

Trudności w postępowaniu leczniczo-rehabilitacyjnym w zaburzeniach reaktywnych (na przykładzie wybranych przypadków)

*Difficulties in the treatment and rehabilitation of reactive disorders
(as exemplified by selected cases)*

EWA BIZOŃ, URSZULA LUDWIKOWSKA

Z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Pruszkowie

STRESZCZENIE. *Na przykładzie dwóch wybranych opinii sądowo-psychiatrycznych autorki przedstawiają trudności w postępowaniu leczniczo-rehabilitacyjnym w zaburzeniach reaktywnych. Zwracają uwagę na tendencję do przewlekania spraw dochodzeniowych oraz na przeprowadzanie ekspertyz sądowo-psychiatrycznych głównie na etapie postępowania przygotowawczego.*

SUMMARY. *Difficulties in the treatment and rehabilitation of reactive disorders are discussed on the example of two selected forensic psychiatric opinions. A tendency to prolong proceedings in investigation cases and to carry out forensic psychiatric expertises mostly in the stage of preparatory proceedings is pointed out.*

Słowa kluczowe: psychiatria sądowa / etyka w psychiatrii sądowej
Key words: forensic psychiatry / ethics in forensic psychiatry

Zagadnienie postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego w przypadkach zaburzeń reaktywnych nabiera szczególnej wagi, zwłaszcza w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym, w okresie tzw. transformacji ustrojowej. Biegły psychiatra zmuszony jest do ścisłego precyzowania swych poglądów zgodnie z zasadami nowoczesnej psychiatrii i kierunków socjologicznych, które uwzględniła nowelizowane prawo karne. Większość polskich prac i doniesień powojennych dotyczących psychoz reaktywnych pochodzi z okresu lat pięćdziesiątych, sześćdziesiątych [2, 5, 6, 7]. Opisują one przypadki psychoz tzw. „więziennych”, w których to psychoza wystąpiła już po uwięzieniu u więźniów skazanych za ciężkie przestępstwa przeciwko życiu i mieniu.

W ostatnich latach coraz więcej przypadków dotyczy osób odpowiadających karnie za przestępstwa tzw. gospodarcze. Przy ist-

niejącej tendencji do przesunięcia czasu badania przez biegłych w okresie przygotowawczym do procesu, obserwuje się wzrost jakby „asekuracyjnego” podejmowania leczenia psychiatrycznego (czy chociażby tylko rejestrowania) w instytucjach psychiatrycznych przez osoby podejrzane o udział w aferach oraz agrawowanie doznań chorobowych – najczęściej o typie depresyjnym. Wiąże się to też może częściowo z upowszechnianiem przez media w społeczeństwie pojęć stresu czy depresji.

Jednocześnie obserwujemy tendencję do przewlekania procedury dochodzeniowo-sądowej przez podsądnych, co stawia biegłych w trudnej sytuacji. Wiadomo bowiem, że w okresie trwania zaburzeń reaktywnych badany nie jest dostępny dokładnemu badaniu psychiatrycznemu, a opinię o poczytalności winno się w zasadzie wydawać po ich ustąpieniu [7].

Jednocześnie praktyka sądowo-psychiatryczna wskazuje, że zaburzenia reaktywne ustępują, gdy leczenie farmakologiczne połączone jest z jak najszybszym zakończeniem sprawy sądowej, która je wywołała. Tymczasem zasada ta stoi w sprzeczności z brakiem motywacji do wyleczenia się u badanych, dla których przewlekanie sprawy jest niekiedy znacznie korzystniejsze. Obserwacje nasze jako biegłych sądowych wskazują, że obecnie w przypadkach zaburzeń reaktywnych osób w okresie dochodzenia dominują zespoły depresyjne, z tendencją do agrawacji tych zespołów. Rzadziej natomiast występują przypadki symulacji (lub są rzadziej rozpoznawane?). Na przykładzie dwóch diametralnie różnych przypadków pragniemy zilustrować nasze wyżej wymienione spostrzeżenia.

Przypadek 1

W., mężczyzna, lat 38. Prokuratura Dzielnicy przedstawiła mu siedem zarzutów nadużyć finansowych. W. ustosunkowuje się obszernie stwierdzając, że „w spółce nie było nadzoru nad tym kto bierze pieniądze i że odszedł on ze spółki, gdyż brakowało tam pieniędzy i wszyscy obwiniali jego za tę sytuację”.

Ponieważ w toku śledztwa W. ujawnił, iż leczył się w poradni zdrowia psychicznego, prokurator zarządził zbadanie go przez biegłych psychiatrów. Biegli potwierdzili fakt leczenia się W. w PZP z rozpoznaniem stanu depresyjnego. Zgłoszenie się do PZP było poprzedzone usiłowaniami samobójstwa przez zatrucie lekami. Ponieważ w czasie badania sądowego W. był aspon-taniczny, przygnębiony, nieufny – co nie zezwalało na pełną ocenę stanu psychicznego – biegli wnosili o poddanie go obserwacji w szpitalu psychiatrycznym.

Informacje z dokumentacji lekarskiej. W poradni zdrowia psychicznego leczył się przez dwa miesiące z rozpoznaniem „stan depresyjny”. Zgłoszony do PZP po zatruciu lekami, nie wyraził zgody na hospitalizację psychiatryczną. Otrzymał leki przeciwdepresyjne i zwolnienia lekarskie. Następnie zrezygnował z leczenia w poradni, uznawszy je za zbędne.

Przebieg obserwacji szpitalnej. W czasie pobytu w oddziale nie obserwowano zaburzeń psycho-

tycznych, lęku ani też obniżonego nastroju. Badany bardzo często wyjeżdżał na przepustki do domu, z których wracał w terminie. W badaniu skalą Wechslera uzyskał wyniki nieznacznie powyżej normy. Badanie nie wykazuje patologii w zakresie funkcjonowania intelektualnego, sprawność umysłowa jest na poziomie bardzo dobrym. Analiza osobowości i badania psychologicznego nie wykazują patologii w zakresie osobowości mogących mieć znaczenie w ogólnym funkcjonowaniu badanego. Nie stwierdzono u W. żadnych takich zaburzeń psychicznych, które by znosiły lub ograniczały w stopniu znaczącym jego zdolność rozpoznania znaczenia czynu, jak i pokierowania swym postępowaniem.

Ponownie zgłosił się do Szpitala Psychiatrycznego w Pruszkowie 5.09.1995 r. i na własną prośbę został przyjęty do oddziału otwartego. Pacjent udzielił lekarzowi kierującemu do szpitala wywiadu świadczącego o zespole depresyjnym i uprzednim leczeniu w PZP, nie wspominając w ogóle o pobycie na obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Głównie skarżył się na osłabienie, poczucie zagrożenia, obawę przed niesolidnością ludzi, unikanie kontaktów z nimi, poczucie oszukania przez współników. Sprawa karna znajdowała się stale w stadium dochodzenia. Przebywał w oddziale jedynie 2 tygodnie – przewieziony do szpitala ogólnego z podejrzeniem sprawy nowotworowej z adnotacją, iż „stan psychiczny nie stanowi przeciwwskazania do pobytu w oddziale wewnętrznym”.

Przypadek 2

B., mężczyzna, lat 54, kierowca zawodowy, wykształcenie zawodowe, żonaty, dwoje dzieci, nie karany, bez wywiadu psychiatrycznego. W grudniu 1993 r., na Białorusi, jadąc w złych warunkach samochodem ciężarowym z przyczepą i chcąc ominąć jadącego przed nim rowerzystę bez świateł, spowodował, iż naczepa wypadła z szosy i zderzyła się z nadjeżdżającym z przeciwka samochodem osobowym. Zginęły 3 osoby. Prawo obowiązujące na Białorusi mówi, że jeśli w wypadku drogowym zginą więcej niż 2 osoby, kwalifikuje się wypadek jako katastrofę i prokurator może zażądać nawet najwyższego wymiaru kary. B. został aresztowany w czerwcu 1994 r. i wydano wyrok 7 lat pozbawienia wolności, uznając go winnym spowodowania katastrofy. Karę odbywał w więzieniu w Gorkim. Po wielu staraniach żony i jej interwencjach, w maju 1995 r. został przewieziony do Polski do więzie-

nia. Wkrótce wyszedł z więzienia postanowieniem sądu o warunkowym przedterminowym zwolnieniu. Wrócił do pracy, ale po jednym dniu pracy dostał zwolnienie lekarskie z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych.

W październiku 1995 r. zgłosił się do psychiatry. Rozpoznano psychozę depresyjno-urojenową. Był leczony, ale bez poprawy. W marcu 1996 r. zdecydował się na hospitalizację (której początkowo obawiał się). Nadal przebywał w szpitalu. W obrazie psychopatologicznym dominują urojenia ksobne, prześladowcze, tematycznie związane i wynikające z wypadku (jest obserwowany, podsłuchiwany, nachodzony przez rodziny tych, którzy zginęli w wypadku, a celem ich jest unicestwienie go) oraz obniżenie nastroju, aktywności, poczucie ciągłego zagrożenia i lęku, brak chęci do życia, brak radości.

Neurologicznie – bez odchyień od stanu prawidłowego. W badaniach psychologicznych: potwierdzenie psychozy depresyjno-urojenowej o charakterze reaktywnym (testy MMPI, Rorschach) oraz niewielkie zmiany organiczne. Z wywiadu od żony wynika, że objawy, które wystąpiły u męża w czasie pobytu w areszcie i więzieniu, kiedy to m.in. schudł 30 kg, miały charakter zespołu depresyjnego.

B. nie był badany sądowo-psychiatrycznie ani w trakcie procesu, ani w trakcie odbywania kary. Informacje o sprawie uzyskano w trakcie hospitalizacji.

Przedstawione przypadki są skrajnie różne. W jednym, pacjent (B.) nie uzyskał żadnej pomocy psychiatrycznej ani w trakcie procesu, ani w trakcie pobytu w więzieniu. W drugim, pacjent (W.) miał zaburzenia „typu depresyjnego”, ale nie skutkujące zmniejszeniem lub ograniczeniem poczytalności. Te

zaburzenia jednak, a zwłaszcza wydawane zaświadczenia o niemożności stawienia przed sądem przeciągały w nieskończoność proces (do tej pory jest on na etapie śledztwa).

Wnioski płynące z wyżej wymienionych przypadków:

- konieczność i obowiązek pomocy psychiatrycznej tam, gdzie ona jest konieczna,
- najkorzystniejsze byłoby wydawanie opinii sądowo-psychiatrycznej na etapie procesu sądowego, a nie na etapie dochodzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Mc Cabe M.S.: Reactive psychoses – a clinical and genetic investigation. Munksgaard, Copenhagen 1975.
2. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria kliniczna. T. I. PZWL, Warszawa 1987.
3. Gierowski J.K., Szymusik A.: Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
4. Masiak M., Marmurowska-Michałowska H., Nagay J., Olajossy M., Perzyński J., Wysocka A.: Badania porównawcze niektórych parametrów klinicznych i psychofarmakologicznych psychoz paranoidalnych i reaktywnych. Psychiatr. Pol. 1993, XXVII, 1, 63–74.
5. Moczulski W.: Zarys psychologii kryminalnej. Dep. Szkolenia i Doskonalenia Zawodowego MSW, Warszawa 1974.
6. Pilecka O.: Zespoły paranoidalne w świetle orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1960, X, 1, 111–119.
7. Uszkiewiczowa L.: Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. PZWL, Warszawa 1966.

*Adres: Dr Ewa Bizoń, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*