niepełne 4 doby) oraz trzeciego pobytu – od 30.03. do 23.04.1994 r. (na wykazane 26 dni hospitalizacji przebywał w oddziale 7 dni).

Podsumowując te informacje należy stwierdzić, że były one bardzo skąpe i niejednoznaczne. Wątpliwości budziła zasadność stawianego rozpoznania zespołu paranoidalno-depresyjnego i beztrioskie urlopowanie pacjenta, w rezultacie na łączną liczbę hospitalizacji wykazaną jako 134 dni, rzeczywiście w szpitalu spędził 12 dni. Z danych z akt wynika, że podczas pierwszej „hospitalizacji” prowadził nadal interesy, między innymi pobrał pieniądze, ogłosił upadłość firmy, usiłował zabezpieczyć mienie przed zajęciem na rzecz kredytodawców – działał w sposób zborny i celowy. Podczas obserwacji w naszej Klinice nie stwierdziliśmy u badanego objawów psychotycznych, lecz dyskretne objawy rozpoczynającego się zespołu psychoorganicznego oraz przewlekłą reakcję subdepresyjną, co nie dało podstaw do kwestionowania jego poczytalności w stosunku do zarzucanych mu czynów.

PODEJMOWANIE CZYNNOŚCI BIEGŁEGO BEZ UPOWAŻNIENIA KOMPETENTNYCH ORGANÓW

Akta Sądu Rejonowego. 33-letni sprawca wypadku drogowego został oskarżony o to, że naruszył zasady bezpieczeństwa ruchu drogowego w ten sposób, że w stanie nietrzeźwości alkoholowej, kierując samochodem osobowym nierozważnie i nieostrożnie, na prostym odcinku drogi potrafił jadącą prawidłowo rowerzystkę, która w wyniku doznanych obrażeń zmarła, on zaś odjechał nie udzielając pomocy poszkodowanej.

Obrońca, powołując się na doznany przez sprawcę przed laty uraz głowy z utratą przytomności, wniósł o powołanie biegłych psychiatrów. Na podstawie badania ambulatoryjnego biegli stwierdzili, że badany *tempore criminis* znajdował się „w stanie upojenia alkoholowego zwykłego na tle patologicznym”, którym u niego jest zespół psychoorganiczny pourazowy, co ograniczało jego poczytalność w stopniu znacznym (w rozumieniu art. 25 § 2 kk). Opinia nie była jasna dla sądu, biegli nie rozproszyli wątpliwości podczas rozprawy sądowej, choć uściślili, że zespół psychoorganiczny ma obraz otępienno-charakteropatyczny. Powołano więc nowy zespół biegłych. Drudzy biegli – również badaniem ambulatoryjnym – nie potwierdzili istnienia upośledzenia umysłowego, ani otępienia, zakwestionowali użytą przez pierwszy zespół terminologię upicia alkoholem i stwierdzili, że w okresie czynu badany znajdował się w stanie zwykłego upicia alkoholem, co nie daje podstaw do kwestionowania jego poczytalności w rozumieniu art. 25 § 1 lub § 2 kk.

Na kolejnej rozprawie doszło do polemiki pomiędzy biegłymi, którzy – pomijając wycofanie się pierwszego zespołu z rozpoznania „upicia alkoholowego zwykłego na tle patologicznym”, a przyjęcie „upojenia na tle patologicznym” – stali przy swoich racjach (nawet pierwsi biegli stwierdzili na pytanie biegłych drugiego zespołu, że gdyby badany tego dnia jeździł kilkakrotnie samochodem, to za każdym razem byłby w stanie upojenia na tle patologicznym). Chcąc przekonać sąd o słuszności swoich opinii jeden z biegłych pierwszego zespołu stwierdził, że przed rozprawą osobiście udał się do miejsca zamieszkania oskarżonego (kilkadziesiąt kilometrów od siedziby biegłego), tam rozmawiał z teściową oskarżonego, od której uzyskał wywiad potwierdzający systematyczny spadek intelektu oskarżonego, zaś sam oskarżony biegłego nie poznał.

Podczas badania ambulatoryjnego w Klinice badany przejawiał objawy reakcji sytuacyjnej z elementami postawy obronnej, w związku z czym wnieśliśmy o obserwację. Wykazała ona dyskretne objawy zespołu psychoorganicznego neurastenicznego i lekko zaznaczoną reakcję sytuacyjną. W okresie czynu badany był w stanie zwykłego upicia alkoholem, który nie dawał podstaw do kwestionowania jego poczytalności.

Uważamy za nieprawidłowe udanie się biegłego do domu osoby wcześniej badanej. Biegły miał prawo zadawać pytania oskarżo-

nemu i świadkom podczas rozprawy sądowej, mógł nawet na rozprawie wnioskować o uzupełniające badanie oskarżonego, uzasadniając taką potrzebę, natomiast samowolne udanie się do jego domu, celem zebrania wywiadu od osób z otoczenia i przeprowadzenia dodatkowego badania jest prawnie niedopuszczalne, pomijając to, iż zachowanie takie może budzić zastrzeżenia co do obiektywności i bezstronności biegłego.

Na zakończenie chcemy zaapelować do biegłych, aby przedstawiali sądom takie wnioski, które są możliwe do zrealizowania w naszej polskiej rzeczywistości.

W Sądzie Wojewódzkim toczyła się sprawa karna przeciwko 21-letniemu sprawcy czynów niezrządnych wobec trzech nieletnich chłopców. Był on wielokrotnie badany przez psychiatrów, psychologów i seksuologów, którzy byli zgodni co do rozpoznania u niego niedojrzałej osobowości, ociążałości umysłowej i dewiacji seksualnej w postaci impulsywnej pedofilii homoseksualnej, różnili się natomiast w ocenie poczytalności (od zachowanej do ograniczonej w stopniu znacznym). Biegli psychiatrzy, którzy jako ostatni wydawali opinię uważali, że to z powodu dewiacji seksualnej miał znacznie ograniczoną poczytalność w stosunku do zarzucanych mu czynów, a jego pozostawienie na wolności bez podjęcia leczenia stanowi poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego, „z tym, że leczenie nie powinno być prowadzone w warunkach szpitala psychiatrycznego, ale w wyspecjalizowanej placówce leczenia zaburzeń zachowania seksualnego”. Na rozprawie przyznali, że w Polsce nie ma takiego zakładu, jednak sąd, który przyjął działanie sprawcy w warunkach art. 25 § 2 kk skazał go na 4 roku pozbawienia wolności i orzekł umieszczenie go w „wyspecjalizowanym zakładzie leczenia zaburzeń zachowania seksualnego”, usilnie poszukując możliwości umieszczenia go w szpitalu psychiatrycznym, zdradzając obawę, że w zakładzie karnym będzie on dyskryminowany przez innych współwięźniów.

W opisanych przykładach starałam się przedstawić jak bardzo zazębiają się czynności psychiatry ogólnie praktykującego i psychiatry wykonującego zadania biegłego, co powoduje, że nieprawidłowe zachowania pierwszego rzutu na niekorzystny obraz drugiego.

Opisane nieprawidłowe zachowania, to: (1) współdziałanie psychiatry z pacjentem – sprawcą czynu karalnego, manipulującym wymiarem sprawiedliwości co do miejsca obserwacji i osób biegłych, (2) wydawanie zaświadczeń, które swą formą lub treścią robią wrażenie nieprofesjonalnych, (3) wydawanie zaświadczeń oceniających zdolność do udziału w postępowaniu karnym lub do odbywania kary, bez upoważnienia organu zlecającego dochodzenie i bez znajomości akt sprawy, (4) niedopełnianie formalności przy zakładaniu historii choroby, (5) potwierdzanie hospitalizacji przy – w rzeczywistości – ambulatoryjnym prowadzeniu pacjenta (stałe długoterminowe urlopowanie przerywane kilkugodzinnym pobytem w szpitalu). (5) Ze szczególną przykrością odnotowałam istnienie dokumentacji lekarskiej poświadczającej nieprawdę, co stało się przyczyną sprawy karnej wobec lekarza.

Wśród przedstawionych przykładów spotykano przykłady nadmiernej opiekuńczości lekarzy prowadzących pacjenta, wobec którego równoległe toczyło się postępowanie prokuratorskie, chroniących go przed uczestnictwem w tym postępowaniu. Prowadziło to do występowania u pacjenta reakcji sytuacyjnych lub zaburzeń psychosomatycznych, a przez wydłużanie okresu napięcia i niepewności – do pogłębienia i utrwalenia tych zaburzeń.

Tylko dwa przykłady dotyczyły działalności biegłych psychiatrów. Jako rażące – uważam samowolne (bez zlecenia sądu) udanie się lekarza do domu wcześniej badanego sprawcy czynu karalnego, celem przeprowadzenia wywiadu z nim i jego rodziną, co może rzutować na osłabienie zaufania do bezstronności i bezinteresowności biegłego. Przykład drugi dotyczy wniosku biegłych o skierowanie sprawcy z ograniczoną poczytalnością, którego pozostawanie na wolności stanowiło, zdaniem biegłych, poważne zagrożenie dla porządku prawnego, do zakładu leczniczego, jakiego w Polsce nie ma, co sami przyznali na rozprawie.

Przykłady wskazują, że psychiatrzy niekiedy przekraczają pewne granice należnej pacjentowi pomocy, co nie służy ani pacjentowi ani lekarzowi. Osłanianie bez istotnej potrzeby przed odpowiedzialnością karną często ma dla pacjenta znaczenie jatrogenne, z jego negatywnymi skutkami, a jednocześnie osłabia zaufanie wymiaru sprawiedliwości do sumienności i bezstronności biegłego.

W literaturze psychiatrycznej pojawiły się ostatnio prace poruszające zagadnienia etyczne dotyczące lekarzy psychiatrów oraz związane z orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym [1, 2, 3, 4]. Nie natknęłam się na doniesienia kazuistyczne sygnalizujące nieprawidłowości w tym zakresie. Szersza znajomość tych zagadnień pozwoliłaby na unikanie takich błędów. Pobocho próbuje określić niektóre zasady kodeksu etycznego biegłego psychiatry [4], które należałoby rozszerzyć na zasady lekarza psychiatry w codziennej praktyce psychiatrycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Gierowski J.K., Szymusik A.: Deontologia w psychiatrii i psychologii sądowej. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996, 196–209.
2. Heitzman J.: Kryteria obiektywizmu w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym. W: Gierowski J.K., Majchrzyk Z. (red.): Ochrona praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi. Sekcja Psychiatrii Sądowej PTP, Warszawa 1993, 125–134.
3. Kocur J., Bukowski J.: Bioetyka zawodu lekarza a funkcja biegłego sądowego. Materiały XII Krajowej Konferencji Psychiatrii Sądowej, Bełchatów, 24–25.11.1994. Psychiatr. Pol., Kraków 1996, 71–76.
4. Pobocho J.: Kodeks etyczny biegłego psychiatry – zasady dobrych obyczajów. Materiały XII Krajowej Konferencji Psychiatrii Sądowej, Bełchatów, 24–25.11.1994. Psychiatr. Pol., Kraków 1996, 65–70.