

Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne wobec osób z rozpoznaniem chorób afektywnych (doniesienie kazuistyczne)

Psychiatric court opinions in cases of affective disorder (a casuistic report)

ELŻBIETA BOGDANOWICZ, DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. *Celem pracy była ocena stanu klinicznego i rodzaju przestępstw popełnionych przez osoby z rozpoznaniem chorób afektywnych oraz ocena wydanych w ich sprawie orzeczeń. Analiza opinii sądowo-psychiatrycznych i dokumentacji lekarskiej mężczyzn, którzy poddani byli obserwacji szpitalnej w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w latach 1991-1995 wskazała, że tylko u 5 z nich (1,3%) rozpoznano choroby afektywne. U wszystkich badanych osób orzeczono niepoczytalność w rozumieniu art. 25 § 1 KK akcentując, bez względu na jej nasilenie, obecność choroby psychicznej tempore criminis. W żadnym przypadku nie wniesiono detencji.*

SUMMARY. *The aim of the study was to assess the clinical status and type of offence committed by persons with the diagnosis of affective illness, as well as to assess psychiatric court opinions issued in their case. An analysis of psychiatric court opinions and medical records of 394 male patients hospitalized for observation at the Forensic Psychiatry Department, Institute of Psychiatry and Neurology, in the years 1991-1995 has indicated that only in 5 of them (1,3%) affective disorder was diagnosed. All the patients under study were deemed non-accountable within the meaning of Article 25, Paragraph 1 of the Penal Code, with the emphasis on the presence of mental illness (irrespective of its severity) tempore criminis. In none of the cases a motion for detention was brought forward.*

Key words: affective illness / psychiatric court opinions

Słowa kluczowe: choroby afektywne / orzecznictwo sądowo-psychiatryczne

Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne osób z rozpoznaniem chorób afektywnych stwarza szereg trudności. Wynikają one zarówno z niejednoznacznych zasad opiniowania czynów popełnionych w różnych okresach choroby (faza-remisja), jak i podejmowania decyzji o potrzebie stosowania środków leczniczo-zabezpieczających. W piśmiennictwie polskim spotkać można różne podejścia do tych zagadnień. Opiniowanie osób, które popełniły czyn w okresie remisji choroby naraża biegłym często wiele trudności. Wynikają one z podstawowego pytania: czy mamy do czynienia z osobą zdrową, chorą, czy "częściowo" zdrową. Diagnostyka prowadzo-

na w okresie remisji, a w czasie odległym nieraz od popełnienia czynu, stawia przed biegłymi wymagania szczególnej znajomości psychopatologii i przebiegu tej grupy chorób. "Zamazanie" obrazu klinicznego objawami z kręgu reakcji sytuacyjnych, bądź postawy obronnej badanego, dodatkowo komplikuje to i tak trudne zadanie. Jak wynika z piśmiennictwa, jeszcze inne trudności stwarza orzecznictwo osób, u których w czasie popełnienia czynu były obecne objawy fazy chorobowej, ale o niepełnym nasileniu [2]. W przypadkach tych zdarza się, iż ocena poczytalności staje się zależna od oceny nasilenia objawów choroby.

Autorzy zajmujący się zjawiskiem "kryminogenności" zaburzeń psychicznych doszli do jednoznacznych ustaleń, iż osoby z chorobami afektywnymi rzadko dopuszczają się czynów zabronionych przez prawo [4,5,6,11]. Łuniewski zwracał uwagę na to, iż można by się spodziewać, że charakter i nasilenie zaburzeń emocjonalnych występujących w chorobach afektywnych sprzyja właśnie takim zachowaniom [3,4]. Z badań przeprowadzonych w 1928 r. przez Łuniewskiego wynikało jednak, że odsetek osób z rozpoznaniem psychozy maniako-depresyjnej wśród 532 podsądnych wynosił tylko 2.2% [3]. Wyniki badań Uszkiewiczowej opublikowane w 1960 r. wykazały jeszcze mniejszy odsetek takich chorych - 0.7% [9]. Sobczyk i wsp. opisali zespoły depresyjne u 3 ze 132 sprawców zabójstw, którzy przebywali na obserwacji sądowo-psychiatrycznej w szpitalu w Lublińcu w latach 1959-1979 [8].

Zarówno depresji, jak i manii przypisywane są pewne rodzaje czynów, które wynikać mają z podstawowych dla tych stanów objawów psychopatologicznych - obniżonego nastroju bądź wzmożonej aktywności i tendencji do gniewnych rozdrażnień. Tradycyjnie, za charakterystyczne dla osób cierpiących na depresję uważa się samobójstwa rozszerzone i zaniechanie podjęcia ważnych czynności dotychczas wykonywanych bez zastrzeżeń [4,7,11]. Zwraca się uwagę na obecność nasilonego lęku i urojeń depresyjnych. Z naszej obserwacji wynika, iż obecnie wśród podsądnych z zarzutami nadużyć i wyłudzeń finansowych coraz częściej znajdują się osoby kierowane z powodu podejrzenia depresji *tempore criminis*. Z powodu nietypowego dla depresji rodzaju czynów wymagają one trudnej i starannej rediagnozy. Chorzy w czasie trwania fazy maniako-depresyjnej dopuszczają się mają najczęściej nadużyć finansowych, zachowań agresywnych powodowanych "przywoływaniem do porządku", nieprzemyślanych kradzieży i czynów nierządnych [4,7,11]. Ze spostrzeżeń Łuniewskiego [3] wynika, iż osoby z rozpoznaniem psychozy maniako-depre-

syjnej dokonywały następujących czynów: podpalenia (30% osób), zabójstw lub usiłowania zabójstwa (25% badanych), kradzieży (25% osób), a 20% - różnych drobnych przestępstw. Łuniewski zwrócił uwagę na fakt, iż ponad połowa osób (55%) popełniła przestępstwa ciężkie, co sprawia, zdaniem autora, że nie częstość a rodzaj czynu jest tu problemem.

Wyniki badań Uszkiewiczowej (1960) wykazały, iż najczęstszym rodzajem czynów popełnionych przez chorych były opór władzy (31.4% osób) i czyny przeciwko mieniu (20% osób). Czyny przeciwko zdrowiu i życiu popełniło 8.6% chorych, w zbliżonym odsetku - przestępstwa "wojskowe" i "polityczne" [9]. Zarówno Łuniewski jak i Uszkiewiczowa nie odnotowali przypadków nadużyć seksualnych.

Regułą orzecniczą jest, że osoby, u których *tempore criminis* występowały objawy fazy depresyjnej lub maniako-depresyjnej o pełnym nasileniu, uznane są za niepoczytalne w rozumieniu art. 25 § 1 KK. Wynik analiz Uszkiewiczowej wskazywał na to, iż u 12% osób z rozpoznaniem psychozy maniako-depresyjnej orzeczono znacznie ograniczoną poczytalność (w rozumieniu art. 25 § 2 KK). Autorka wykazała, że u osób tych rozpoznano hipomanię, a następnie dokonano oceny poczytalności w sposób odnoszący się do nasilenia choroby, a nie jej istnienia [9]. Na zagadnienie to zwracali uwagę i inni autorzy uważając praktykę taką za niewłaściwą, gdyż bez względu na to, czy mamy do czynienia z subdepresją czy z hipomanią - przede wszystkim rozpoznajemy przecież chorobę psychiczną [2]. Należy wziąć pod uwagę, że kryteria diagnostyczne np. hipomanii (funkcjonowanie społeczne? potrzeba hospitalizacji?) są niejednolite.

Na problemy orzecnicze związane z okresem remisji choroby wskazywał już Łuniewski [4]. Autor stał na stanowisku, że

"przerwy jasne w przebiegu psychoz periodycznych bynajmniej nie upoważniają do wniosku, że stan intervallum lucidum jest zawsze stanem zupełnego zdrowia. Przeciwnie,

musimy często uznać człowieka, który bez powodów zewnętrznych periodycznie ulega rozstrojowi psychicznemu, raczej za chorego niż za zdrowego nawet w okresie wolnym od przejawów jego choroby".

Łuniewski dopuszczał orzekanie w takich przypadkach poczytalności zmniejszonej, uzasadnionej wówczas, gdy:

"rodzaj popełnionych przez oskarżonego czynów i sposób ich wykonania nie odpowiadają temu, czego należałoby oczekiwać od zapowiadającego się domniemanego nawrotu choroby w chwili czynu".

Za przykład autor podaje przemyślane i ukrywane oszustwo popełnione w okresie dłuższej trwającej remisji, które "nie pasuje" do fazy maniakalnej ani depresyjnej.

Współczesne podejście do tego zagadnienia charakteryzuje tendencja do analizy nie tylko rodzaju czynu i długości remisji, ale zwraca się uwagę na jej jakość. Dopiero po uwzględnieniu tych wszystkich czynników zachodzą warunki do orzekania o poczytalności sprawcy [2]. Przed biegłymi stoi więc zadanie wnikliwej oceny stanu psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich wariantów przebiegu chorób afektywnych. Spett i Szymusik [2] wskazują na możliwość tak złożonej sytuacji, jak orzekanie sprawcy czynu ciągłego (np. spekulacji), który trwał zarówno w czasie nawrotu choroby, jak i remisji. Autorzy ci zaproponowali "podział" czynu na poszczególne okresy choroby i, w zależności od nich, oddzielne opiniowanie. Propozycja ta wydaje się trudna do spełnienia w praktyce, ale w czasach rozmaitych operacji finansowych, np. związanych z kredytami, zasługuje na uwagę.

Częstość stosowania u osób uznanych za niepoczytalne z powodu psychozy maniakalno-depresyjnej środków leczniczo-zabezpieczających przedstawiła w 1960 roku Uszkiewiczowa [9]. Z badań autorki wynika, iż detencję wnioskowano wówczas u 20% chorych, 32% osobom zalecono leczenie szpitalne, a pozostałym 48% - nie przedstawiono żadnych zaleceń. Wyniki badań przeprowadzonych przez Ciszewskiego [1] wykazały, iż w 1994

roku wśród 850 osób internowanych w szpitalach psychiatrycznych znajdowało się 19 chorych z rozpoznaniem psychoz afektywnych (tj. 2.3% badanej grupy). Chorzy ci byli zatem najmniejszą grupą wśród internowanych z powodu psychoz (psychozy schizofreniczne - 55.9%, inne psychozy - 9.1%, psychozy organiczne - 5.3% ogółu badanych). Odsetek ten (2.3%) przewyższał tylko odsetek osób z rozpoznaniem zaburzeń osobowości (1.2%) i reakcji afektywnych oraz niepsychotycznych (0.5%). W porównaniu z danymi prezentowanymi w 1960 roku przez Uszkiewiczową, w 1994 roku odnotowano zatem dziesięciokrotnie mniejszą częstość stosowania środka zabezpieczającego wobec osób z chorobami afektywnymi.

CEL

Celem pracy jest ocena stanu klinicznego i rodzaju przestępstw popełnionych przez osoby z rozpoznaniem chorób afektywnych, które poddane były obserwacji szpitalnej w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w latach 1991-1995, a w szczególności wpływu stanu psychicznego (depresja, mania, remisja) na rodzaj dokonanych czynów. Ponadto celem pracy jest ocena praktyki orzeczniczej, tj. zagadnień poczytalności i stosowania środków zabezpieczających. Praca ma charakter kazuistyczny.

BADANI I METODY

Do badań wykorzystano opinie sądowo-psychiatryczne i dokumentację lekarską dotyczącą mężczyzn (Klinika nie przyjmuje kobiet), którzy przebywali na obserwacji sądowo-psychiatrycznej w Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie w latach 1991-1995, u których rozpoznano choroby afektywne. Analizie poddano dane dotyczące choroby (typ, przebieg), rodzaj zarzucanych czynów oraz wyniki oceny poczytalności i bezpieczeństwa dla porządku prawnego (potrzeby detencji).

WYNIKI

W latach 1991-1995 poddano obserwacji sądowo-psychiatrycznej 394 mężczyzn. Choroby afektywne rozpoznano u 5 z nich, co stanowi 1.3% podsądnych. Cechy demograficzne badanych osób przedstawiono w tabl. 1. Wynika z nich, że poza chorym A i C, opinie wydawano w krótkim czasie po popełnieniu zarzucanych czynów, co ułatwiło biegłym ocenę stanu psychicznego *tempore criminis*. Zwraca uwagę fakt, iż wszyscy badani mieli orzeczone inwalidztwo z powodu zaburzeń psychicznych. Tylko w przypadku A prokurator zastosował areszt tymczasowy, co pośrednio świadczy o ciężarze zarzucanych czynów.

Informacje kliniczne o przebiegu choroby afektywnej u badanych osób (tabl. 2) świadczą o tym, że u wszystkich badanych przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej był ciężki i niepomyślny. Charakteryzował się występowaniem zespołów maniakałnych o znacznym nasileniu, wymagających hospitalizacji oraz był naprzemienny i bez remisji (chorzy B, C i D). W przypadku D u chorego występowały przewlekłe depresje, remisje zaś były niepełne. Trzech chorych dokonywało w prze-

szłości poważnych prób samobójczych. Z wyjątkiem przypadku A - współistniało nadużywanie alkoholu, które, jak wynika z uzyskanych danych, w istotny sposób zaburzało leczenie. Podjęte u trzech osób leczenie profilaktyczne (węglan litu, karbamazepina) nie przyniosły oczekiwanego skutku.

Relacje pomiędzy przebiegiem choroby afektywnej a konfliktem z prawem badanych osób oraz wydanymi w przeszłości opiniami sądowo-psychiatrycznymi (tabl. 3), wskazują, że czterech badanych miało w przeszłości konflikty z prawem, u trzech z nich wydawano w związku z tym opinie. Tylko w przypadku A rozpoznano wówczas chorobę afektywną (hipomanię) i orzeczono niepoczytalność. W przypadku C - rozpoznano "charakteropatię epileptyczną z reakcją pniaczą" (prawdopodobnie była to faza maniakałna) i także orzeczono niepoczytalność. W przypadku B rozpoznano "encefalopatię z objawami charakteropatii" (była to faza maniakałna) i nie orzekano ograniczenia poczytalności. Chory ten odbył karę pozbawienia wolności skróconą w wyniku amnestii. W przypadku D nie powoływano biegłych, na pierwszym planie znajdował się stan nietrzeźwości alkoholowej (ukarany przez kolegium do spraw wykroczeń). Z przedstawionych powyżej informacji wynika, że

Tablica 1. Cechy demograficzno-społeczne badanych

Analizowane cechy	Badani				
	A	B	C	D	E
Wiek w czasie badania	48	30	43	46	21
Wiek <i>tempore criminis</i>	45	30	42	46	21
Wykształcenie *	w	z	z	z	p
Stan cywilny **	ż	k	ż	ż	k
Inwalidztwo z przyczyn "psychiatrycznych" (renta)	+	+	+	+	+
Sytuacja prawna w czasie pobytu w Klinice ***	a	ws	ws	ws	ws

* w - wyższe, z - zawodowe, p - podstawowe

** ż - żonaty, k - kawaler

*** a - aresztowany, ws - z "wolnej stopy"

Tablica 2. Typ i przebieg choroby afektywnej u badanych.

Wyszczególnienie	Badani				
	A	B	C	D	E
Wiek zachorowania	35	25	22	26	17
Typ przebiegu *	CHAD	CHAD	CHAD	CHAD	CHAD
Cechy przebiegu **	Md	nMd	nMd	p	nMd
Próby "S" w wywiadzie	+	-	+	+	+
Nadużywanie alkoholu	-	+	+	+	+
Liczba pobytów w szpitalu	6	7	2	2	9
Leczenie ambulatoryjne	+	+	+	+	+
Profilaktyka nawrotów ***	L	L	-	-	L+K

* CHAD - choroba afektywna dwubiegunowa, CHAJ - jednobiegunowa

** Md - fazy maniakalne o znacznym nasileniu, nMd - przebieg naprzemienny, fazy maniakalne o znacznym nasileniu, p - przebieg przewlekły, remisje niepełne

*** L - węgiel litu, K - karbamazepina

w dwóch przypadkach rozpoznano encefalopatię zamiast manii, zaś w jednym w ogóle nie badano stanu psychicznego sprawcy, choć chorował i leczył się z powodu depresji. Badanie stanu psychicznego w okresie pobytu w Klinice wykazało, iż *tempore criminis* u osób z CHAD

występowały nie budzące wątpliwości biegłych objawy fazy maniakalnej. W przypadku D znaczącą rolę odegrało odhamowujące działanie alkoholu, który chory spożywał w okresie depresji "dla poprawy samopoczucia".

Tablica 3. Przebieg choroby u badanych a ich konflikty z prawem.

Analizowana cecha	Badany				
	A	B	C	D	E
A. W przeszłości					
konflikt z prawem	+	+	+	+	-
opinia sądowo-psychiatryczna *	1	0	1	-	-
odbycie kary	-	+	-	+	-
B. Obecny czyn					
długość choroby (lata)	10	5	20	20	4
stan psychiczny **	M	M	M	DA	M

* 1 - niepoczytalność w rozumieniu art. 25 § 1 KK, 0 - brak warunków art. 25 § 1 lub 2 KK, (-) - nie wydawano opinii sądowo-psychiatrycznej

** M - faza maniakalna, DA - subdepresja i stan zwykłego upojenia alkoholowego

W czasie pobytu w Klinice żaden z badanych nie był w okresie remisji - w przypadkach A, C i D była to faza depresyjna, w przypadku B - maniakalna, zaś w przypadku E - nastąpiła zmiana fazy depresyjnej w maniakalną. Poza chorym D (subdepresja) stosowano leczenie farmakologiczne: węglan litu, karbamazepinę, chlorprotyksen, lewomepromazynę, haloperydol, amitryptylinę.

Zestawienie zawartych w opiniach ocen poczytalności z uwzględnieniem rodzaju zarzucanych czynów oraz wnioskowaniem o zastosowanie środków leczniczo-zabezpieczających zawiera tabl. 4.

Jak podano wcześniej w tabl. 3 - chorzy A, B, C i E dopuścili się czynów karalnych w okresie fazy maniakalnej, chory D - w depresyjnej. Z tabl. 4 wynika, że w trzech przypadkach (A, B, C) - popełniono czyny przeciwko mieniu, w tym w dwóch (A, C) były to szeroko rozumiane nadużycia finansowe. Z danych zawartych w aktach spraw wiadomo, że dotyczyły one znacznych sum (np. 5 mld starych zł), a także, że sposób popełnienia tego przestępstwa wymagał czasu i zorganizowanego ("przemysłanego") działania. Chodziło mianowicie o wyłudzenie kredytu, przywłaszczenie pieniędzy fundacji, pobranie, a następnie przywłaszczenie znacznych kwot z różnych punktów sprzedaży. W przypadku C przedstawi-

no ponadto zarzut o sprzedaż, po uprzednim nabyciu, fałszywych biletów komunikacyjnych. W przypadku B chory dopuścił się "tylko" kradzieży magnetowidu. W przypadku E zarzut obejmował okres 4 lat, kiedy chory był agresywny czynnie i słownie wobec rodziny. Był w tym czasie dziewięciokrotnie leczony w szpitalu z powodu ciężkich manii, zaś w domu odmawiał przyjmowania zaleconych mu leków. W D przypadku o ocenie poczytalności zdecydował nie stan upojenia alkoholowego (charakter czynu był typowy dla stanu nietrzeźwości), ale współistniejące objawy depresji endogennej i przewlekły przebieg choroby. Biegli zastrzegli, iż nie dysponują obiektywnymi danymi, co do nasilenia objawów depresyjnych wobec nadużywania alkoholu, a tym samym nie mogli wykluczyć, iż *tempore criminis* było ono znaczne.

We wszystkich omawianych przypadkach biegli nie wnioskowali zastosowania środka zabezpieczającego. Decyzje te uzasadniali tym, że w czasie obserwacji (i leczenia) w Klinice uzyskano taką poprawę stanu psychicznego, która nie dawała podstaw do detencji.

Z wyjątkiem przypadku B, pozostali chorzy poddani byli przed przyjęciem do Kliniki badaniom sądowo-psychiatrycznym. Wnioski z wydanych opinii zamieszczono w tabl. 5.

Tablica 4. Rodzaj czynu - ocena poczytalności - środek leczniczo-zabezpieczający

Badany	Rodzaj czynu	Ocena poczytalności (wg art. 25 KK)	Wnioskowanie detencji
A	Zagarnięcie mienia znacznej wartości, oszustwo (art. 201, 205 KK)	art. 25 § 1	nie
B	Kradzież (art. 203 KK)	art. 25 § 1	nie
C	Przywłaszczenie cudzego mienia (art. 204 KK), fałszerstwo znaku wartościowego (art. 229 KK)	art. 25 § 1	nie
D	Czynny opór władzy i znieważenie funkcjonariusza policji (art. 234, 235, 236 KK)	art. 25 § 1	nie
E	Znęcanie się nad rodziną (art. 184 KK)	art. 25 § 1	nie

Tablica 5. *Poprzednie orzeczenia (tryb, wnioski) wobec badanych.*

Badany	Tryb opiniowania	Wnioski opinii
A	I amb. II amb. III amb	"Zespół depresyjny endogeny wymagający leczenia" (bez oceny poczytalności "Choroba afektywna dwubiegunowa art. 25 § 2 KK, zdolny do uczestnictwa w postępowaniu karnym" "Wobec rozbieżności diagnostycznych (psychoza schizoafektywna - choroba afektywna) mających znaczenie dla oceny poczytalności - wniosek o obserwację szpitalną"
C	I amb. II szpit.	"Z powodu utrudnionego kontaktu z badanym i spowolnienia - wniosek o obserwację szpitalną" "Osobowość nieprawidłowa o nieustalonej etiologii i postawa obronna". Opinii ostatecznej nie wydano (m.in. z powodu konfliktu z biegłymi) i wnioskowano o obserwację w innym szpitalu
D	I amb.	"Z powodu utrudnionego kontaktu z badanym, przebytego leczenia w szpitalu psychiatrycznym i podejrzenia choroby psychicznej - wniosek o obserwację szpitalną"
E	I amb.	"Podejrzenie upośledzenia umysłowego lekkiego i organicznych zmian o.u.n./ - wniosek o obserwację szpitalną"

Wątpliwości biegłych, którzy opiniowali wcześniej badanych chorych, poza trudnościami diagnostycznymi, wynikały - jak się wydaje - z obrazu klinicznego choroby afektywnej. Można przypuszczać, że w przypadku A niepełne nasilenie fazy (hipomania) w czasie badania w powiązaniu z "przemyślanym" czynem zadecydowało o orzeczeniu ograniczonej poczytalności w rozumieniu art. 25 § 2 KK. W przypadku C chory przejawiał w czasie pobytu objawy zespołu maniakalnego i jego zachowanie kontrastowało z obserwacją biegłych zawartą w opinii ambulatoryjnej. Można sądzić, że decyzję biegłych skomplikowały dane z dotychczasowej dokumentacji psychiatrycznej chorego. Miał on bowiem stawiane wcześniej następujące rozpoznania: w 22 roku życia - "Encefalopatia o nieznannej etiologii pod postacią zespołu psychoorganicznego otępienno-charakteropatycznego... Alkoholizm kompensacyjny", w 32 r.ż. - "Padaczka skroniowa z napadami dystymicznymi. Encefalopatia. Zespół depresyjny", w 37 r.ż. - "Charakteropatia epileptyczna z reakcją piniaczą". Dokumentacja ta nie zawierała jednak uzasad-

nienia stawianych diagnoz w postaci badań neurologicznych (np. EEG), natomiast tzw. "organiczne" testy psychologiczne, wskazywały na możliwość organicznego uszkodzenia o.u.n.

OMÓWIENIE

Kazuistyczny charakter pracy nie pozwala na przedstawienie jednoznacznych wniosków dotyczących omawianego zagadnienia. Zwracając uwagę pewne tendencje, które sprowadzają się do następujących spostrzeżeń:

1. Potwierdziły się spostrzeżenia innych autorów, iż znaczenie kryminalne chorób afektywnych nie jest duże. W latach 1991-1995 chorzy mężczyźni z tym rozpoznaniem stanowili 1.3% ogółu podsądnych, którzy przebywali w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN.
2. Badanych chorych charakteryzował ciężki, nie remitujący przebieg choroby, a w szczególności występowanie zespołów maniakalnych o znacznym nasileniu, zaś w przypadkach stosowania leczenia profilaktycz-

- nego nie przyniosło ono pożądaných efektów.
3. Problemy orzecznicze dotyczyły przede wszystkim trudności diagnostycznych. Pomyłki diagnostyczne polegały na rozpoznaniu osobowości nieprawidłowej, w tym - na podłożu organicznym. Miały więc one ten sam charakter jak opisane w 1965 r. przez Uszkiewiczową [10]. W dwóch przypadkach skutkowały one odbyciem kary (w tym pozbawienia wolności) w trakcie trwania choroby.
 4. Popelnione przez chorych w czasie fazy maniakalnej czyny karalne nie były typowymi "czynami o mniejszym znaczeniu" (Uszkiewiczowa [11]), a raczej skomplikowanymi przestępstwami finansowymi.
 5. U wszystkich badanych osób orzeczono niepoczytalność w rozumieniu art. 25 § 1 KK kładąc nacisk na obecność objawów choroby *tempore criminis* bez względu na jej nasilenie.
1. Ciszewski L.: Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatrycznych w Polsce środek zabezpieczający. Doniesienie wstępne. *Psychiatr. Pol.* 1995, 2, 149-156.
 2. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991.
 3. Łuniewski W.: Psychoza szalowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychiatrycznej. *Rocznik Psychiatryczny* 1928, 7, 1-57.
 4. Łuniewski W.: *Zarys psychiatrii sądowej*. Część ogólna. PZWL, Warszawa 1950, 126-136.
 5. Malinowski A.: *Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym*. PZWL, Warszawa 1959.
 6. Moczulski W.: *Zarys psychopatologii kryminalnej dla potrzeb organów ścigania*. Departament Szkolenia i Doskonalenia Zawodowego MSW, Warszawa 1974.
 7. Rachowski A., Strzyżewski W.: Próba uwzględnienia mechanizmów patogenetycznych w orzekaniu czynów przeciwko życiu i zdrowiu w chorobach afektywnych. W: Ratajczak A. (red.): *Przestępczość przeciwko życiu i zdrowiu w Wielkopolsce*. Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Poznań 1986, 391-396.
 8. Sobczyk P., Wódka L.: Niepoczytalność i poczytalność ograniczona w zabójstwach. *Psychiatr. Pol.* 1983, 3, 215-220.
 9. Uszkiewicz L.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w świetle 4200 ekspertyz szpitalnych. *Archiwum Kryminologii* 1960, 1, 297-359.
 10. Uszkiewicz L.: O rozbieżnościach w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.* 1965, 2, 221-227.
 11. Uszkiewicz L.: *Zarys psychiatrii sądowej*. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1972.

PIŚMIENNICTWO

1. Ciszewski L.: Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatry-

*Adres: Dr Elżbieta Bogdanowicz, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*