

Opinie sądowo psychiatryczne wydane po obserwacjach szpitalnych w Polsce w latach 1995–1996 – ocena poprawności pod względem formalnym

*Psychiatric court opinions issued after psychiatric observation in Poland
in the years 1995–1996: evaluation of formal correctness*

ELŻBIETA BOGDANOWICZ, DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Przedstawiono wyniki analizy 300 opinii sądowo psychiatrycznych przygotowanych w latach 1995–1996 w 19 ośrodkach psychiatrycznych w Polsce. Wskazują one na formalne nieprawidłowości występujące we wszystkich częściach opinii, w większości analizowanego materiału. Nieprawidłowości (np. niewykorzystanie przytoczonego materiału w uzasadnieniu ocen) powodują, że organ zlecający opinię może ją uznać za niepełną lub niejasną.

SUMMARY. Results are presented of an analysis of 300 psychiatric opinions issued by court experts in the years 1995–1996 in 19 psychiatric facilities in Poland. Formal inadequacies were found in all parts of the psychiatric court opinion in the majority of cases under study. Due to these inadequacies (such as e.g. failure to refer to the cited evidence in justification of assessments), the opinion may be regarded by the commissioning agency as incomplete or unclear.

Słowa kluczowe: opinia sądowo-psychiatryczna / nieprawidłowości formalne
Key words: psychiatric court opinion / formal inadequacies

Najczęstszym zadaniem zlecanym w postępowaniu karnym biegłym psychiatrom przez prokuratora lub sąd jest ocena stanu zdrowia psychicznego sprawcy czynu karalnego *tempore criminis*, a co za tym idzie – ocena poczytalności. Prawo karne pociąga do odpowiedzialności karnej jedynie sprawcę poczytalnego, czyli takiego, któremu stan psychiczny pozwala na rozpoznanie znaczenia dokonanego czynu i na kierowanie swoim postępowaniem. Dorosłego człowieka tych czynności mogą pozbawić lub je ograniczać zaburzenia psychiczne, o czym jest mowa w art. 25 § 1 i § 2 k.k. [5], a w Kodeksie Karnym z 1997 r. w art. 31 § 1 i § 2 [6]. Zatem, opinia biegłego psychiatry wykluczająca istnienie zaburzeń psychicznych lub stwierdzająca ich istnienie i ewentualny

wpływ na zachowanie sprawcy, a więc i na czyn, może mieć decydujące znaczenie dla rozstrzygnięć sądu i na wyrok w sprawie. Dlatego opinia sądowo-psychiatryczna musi być „pełna”, tj. być sformułowana w sposób jasny i zrozumiały dla sądu (który nie jest znawcą tej dziedziny) i zawierać wszystkie istotne dane, tak zgromadzone w aktach sprawy, jak i uzyskane podczas badań czy obserwacji, a także powinna być „jasna” poprzez logiczne wykazanie związków przyczynowych zachodzących pomiędzy stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi a rodzajem dokonanego czynu i jego okolicznościami.

Na potrzebę takich cech opinii sądowo-psychiatrycznych zwracała uwagę Uszkiewiczowa, która jako jedna z pierwszych

psychiatrów sądowych publikowała liczne doniesienia poświęcone ekspertyzom sądowo-psychiatrycznym w Polsce [7, 8, 9, 10, 11].

W ostatnich latach poziom orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego jest często krytykowany zarówno przez środowisko psychiatryczne, jak i prawnicze, a nawet – w przypadkach szczególnie drastycznych – przez środki masowego przekazu. Nieprawidłowości opinii sądowo-psychiatrycznych mogą świadczyć o tym, że zarówno kursy doskonalące dla lekarzy psychiatrów, jak konferencje szkoleniowo-naukowe poświęcone zagadnieniom psychiatrii sądowej niedostatecznie podnoszą wiedzę i doświadczenie biegłych psychiatrów. Ostatnio pojawiły się ponownie artykuły poświęcone prawidłowo skonstruowanej opinii sądowo-psychiatrycznej oraz wykazujące najczęściej spotykane nieprawidłowości czy wręcz błędy formalne lub merytoryczne [3, 4].

Cieślak [1] wymienił następujące najczęstsze przyczyny uznania przez Sąd Najwyższy opinii sądowo-psychiatrycznej za niepełną:

-
1. lakoniczność opinii, ograniczenie jej do samej konkluzji z pominięciem uzasadnienia,
 2. brak wskazania informacji, jakimi dysponowali biegli w chwili wydawania opinii,
 3. niewykorzystanie wszystkich dostępnych danych potrzebnych do wydania opinii,
 4. sprzeczność ostatecznych ustaleń z wynikami badań pomocniczych i nie wyjaśnienie tej sprzeczności,
 5. opinia z zastrzeżeniami, iż potrzebne byłoby dalsze badania lub inne czynności,
 6. nieuwzględnienie różnych możliwych wersji ustaleń, pominięcie niektórych dowodów,
 7. wskazanie na rozbieżności poglądów w nauce w danej kwestii przy braku wyjaśnienia dlaczego wybrano dane rozwiązanie.
-

Heitzman [4] przypomina (za Cieślakiem, Spettem, Szymusikiem i Walterem, 1991), iż nadal obowiązuje Zarządzenie Ministra Zdro-

wia i Opieki Społecznej z 31.03.1971 r., które dokładnie przedstawia zasady sporządzania opinii lekarskiej dotyczącej oskarżonego. Jest w nim mowa o potrzebie pieczętowania opinii pieczętą instytucji, w której odbyło się badanie lub lekarza, który je przeprowadził, odnotowania miejsca i daty sporządzenia opinii oraz organu, który ją zlecił, sygnatury akt, miejsca i daty przeprowadzonego badania, nazwiska, imienia, imienia ojca osoby badanej, daty jej urodzenia, adresu, dokumentu potwierdzającego jej tożsamość, opisu przeprowadzonego badania i jego wyników, informacji z wcześniejszej dokumentacji lekarskiej, wniosków z dokonanych czynności i spostrzeżeń, wyczerpujących odpowiedzi na zadane biegłym pytania oraz innych spostrzeżeń biegłego mogących mieć znaczenie w sprawie – zakończonych podpisem i pieczętą lekarzy przeprowadzających badanie.

Znajomość opinii sądowo-psychiatrycznych, które spotykamy w pracy w Klinice Psychiatrii Sądowej IPN pozwala na stwierdzenie, iż wiele z nich tak pod względem formy jak merytorycznej treści odbiega od tego wzoru. Było to zapewne krytycznie odbierane przez organ zlecający opinię, gdyż art. 200 § 2 k.p.k. z 1997 r. [6] precyzuje ponownie informacje, jakie powinna zawierać opinia. Są to:

-
1. imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego,
 2. imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób, które uczestniczyły w przeprowadzeniu ekspertyzy, ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich,
 3. w przypadku opinii instytucji – także pełną nazwę i siedzibę instytucji,
 4. czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii,
 5. sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski,
 6. podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydaniu opinii.
-

CEL PRACY

Celem tej pracy były: ocena praktyki orzeczniczej biegłych psychiatrów w Polsce pod względem poprawności formy wydawanych opinii sądowo-psychiatrycznych oraz poznanie najczęściej występujących błędów w tym zakresie. Jest to zarazem odpowiedź na prośby tych kolegów, którzy oczekują od nas informacji zwrotnej na temat opinii, które nam nadesłali.

MATERIAŁ I METODY

Analizowano kopie opinii sądowo-psychiatrycznych wydanych po obserwacjach szpitalnych sprawców czynów karalnych w latach 1995 i 1996. Mimo zwrócenia

się do wszystkich jednostek w kraju o przesłanie kopii opinii do Kliniki Psychiatrii Sądowej otrzymaliśmy je jedynie z 16 szpitali i 3 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Wykorzystano 300 opinii, które otrzymywaliśmy sukcesywnie w okresie od stycznia do sierpnia 1996 r. Były one sporządzone przez biegłych w roku 1995 i 1996. Podkreślamy, iż opracowane przez nas opinie są reprezentatywne dla nadsyłanego nam materiału, gdyż pochodzą ze wszystkich 19 ośrodków.

Opracowano inwentarz umożliwiającą ocenę formy opinii i zamieszczonych w niej informacji, który zawierał m.in. zalecenia podane we wstępie pracy. Przytaczamy tu tę jego część, która naszym zdaniem może być pomocnym wzorem przy opracowywaniu opinii (tabl. 1).

Tabela 1. Informacje i analizy oczekiwane w opiniach sądowo-psychiatrycznych wydanych po obserwacjach szpitalnych.

<p>Wstęp opinii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. organ zlecający 2. miejsce przeprowadzenia obserwacji 3. data rozpoczęcia i zakończenia obserwacji 4. dane o osobie badanej 5. nazwiska autorów opinii, ich specjalność (stopień) 6. cel obserwacji (zadania, jakie organ procesowy postawił przed biegłymi)
<p>Dane z akt sprawy, w tym o wydanych opiniach „ambulatoryjnych”</p>
<p>Wyniki obserwacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wywiady uzyskane od rodzin 2. dotychczasowa dokumentacja lekarska 3. przebieg obserwacji, opis zachowania badanej osoby 4. wyniki badania psychiatrycznego: dane anamnestyczne, dane o przebiegu zaburzeń psychicznych, dane o stanie psychicznym <i>tempore criminis</i> uzyskane od badanych osób, ocena stanu psychicznego 5. wyniki badania stanu somatycznego, wyniki badań dodatkowych, konsultacje innych specjalistów 6. zastosowane leczenie i jego przebieg
<p>Omówienie i wnioski:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rozpoznanie zaburzeń psychicznych (o ile istniały) i ich uzasadnienie 2. ocena poczytalności i jej uzasadnienie – wskazanie na związek przyczynowy między stanem psychicznym a zarzucanym czynem 3. uzasadnienie potrzeby (lub jej braku) zastosowania środka zabezpieczającego 4. odniesienie do wniosków wcześniej wydanych w sprawie opinii sądowo-psychiatrycznych, w tym „ambulatoryjnych”.

WYNIKI

Prawie wszystkie opinie były napisane na maszynie, a niektóre nawet z użyciem komputera, co istotnie wpływało na czytelność tekstu (zdarzały się jeszcze pisane odręcznie). Analizowane opinie dotyczyły 37 kobiet (12% badanych) i 263 mężczyzn (88%). W 17 opiniach (6%) biegli nie podali wieku badanych osób. W 20 opiniach wiek badanych osób podano w tekście opinii (np. w anamnezie), w pozostałych 263 – w miejscu oczekiwanym tj. we wstępie opinii. Badane osoby miały od 15 do 70 lat (średnio 42 lata), przeważały osoby w wieku od 18 do 59 roku życia (94% badanych). 85 opinie (28% ekspertyz) zostało wydanych na zlecenie sądów, zaś 214 (71%) – prokuratur (w 1 opinii nie podano organu zlecającego).

Kolejność opinii w danej sprawie

W 22 opiniach (7%) nie znaleziono danych na temat wcześniej wydanych opinii. Wśród pozostałych 278 – większość poprzedzona była wydaniem jednej opinii „ambulatoryjnej”, kilka – dwóch, trzech lub czterech.

Liczba biegłych

Wszystkie oceniane opinie zostały podpisane przez dwóch lekarzy psychiatrów. W 6 obserwacjach brał udział jako trzeci biegły specjalista neurolog. 37 opinii (12%) nie zawierało informacji o udziale biegłego psychologa. 184 opinie (61%) zostały opracowane jako wspólna opinia psychiatryczno-psychologiczna.

Objętość opinii

Opinie liczyły od 2 do 37 stron. Większość z nich, bo 220 (73%) nie przekraczała 10 stron, w tym: do 5 stron liczyły 82 opinie (27%), od 6 do 10 stron – 138 opinii (46%). Wśród pozostałych 80 opinii, liczących więcej niż 10 stron – 5 było ponad 20 – stronicowych (wszystkie dotyczyły osób, którym zarzucano czyny z art. 148 § 1 k.k.).

Czas trwania obserwacji

W 57 opiniach (19%) biegli nie podali daty rozpoczęcia i zakończenia obserwacji ani

we wstępie, ani w dalszych częściach opinii. Z pozostałych 243 opinii wynika, iż: 78 osób (26%) przebywało na obserwacji krócej niż 6 tygodni, 146 osób (49%) – 6 tygodni, 19 osób (6%) – dłużej niż 6 tygodni (od 2 do 8 miesięcy). Z treści opinii wynikało, że przedłużenie czasu obserwacji do kilku miesięcy spowodowane było podjęciem leczenia farmakologicznego u osób, u których rozpoznano psychozę.

Wstęp opinii

W 85 opiniach (28%) autorzy nie podali w tym miejscu daty rozpoczęcia i zakończenia obserwacji, przy czym w 57 z nich informacji tej nie znaleziono także w dalszych częściach opinii. W pozostałych znajdowała się ona wśród opisu wyników obserwacji, w kilku – na końcu opinii, pod podpisami biegłych. W opiniach tych nie podano także w tym miejscu trybu przeprowadzonego badania (obserwacja szpitalna).

W 55 opiniach (18%) brakowało informacji, gdzie została przeprowadzona obserwacja (nazwy szpitala). Były wśród nich opinie, w których biegli podali tylko nazwę oddziału, lub odnotowali „w tutejszym szpitalu” (ale nie wszystkie były opatrzone pieczęcią szpitala).

W 37 opiniach (13%) we wstępie podano tylko imię i nazwisko osoby badanej, w tym w 20 opiniach informację o wieku (bez daty urodzenia) odnaleziono w dalszych częściach opinii, zaś w 17 – informacji tej nie podano w ogóle.

Informacji o organie zlecającym obserwację nie zawierała 1 opinia.

Najrzadziej podawaną przez biegłych informacją był cel prowadzonej obserwacji – nie umieszczono go w 244 opiniach (72% ekspertyz). W niektórych opiniach autorzy napisali, iż „opinia dotyczy stanu zdrowia” lub „opinia dotyczy stanu władz umysłowych”.

W 91 opiniach (30%) autorzy nie wymienili we wstępie swoich nazwisk. W niektórych z nich stosowano zwrot „my niżej podpisani”, ale niekiedy i podpisy i pieczętki pod opinią były nieczytelne.

Informacje z akt sprawy

W 1 opinii autorzy zamiast streszczenia akt umieścili informację, iż „zapoznali się z aktami sprawy”. Wśród pozostałych dane z akt sprawy zajmowały: w 104 opiniach (35%) – od pół do 1 strony, w 185 opiniach (62%) – od 1.5 do 5 stron, w 10 opiniach (3%) – więcej niż 5 stron.

Wątpliwości budzi sposób przedstawiania informacji z akt sprawy. Część biegłych przytaczała tak obszerne cytaty z akt, że ta część opinii stawała się przepisanyymi z akt sprawy wyjaśnieniami podejrzanych i zeznaniami świadków. Inni natomiast podali tak krótkie i skąpe streszczenia wyjaśnień/zeznań, że nie pozwalały one na wykorzystanie ich w dalszej części opinii. W niektórych opiniach stwierdzono bardzo skrótowe przedstawienie informacji z akt sprawy, ograniczające się tylko do zacytowania przedstawionego zarzutu, w sprawach dotyczących osób chorych psychicznie.

Informacje o opiniach wydanych w trybie badania ambulatoryjnego są lakoniczne. Poza pojedynczymi opiniami, nie zawierały nazwisk ich autorów, daty i miejsca wydania, informacji o stanie psychicznym badanej osoby ani o przyczynach lub rodzaju trudności i wątpliwości biegłych wnioskujących o obserwację szpitalną. Najczęściej sprowadzały się one do stwierdzenia, że „biegłi nie mogli wydać jednoznacznej opinii”.

Informacje o przebiegu obserwacji

Informacje uzupełniające. Biegłi wykorzystywali dane z wywiadów od członków rodziny oraz dane z dokumentacji lekarskiej. Wywiady od członków rodziny były na ogół obszerne, zwłaszcza gdy osoba badana była w młodym wieku i po raz pierwszy padało rozpoznanie choroby psychicznej. Informacje z wcześniejszej dokumentacji lekarskiej to najczęściej miejsce leczenia, daty i rozpoznania. Biegłi rezygnowali z prezentacji innych informacji (np. bliższych danych o stanie psychicznym) i własnych wniosków płynących z lektury tej dokumentacji, a dotyczących przebiegu choroby i rokowania.

Zdarzało się, że dane z dokumentacji lekarskiej opisywane były po raz pierwszy dopiero we wnioskach opinii.

Przebieg obserwacji. W 59 opiniach (20%) biegłi nie opisali przebiegu obserwacji tj. zachowania badanego, objawów chorobowych, ich dynamiki i reakcji na stosowane leczenie. Informacje o zachowaniu badanych osób w trakcie obserwacji bywały zamieszczone w różnych miejscach opinii, często dopiero we wnioskach. W niektórych opiniach zamiast opisu zachowania badanego zamieszczono obszerne cytaty z raportów pielęgniarskich.

Informacje anamnestyczne. Dane te były zawarte we wszystkich analizowanych opiniach. Zwraca uwagę fakt, iż jest to najbardziej rozbudowana i szczegółowa część opisu wyników obserwacji, gdyż autorzy opinii przedstawiali często bardzo szczegółowe życiorysy badanych osób, nawet z informacjami nieistotnymi dla opinii.

W opiniach dotyczących osób chorych psychicznie wśród danych anamnestycznych zawarto dane o przebiegu choroby. Tylko w pojedynczych opiniach informacje te są pełne i wyodrębnione: opisany był początek, przebieg choroby, dotychczasowe leczenie i jego efekty.

Opis stanu psychicznego. W 55 opiniach (18%) nie znaleziono w ogóle psychopatologicznego opisu stanu psychicznego badanych osób. W innych, biegłi przedstawiali stan psychiczny badanych w różny sposób. Informacje te nie zawsze były wyodrębnione. Zdarzało się, iż przeplatały się z danymi anamnestycznymi lub zawarte były dopiero we wnioskach opinii, gdzie służyły do uzasadnienia rozpoznania. W części opinii zastępował je protokół badania psychiatrycznego z przytoczonymi pytaniami badającego i odpowiedziami badanego. W niektórych opiniach za opis stanu psychicznego służyły obserwacje lekarskie z poszczególnych dni pobytu w szpitalu. Opinie te przypominają swoją konstrukcją historię choroby.

Spotyka się opinie, w których opis stanu psychicznego jest niepełny, mianowicie

niektóre objawy psychopatologiczne są przytaczane po raz pierwszy dopiero w omówieniu/wnioskach opinii.

Informacje o zarzucanym czynie uzyskane od badanych osób. W 57 opiniach (19%) autorzy nie umieścili żadnych informacji od badanych osób na temat zarzucanych im czynów. Wśród nich tylko w 1 opinii podano przyczynę braku tej informacji (nie nawiązano z badanym kontaktem słownego). W 4 opiniach biegli nie podali daty zarzucanego czynu.

W pozostałych opiniach autorzy koncentrowali się głównie na przedstawieniu relacji badanych o przebiegu krytycznych wydarzeń (o ile badani nie stwierdzali niepamięci dotyczącej okresu obejmującego zarzucane im czyny). Znacznie rzadziej biegli przytaczali relacje sprawców na temat ich odczuć, doznań i przeżyć w czasie krytycznych wydarzeń i z tego powodu brakowało „bazy” do omówienia stanu psychicznego osób badanych w najbardziej istotnej dla opinii części (*tempore criminis*).

W kilku przypadkach biegli wydawali dwie opinie dotyczące tej samej osoby, a dwóch różnych czynów. Opinie te (poza danymi z akt sprawy) były identyczne w treści. Pomińnięcie danych o zarzucanym czynie (a przede wszystkim o stanie psychicznym *tempore criminis*) sprawiło, iż wydały się one niepełne.

Informacje o stanie somatycznym. W 49 opiniach (16%) autorzy nie opisali stanu somatycznego badanych osób ani wyników badań dodatkowych. W pozostałych opiniach widoczna jest tendencja do bardzo szczegółowego opisywania stanu somatycznego i wyników badań. Biegli przytaczali prawidłowe wyniki badań dodatkowych z uwzględnieniem wszystkich informacji (rozmiar białokrwinkowy, ciężar właściwy i barwa moczu itp.)

Z analizowanych opinii wynika, że poza badaniami rutynowymi (morfologia, OB i ogólne badanie moczu) – badaniami powszechnie wykonywanymi są: zdjęcie rtg czaszki oraz badanie EEG. Tomografia komputerowa wykonana została u 57 osób (19%), przede wszystkim w szpitalach znaj-

dujących się w pobliżu ośrodków akademickich. Punkcja łądźwiowa wykonana była u 1 osoby z podejrzeniem kiły. U blisko połowy osób (42%) wykonano badanie dna oczu. U 49 osób (16%) badanie neurologiczne przeprowadził specjalista neurolog (odnotowane jako konsultacja neurologiczna). W kilkunastu opiniach biegli odnotowali wyniki konsultacji innych specjalistów (internisty, laryngologa, dermatologa, wenerologa, pulmonologa).

Wśród 300 analizowanych opinii – 15 dotyczyło sprawców czynów na tle seksualnym, ale tylko w 2 przypadkach opinie te zawierały ocenę seksuologa. W pozostałych 13 przypadkach – wnioski opinii polegały na wykluczeniu choroby psychicznej i upośledzenia umysłowego, biegli nie wypowiadali się w nich na temat charakteru zachowań objętych zarzutem.

Informacje o leczeniu. Informacje o stosowanym w czasie obserwacji leczeniu (nazwy leków, dawki), bądź nieleczeniu – podawane są rzadko, znalazły się tylko w 23 opiniach.

Omówienie i wnioski. Większość autorów analizowanych opinii wyodrębniła w nich omówienie (nazywane też wnioskami) oraz wnioski (nazywane opinią). Pojedyncze opinie zawierają jedynie wnioski tj. stwierdzenie lub wykluczenie choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego oraz ocenę poczytalności badanej osoby. Niektórzy autorzy opinii zastąpili omówienie i wnioski streszczeniem wyników obserwacji. Dopiero w tej części opinii znajdujemy wtedy opis zachowania i stanu psychicznego, wyniki badań dodatkowych. Kończyła ją postawienie rozpoznania i ocena poczytalności. Taka konstrukcja wniosków nie tylko utrudnia lekturę i analizę tych opinii, ale sprawia wrażenie, iż poczytalność badanych osób oceniano w odniesieniu do stanu psychicznego nie w okresie zarzucanego czynu, lecz w czasie trwania obserwacji.

Istotą ponad połowy analizowanych omówień (168 tj. 56%) było postawienie rozpoznania, uzasadnienie rozpoznania z wykorzystaniem wyników przeprowadzonych badań

(czasami różnicowania z innymi zaburzeniami), a następnie – ocena poczytalności. W tak skonstruowanych omówieniach uzasadnieniem oceny poczytalności – jest sama diagnoza. W 167 opiniach (56%) autorzy pominięli analizę okoliczności czynu i stanu psychicznego badanych *tempore criminis*. Wyniki tych analiz nie służyły więc do uzasadnienia kwestionowania poczytalności w przypadkach takich ocen.

W 87 opiniach (29%) autorzy ograniczyli się tylko do wskazania rozpoznania zaburzeń psychicznych, bez jego uzasadnienia i przytoczenia opisu stwierdzonych objawów. Tak skonstruowane omówienie utrudniało zrozumienie ostatecznych ocen zwłaszcza w przypadkach osób z rozpoznaniem alkoholowych upić atypowych.

W większości analizowanych omówień autorzy stosowali zatem skrót myślowy: diagnoza – ocena poczytalności. Brakowało w nich pomostu myślowego między rodzajem zaburzeń stwierdzanych *tempore criminis* – a rodzajem czynu i jego okolicznościami wskazującymi na ich związek przyczynowy lub na jego brak. Takie uzasadnienie oceny poczytalności przeprowadzono tylko w 45 opiniach.

W opiniach, w których wnioskowano zastosowanie środka zabezpieczającego biegli często posługiwali się stwierdzeniem „z tego powodu” (tj. rozpoznania). Tylko w pojedynczych opiniach wniosek o zastosowanie środka zabezpieczającego uzasadniony był oceną aktualnego stanu psychicznego, oceną istnienia poważnego zagrożenia dla porządku prawnego wynikającą z uwzględnienia dotychczasowego przebiegu choroby i leczenia, a więc uzasadniająca niepomyślnie rokowanie.

Tylko w nielicznych omówieniach autorzy opinii odnieśli się do wątpliwości autorów opinii „ambulatoryjnej” np. uzasadniających potrzebę skierowania na obserwację szpitalną potrzebą wyjaśnienia „podłoża stwierdzanych zaburzeń psychicznych”, czy „nasilenie zmian organicznych”.

Zgromadzony materiał nie pozwolił na ocenę niektórych założonych celów. Doty-

czy to zwłaszcza czasu oczekiwania na obserwację oraz daty wydania opinii. Wynika to z braku tych informacji, które powinny być umieszczone we wstępie opinii.

OMÓWIENIE

Okazało się, że autorzy opinii posługują się własnymi schematami pisanja opinii sądowo-psychiatrycznych. Powoduje to, że zarówno informacje o trybie wydawania opinii, miejscu badania i czasie obserwacji, wieku badanych osób, jak i wyniki obserwacji rozrzucone są w całym tekście, co utrudnia jego lekturę i gromadzenie potrzebnych danych. Sposób opracowania wielu opinii jest zbliżony do sposobu prowadzenia historii choroby, w której najwięcej miejsca i uwagi poświęca się danym z wywiadu, okresowym zapisom obserwacji i skrupulatnemu przytaczaniu wyników badań dodatkowych. Gromadzony w ten sposób materiał jest dobrą bazą do oceny stanu psychicznego w toku obserwacji szpitalnej, ale zawiera często zbyt skąpe informacje na temat stanu psychicznego w czasie krytycznych wydarzeń.

Organem zlecającym obserwacje sądowo-psychiatryczne w większości przypadków były prokuratury, zatem te instytucje, którym szczególnie zależy zarówno na szybkim rozpoczęciu obserwacji, jak na szybkim jej zakończeniu i otrzymaniu opinii.

Długość opinii nie przekraczała w większości dziesięciu stron maszynopisu (73%), zaś informacji z akt sprawy – 5 stron (97%). Tym samym nie potwierdzono zarzutu stawianego w niektórych dyskusjach, że objętość opinii jest rażąco obszerna.

Oczywiste jest, że nie długość streszczenia akt sprawy ma tu istotne znaczenie, lecz zawarte w nim informacje, które pozwolą następnie na dokonanie ocen stanu psychicznego *tempore criminis* i poczytalności. Brak informacji z zeznań świadków (lub zbyt skąpe ich przytaczanie) szczególnie utrudniało zrozumienie wniosków opinii dotyczących osób, u których rozpoznano alkoholowe upicia atypowe i patologiczne.

Zwracała też uwagę znaczna skrótowość przytaczanych wyjaśnień badanych osób, co nie budziło poważniejszych wątpliwości w przypadkach czynów pospolitych i braku sugestii, że były one dokonane przez osobę przejawiającą zaburzenia psychiczne. Jednak w przypadkach poważnych zarzutów oraz stawiania przez biegłych rozpoznań wskazujących na istnienie *tempore criminis* zaburzeń znoszących lub ograniczających poczytalność sprawcy – ta zwięzłość razi, gdyż ma ona wpływ na niedostateczne i nieprzekonujące uzasadnienie tych ocen.

Opinie (z wyjątkiem 32) nie zawierają informacji o sytuacji prawnej osoby badanej, tzn. czy była ona w trakcie badania pozbawiona wolności. U osób z zaburzeniami reaktywnymi i postawami celowo-obronnymi informacja ta, naszym zdaniem, była niezbędna do uzasadnienia rozpoznania. Z tego powodu nie możemy też podać informacji, ile z przeprowadzonych obserwacji dotyczyło osób tymczasowo pozbawionych wolności.

Brak odniesienia się do wątpliwości autorów wcześniej wydanych opinii „ambulatoryjnych” powoduje wrażenie, że biegli traktowali te opinie wyłącznie jak „skierowanie” na obserwację szpitalną, gdyż pominieli problemy diagnostyczno-orzecznicze rozważane przez poprzednich biegłych.

Naszym zdaniem największe trudności sprawia biegłym opracowanie omówienia wyników obserwacji i przeprowadzonych badań. Odnosimy wrażenie, że często jest gubiony ich cel, tj. powiązanie oceny poczytalności ze stanem psychicznym *tempore criminis* oraz rodzajem i okolicznościami zarzucanego czynu.

Wyniki analizy zebranego materiału wskazują na następujące istotne nieprawidłowości, które napotkano w omawianych opiniach sądowo-psychiatrycznych:

1. *Brak pełnych informacji.* Dotyczył on danych, które powinny się znaleźć we wstępie opinii oraz danych o przebiegu obser-

wacji, a zwłaszcza opisu zachowania osób badanych i opisu psychopatologicznego ich stanu psychicznego.

2. *Brak prawidłowego podsumowania* zgromadzonego materiału, argumentów przemawiających za ustalonym rozpoznaniem oraz uzasadnienia wpływu stwierdzanych zaburzeń psychicznych na zachowanie sprawcy *tempore criminis*, a zatem na ocenę poczytalności. Te nieprawidłowości mogą przyczyniać się do uznania opinii przez organ zlecający za niepełną lub niejasną.
3. *Brak danych dotyczących zarzucanego czynu.* Wprawdzie większość autorów przytacza relacje osób badanych o przebiegu krytycznych wydarzeń, to jednak pomija przy tym całkowicie opis i analizę stanu psychicznego z tego okresu. Pozostali autorzy nie umieszczają żadnych danych na ten temat co czyni, że ocena poczytalności jest niezrozumiała.

Sądzymy, że może to być wynikiem zbyt rygorystycznego przestrzegania przez autorów tych opinii treści art. 51 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, iż „nie utrwała się oświadczeń przyznania się do popełnionego czynu”. Chcemy jednak zwrócić uwagę, że wydany w 1997 roku komentarz do tej Ustawy Dąbrowskiego i Pietrykowskiego [6] stwierdza na str.222, iż biegły nie może zrezygnować z bezpośredniej relacji badanego o jego stanie psychicznym *tempore criminis*, gdyż może ona dostarczyć „cennych informacji o normalnej czy patologicznej jakości jego stanu psychicznego” i poczytalności [2].

Zebrany materiał pozwala stwierdzić, że poziom zbadanych opinii jest zróżnicowany. Zdarzają się wśród nich opinie nie budzące zastrzeżeń co do formy, zawartych informacji i ich wykorzystania. Niepokojąca jest jednak ciągle duża liczba opinii zawierających różne i liczne braki, o czym świadczy fakt, że tylko 1/3 spośród 300 opinii zawierała we wstępie wszystkie wymagane informacje.

Wnioski

1. Wszystkie części analizowanych opinii, poczynając od wstępu a kończąc na omówieniu, zawierają liczne istotne braki, powodujące ich niespójność, co może przyczyniać się do uznania tych opinii przez organ zlecający za niepełne.

2. Zarówno wymienione braki, jak i nieuwzględnianie w podsumowaniu wszystkich danych jakie zawiera opinia, a zwłaszcza oceny stanu psychicznego *tempore criminis* może powodować uznanie opinii za niejasne.

3. Ustalenia powyższe wskazują na potrzebę bardziej intensywnego szkolenia biegłych w zakresie opiniowania sądowo-psychiatrycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991, 429–434.
2. Dąbrowski S., Pietrykowski J.: Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Komentarz. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 1997.
3. Hajdukiewicz D.: Opinia sądowo-psychiatryczna i nieprawidłowości zdarzające się przy jej spo-

rządaniu. Postępy Psychiatr. i Neurol., 1995, 4, 2, 105–113.

4. Heitzman J.: Konstrukcja opinii sądowo-psychiatrycznej. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996, 45–62.
5. Kodeks Karny oraz przepisy wprowadzające. Wydawnictwo Prawnicze, 1969.
6. Kodeks Karny. Kodeks Postępowania Karnego. Kodeks Karny Wykonawczy. Wydawnictwo Prawnicze Sp. z o.o., Warszawa, 1997.
7. Uszkiewicz L.: Zarys psychiatrii sądowej. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego 1972.
8. Uszkiewicz L.: Ekspertyza sądowo-psychiatryczna według ustawodawstwa polskiego. W: Gilarowski W.: Psychiatria, Warszawa, 1957, 614–620.
9. Uszkiewicz L.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w świetle 4200 ekspertyz szpitalnych. Arch.Kryminol., 1960, I, 297–359.
10. Uszkiewicz L.: O stanie orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w Polsce (na podstawie ekspertyz szpitalnych). Zeszyty problemów i analiz Min.Sprawiedliwości, 1972, 7–18.
11. Uszkiewicz L.: Opinia biegłego z zakresu psychiatrii. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa, 1973.

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