



Nieuprawnione zaświadczenia lekarzy psychiatrów w postępowaniu karnym

Unauthorized medical certificates issued by psychiatrists in criminal proceedings

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Zaświadczenia wystawione pacjentom przez psychiatrów, zawierające poza informacją o leczeniu, także rozpoznanie psychiatryczne oraz oceny sądowo-psychiatryczne są nieuprawnione, gdyż ich autorzy wchodzi w kompetencje biegłych, choć nie zostali powołani przez organ procesowy. Ponieważ częstość wystawiania takich zaświadczeń wzrasta, przedstawiono problem celem uczulenia na nieprawidłowość tego rodzaju praktyk.

Przypadki. W opracowaniu przytoczono podstawy prawne powoływania biegłych psychiatrów w postępowaniu karnym (art. 202 § 1 i 4 kpk), podkreślając zadania biegłych psychiatrów. Przedstawiono dwa opisy przypadków wydawania nieuprawnionych ocen (w tym sądowo-psychiatrycznych) przez lekarzy psychiatrów, niebędących biegłymi.

Komentarz. Psychiatra prowadząc leczenie ma prawo na życzenie pacjenta wystawiać zaświadczenie o leczeniu. Jednak przedstawianie w takim zaświadczeniu ocen sądowo-psychiatrycznych jest nieuprawnione, a psychiatra nie powinien podejmować czynności biegłego w sprawie swego pacjenta, gdyż może spotkać się z zarzutem stronniczości.

SUMMARY

Objectives. Medical certificates issued by psychiatrists on their patients' request that include not only information about the administered treatment, but also a psychiatric diagnosis and psychiatric court opinions are unauthorized, as in such cases the authors act in the capacity of a court expert although they have not been appointed by the authority conducting criminal proceedings. Since such medical certificates are issued with increasing frequency, the problem was presented in the paper so as to draw attention to inappropriateness of such practices.

Case reports. Legal grounds for the appointment of court experts in psychiatry in criminal proceedings (Article 202 par. 3 and 4 of the penal code) are referred to in the paper, with an emphasis on the tasks of expert psychiatrists. Two cases are reported where unauthorized opinions (including psychiatric expertise) were issued by psychiatrists not being court experts.

Commentary. The psychiatrist providing treatment has a right to issue on the patient's request a certificate that the patient is in treatment. However, inclusion of psychiatric court opinions in such a certificate is unauthorized: no psychiatrist should act as a court expert in a case of his/her patient, as he/she may be accused of partiality.

Słowa kluczowe: poczytalność / zdolność do udziału w postępowaniu / zdolność do odbywania kary pozbawienia wolności
Key words: accountability / capacity to be a party in criminal proceedings / capacity to serve a term of imprisonment

Zaświadczenia wystawione przez lekarzy psychiatrów swoim pacjentom, zawierające poza informacją o leczeniu, także rozpoznanie psychiatryczne oraz oceny sądowo-psychiatryczne są nieuprawnione, gdyż ich autorzy wchodzi w kompetencje biegłych, choć nie zostali powołani przez organ procesowy do pełnienia tych czynności. Ponieważ częstość wystawiania takich zaświadczeń wzrasta, zwłaszcza w przebiegu postępowania karnego, przedstawiam problem celem uczulenia lekarzy psychiatrów na nieprawidłowość tego rodzaju praktyk.

Zadania biegłych psychiatrów wobec oskarżonego

Na wstępie odwołam się do treści par. 1 art. 202 kpk [1, 2], który wyraźnie stwierdza, że aby wydać opinię o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje co

najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Dopiero powołanym biegłym psychiatrom organ procesowy zleca wykonanie zadań przewidzianych w art. 202 § 4 kpk, to znaczy ocenę poczytalności oskarżonego w czasie czynu, aktualnego stanu zdrowia psychicznego oraz zdolności do udziału w postępowaniu, oraz w razie potrzeby ocenę istnienia lub braku konieczności stosowania środków zabezpieczających przewidzianych w art. 93 kk.

O poczytalności nie wolno wypowiadać się abstrakcyjnie, gdyż u tej samej osoby może ona być oceniana różnie w stosunku do różnych czynów, dokonanych w różnym czasie i okolicznościach, oraz być może w różnym stanie psychicznym. Wskazuje na to przede wszystkim sformułowanie kodeksowe: art. 31 §1 kk stwierdza, że: „Nie popełnia przestępstwa kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub

innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem”; natomiast § 2 mówi: „Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary”. A więc kodeks wyraźnie wskazuje czas czynu lub przestępstwa. Wskazują na to też komentatorzy kodeksu karnego: Zoll [3] wypowiadając się na temat poczytalności zwraca uwagę na to, że niepoczytalność, jak i poczytalność ograniczona „musi mieć miejsce w czasie czynu lub przestępstwa” i zauważa, że w przypadku przestępstw wieloczynowych albo ciągu przestępstw, ocenę poczytalności należy odnosić do poszczególnych czynów, które się na ten ciąg składają. Stwierdza on, że czyn ciągły, a więc rozciągnięty w czasie, może być oceniany jako całość. Pragnę jednak przypomnieć, że np. u sprawcy, oskarżonego o znęcanie się nad rodziną w ciągu np. dwóch lat, przejawiającego objawy zespołu zależności alkoholowej, mogła w tym czasie wystąpić krótkotrwała psychoza alkoholowa, np. majaczenie alkoholowe, z powodu którego w okresie trwania psychozy zostanie uznany za niepoczytalnego. W każdym jednak przypadku ocena ta musi być dokonana indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich czynników:

- 1) rodzaju zaburzeń psychicznych i ich nasilenia,
- 2) rodzaju czynu i ewentualnego jego związku przyczynowego z rodzajem zaburzeń,
- 3) okoliczności towarzyszących,
- 4) czasu czynu,
- 5) ewentualnych dodatkowych czynników oddziałujących na sprawcę przed czynem lub w jego trakcie.

Wymienione czynniki mogą być znane jedynie biegłemu psychiatrze, stąd nie wolno podejmować się ocen sądowo-psychiatrycznych nie będąc powołanym przez organ procesowy [4].

To samo dotyczy oceny zdolności do udziału w postępowaniu karnym. U oskarżonego mogą wystąpić zaburzenia psychiczne uniemożliwiające mu udział w postępowaniu, co może dać podstawę organowi procesowemu do zawieszenia postępowania do czasu ich ustąpienia. Mówi o tym art. 22 § 1 kpk: Jeżeli zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca prowadzenie postępowania, a w szczególności, jeżeli nie można ująć oskarżonego albo nie może on brać udziału w postępowaniu z powodu choroby psychicznej, albo innej ciężkiej choroby, postępowanie zawiesza się do czasu trwania przeszkody. Chodzi tu o świadomy udział oskarżonego w postępowaniu, o jego zdolność do obrony. Zdolności tych nie kwestionujemy, gdy nie kwestionujemy poczytalności lub oceniamy ją jako ograniczoną w stopniu znacznym, chyba że w trakcie postępowania karnego wystąpią zaburzenia reaktywne, które – w zależności od ich jakości i nasilenia – mogą uniemożliwiać udział oskarżonego w postępowaniu. Dotyczy to psychotycznych zaburzeń reaktywnych, podczas gdy reakcje sytuacyjne nerwicowe nie stanowią przeszkody do uczestnic-

stwa w postępowaniu, a nawet mogą być sygnałem wskazującym potrzebę szybszego zakończenia postępowania, gdyż jego przewlekanie powoduje utrwalanie się i pogłębianie zaburzeń reaktywnych [5].

Prawnicy, mając na myśli zdolność do świadomego uczestnictwa oskarżonego w postępowaniu karnym, odwołują się do jego poczytalności, który to stan decyduje o zachowanej zdolności do uczestnictwa w postępowaniu lub jej braku [2].

W ocenach biegłych psychiatrów, niepoczytalny z powodu choroby psychicznej sprawca w większości przypadków uważany jest za niezdolnego do świadomego uczestnictwa w rozprawie, zwłaszcza gdy utrzymują się u niego wytwórcze objawy psychotyczne. Niekiedy jednak, np. w psychozach paranoicznych, uważamy, że mimo utrzymujących się urojeń wskazane jest, by sprawca uczestniczył w postępowaniu. Krótkotrwała psychoza (obejmująca okres krytyczny) również pozwala na uczestnictwo w rozprawie [4].

Ocenę zdolności skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności dokonują biegli psychiatrzy, gdy zachodzi potrzeba zawieszenia kary pozbawienia wolności, przewidziana w art. 15 § 2 kkw, lub potrzeba odroczenia kary przewidziana w art. 150 kkw [1, 4].

Wykonanie kary pozbawienia wolności zawiesza się lub odracza, gdy jej wykonanie uniemożliwia choroba psychiczna lub inna ciężka choroba. Dzieje się to zgodnie z treścią art. 15 § 2 kkw: Jeżeli zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca postępowanie wykonawcze, a w szczególności nie można ująć skazanego albo nie można wykonać wobec niego orzeczenia z powodu choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby, postępowanie zawiesza się w całości lub w części na czas trwania przeszkody. Z tego artykułu jak i z art. 150 kkw wynika, że choroba psychiczna uniemożliwia skazanemu odbywanie kary pozbawienia wolności. Oto treść art. 150 kkw [1, 4]:

- §1. Wykonanie kary pozbawienia wolności w wypadku choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonanie tej kary sąd odracza do czasu ustania przeszkody.
- §2. Za ciężką chorobę uznaje się taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo.

Z cytowanego artykułu wynika, iż odgrywają tu rolę dwie przyczyny uniemożliwiające skazanemu odbywanie kary: (1) choroba psychiczna i (2) inna ciężka choroba, przy czym §2 wyjaśnia, iż termin „ciężka choroba” oznacza taki stan skazanego, w którym umieszczenie w zakładzie karnym może zagrażać jego życiu lub zdrowiu [4, 6]. W komentarzu do tego artykułu Postulski [6] wyjaśnia, że chodzi tu o choroby rokujące z punktu widzenia lekarskiego „poważnie niekorzystnie” nawet z możliwością zgonu, zaś o ciężkiej chorobie psychicznej decyduje „stan poczytalności skazanego rozumiany jako zachowanie świadomości celem wykonania wobec niego kary i ewentualnie środków karnych”, czyli za-

chowanie świadomości celów kary lub jej brak. Postulski wypowiada swe wątpliwości co do terminu „choroba psychiczna”, uważając, że jest to „pojęcie ogólne i niesprecyzowane”, a zatem powątpiewa czy każda choroba psychiczna powinna powodować odroczenie kary. W związku z tym stanowiskiem przypominam poglądy psychiatrów (Łuniewski, Dreszer, Uszkiewiczowa, Spett i Szymusik), którzy zdecydowanie twierdzili, że chorzy psychicznie nawet w dobrej remisji nie mogą odbywać kary pozbawienia wolności [7, 8, 9, 10].

Przegląd piśmiennictwa psychiatrycznego

Sprawy wydawania nieuprawnionych zaświadczeń przez lekarzy psychiatrów poruszałam już wcześniej. W pracy dotyczącej problemów opiniowania sądowo-psychiatrycznego w zaburzeniach reaktywnych, zwracałam uwagę na obserwowaną często dwutorowość ocen psychiatrycznych [5]. Jednym torem szły opinie sądowo-psychiatryczne, a więc wydawane przez psychiatrów powołanych w sprawie jako biegłych, drugim różne zaświadczenia lekarskie psychiatrów, nie będących biegłymi, o stanie zdrowia psychicznego osoby, wobec której toczyło się postępowanie karne. Badani przez psychiatrów (występujących w różnym charakterze), omal równoległe, otrzymywali rozbieżne oceny dotyczące stanu zdrowia psychicznego, a tym samym i poczytalności, bądź zdolności do uczestnictwa w postępowaniu lub odbywania kary. Powodowało to wątpliwości sądów, które powoływały kolejnych biegłych.

Pobocho [11], analizując przyczyny powstawania błędnych opinii sądowo-psychiatrycznych, dzieli je na dwie grupy. Pierwsza – to opinie zawierające błędy niezamierzone, druga – to opinie zawierające błędy celowe. Jako przyczyny pierwszych wymienia: słabości metodologiczne, brak jednolitych zasad opiniowania, nieprawidłową diagnozę, nieznaną prawa (ja powiedziałabym – nieznaną podstaw unormowań prawnych i zasad opiniowania sądowo-psychiatrycznego), niekompletność materiału dowodowego i dokumentacji medycznej, niewłaściwe oceny związane z czynem zabronionym i małymi kompetencjami biegłego. Drugie powstają pod wpływem emocji biegłego (np. oceny „z dobrego serca”, „uczucia litości, żalu nad jego losem” lub „zasług” opiniowanego, np. pracy dla dobra oddziału w trakcie obserwacji), jego renomistycznej postawy lub nieobiektywnych postaw adwokackich czy paternalistycznych, czy też pod wpływem opiniowanego lub jego rodziny, a nawet korupcji. Celem uniknięcia tych błędów, radzi przestrzegania pewnych zasad przez biegłego [12].

Stwierdzić muszę, że wyniki analizy błędnych opinii przedstawione przez Poboche są zbieżne z moimi spostrzeżeniami, które przedstawiłam w pracy o niepożądanym zjawiskach w praktyce psychiatrycznej [13] i o niektórych pozamerytorycznych przyczynach nieprawidłowości opiniowania sądowo-psychiatrycznego [14].

Górski i Florkowski [15] zwracają uwagę na „istotne utrudnienie, jakie stanowi wadliwa merytorycznie

opinia sądowo-psychiatryczna w postępowaniu dowodowym w procesie karnym” oraz na dwa częste błędy: diagnozy lub prognozy, przy czym ten drugi często jest skutkiem pierwszego. Dlatego uważają błąd diagnozy za ważniejszy, bo od niego zależy podjęcie lub niepodjęcie właściwego leczenia, oraz wyprowadzenie odpowiednich wniosków sądowo-psychiatrycznych, dotyczących ocen poczytalności, istnienia wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu znacznej społecznej szkodliwości, stosowania środka zabezpieczającego lub też możliwości odbywania kary. Obaj wymienieni autorzy, analizując przyczyny wymienionych błędów stwierdzają, że biegłego (a zatem specjalistę posiadającego wiedzę w danej dziedzinie – dopisek mój) obowiązują „dwie zasadnicze przesłanki: powinności (obowiązku) przewidywania i możliwości przewidywania”. Powinność przewidywania to kategoria obiektywna, świadczy o wiedzy lekarza i jego staranności. W przypadku biegłego brak znajomości zagadnień i norm prawnych, świadczy o naruszeniu zasady powinności, zaś możliwość przewidywania to kategoria subiektywna, związana z podejmowanymi przez niego decyzjami w świetle całokształtu danych.

Kocur i współautorzy [16] zwracają uwagę na trudności, jakie sprawiają biegłym oceny w zaburzeniach reaktywnych (zbieżne z opisywanymi w mojej pracy [5]), z racji zmienności obrazów i nawarstwień sytuacyjnych, z towarzyszącymi postawami symulacyjnymi lub co najmniej agrawacyjnymi. Jednocześnie wskazują, że niezależnie od trudności jakie sprawia rodzaj zaburzeń, czynione są próby wpływania na biegłych, aby wydali korzystne dla zainteresowanych opinie. Zmienność obrazów zaburzeń reaktywnych, różnice w interpretowaniu przyczyn i mechanizmów ich powstania, niejednoznaczna terminologia mogą sprzyjać występowaniu u biegłych postaw nieetycznych lub co najmniej dwuznacznych, na krawędzi prawa i etyki zawodowej.

Już Łuniewski [7] przestrzegał lekarzy psychiatrów przed wydawaniem zaświadczeń dotyczących stanu psychicznego na życzenie osoby zainteresowanej, dotyczy to tym bardziej oceny poczytalności i uczuła, że żądanie zaświadczenia o niepoczytalności sugeruje „chęć symulowania lub agrawacji z wyraźnym celem uchylania się od odpowiedzialności sądowej”. Przypomniał, że do psychiatry niejednokrotnie zgłaszają się chorzy psychicznie dyssymulujący, zatem już sam fakt zgłoszenia się z prośbą o wystawienie świadectwa zdrowia psychicznego powinien nasunąć takie podejrzenie. „W każdym przypadku żądania świadectwa zdrowia psychicznego należy więc zastanowić się nad konsekwencjami, jakie mogą wynikać z uzyskania takiego świadectwa przez jednostkę nienormalną psychicznie”.

Z powyższego przeglądu wynika, że wydawanie nieuprawnionych zaświadczeń lub błędnych opinii sądowo-psychiatrycznych jest zauważane i opisywane przez psychiatrów zajmujących się na co dzień psychiatrią sądową. Nikt z nich nie dokonywał szacunkowych analiz spraw karnych, zawierających takie opinie lub

zaświadczenia (nie są mi znane analizy tego rodzaju). Problem ten pojawił się wkrótce po wprowadzeniu zmian ustrojowych w naszym kraju i z czasem wyraźnie narasta [13]. Być może do Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii sprawy takie trafiały częściej, gdyż sprzeczne oceny biegłych (niekiedy w zaświadczeniach psychiatrów nie będących biegłymi), budziły wątpliwości sądów, które kierowały sprawców na tzw. „superopinie” na podstawie obserwacji w Klinice. To pozwoliło mi stwierdzić, że wiele koleżanek i kolegów wydaje takie zaświadczenia i jakkolwiek stanowią one pewien margines, to jednak się on rozszerza. Często sądy niezbyt wnikliwie traktują nieuprawnione zaświadczenia lekarskie na równi z opiniami biegłych, a to powoduje przedłużanie się postępowań karnych i konieczność ponownego zasięgnięcia opinii biegłych. Niektóre co barwniejsze przykłady nieuprawnionych zaświadczeń lekarzy psychiatrów, dotyczących leczonych przez siebie pacjentów przedstawiam poniżej.

OPISY PRZYPADKÓW

Przypadek 1

Lekarz psychiatra wydał swojemu pacjentowi (który spodziewał się zastosowania wobec niego aresztu w związku z wszczętym postępowaniem przygotowawczym) następującej treści zaświadczenie: „Przyjmowanie nałogowe środków halucynogennych i amfetaminopodobnych, występowanie ponarkotycznych zaburzeń o typie «flash backs», zaburzenia krytycyzmu, procesów poznawczych nakazuje bardzo poważnie brać pod uwagę możliwość, że w całym tym okresie (lata 1994–1996) pacjent mógł wielokrotnie pozostawać w stanie znacznie ograniczonej czy wręcz zniesionej poczytalności”. Należy zauważyć, że wymienione lata były objęte zarzutami czynów o znacznej szkodliwości społecznej.

Zaświadczenie wydane temu pacjentowi po postanowieniu sądu o poddaniu go obserwacji szpitalnej stwierdza, że występują u niego „elementy fobijne, które niezwykle poważnie mogą zakłócić jego przebywanie i funkcjonowanie w warunkach szpitalnych, a są to: fobia przed iniekcjami, fobijne dbanie o higienę i czystość, fobia przed korzystaniem ze zbiorowych posiłków (podczas dotychczasowych hospitalizacji pacjent ani razu nie spożył posiłku szpitalnego, ani razu nie wypił kompotu czy herbaty)”.

Przypadek 2

Sprawca oszustw bankowych i narażenia banku na szkodę około 60 tysięcy złotych, które zagarnął dla siebie, w pół roku później, ale jeszcze przed rozpoczęciem postępowania przygotowawczego zgłosił się do psychiatry w gabinecie prywatnym. Po wszczęciu śledztwa w trakcie wyjaśnień zaprzeczał sprawstwu zarzucanych mu czynów, „a wszystko co się wydarzyło, jest wynikiem mojej choroby psychicznej”. Debet na swoim eurokoncie spowodował, bo „straciłem kontrolę nad swoim

stanem rozumowania”. Przedstawił też zaświadczenie od swojego lekarza: „XY leczy się u mnie bardzo intensywnie i regularnie od... do chwili obecnej. Stan psychiczny pacjenta absolutnie nie pozwala na przebywanie pacjenta w żadnym areszcie”.

Biegli psychiatrzy nie byli w stanie ocenić stanu psychicznego i poczytalności tego sprawcy na podstawie badania ambulatoryjnego i wniosli o poddanie go obserwacji sądowo-psychiatrycznej, która odbyła się w Klinice Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie.

Przy przyjęciu do Kliniki badany samorzutnie wręczył lekarzowi dyżurnemu kserokopię historii choroby z ambulatoryjnego leczenia w gabinecie prywatnym. Przedstawiam jej skrót. Na stronie pierwszej rozpoznania: Schizofrenia.

Wywiad udzielony lekarzowi w gabinecie prywatnym: Na wstępie podał, że był już ze swoimi problemami u astrologów, wróżek, księdza i kuzynki – psychologa, która robiła mu seanse. Podał liczne dolegliwości (w ocenie biegłych z Kliniki rodzaj skarg, ilość i nasilenie podawanych przez niego „objawów chorobowych” pozwoliłaby na wypełnienie kryteriów kilku chorób psychicznych), lekarz leczący ocenił je jako: „wypowiedzi symboliczne, dziwaczne. Liczne urojenia i halucynacje o treści religijnej. Urojenia posłannictwa i objawienia”. Rozpoznał schizofrenię. Zlecił Trilafon Depot a 200 mg, Clonazepam a 1 mg 3 × dz., Pridinol 2 × dz. 1 tabl.

Informacje odnotowywane podczas kolejnych wizyt: „Wybitnie kocha dziewczynę, ale ona ma narzeczonego. Będzie wybrańcem Boga”. „Bardzo denerwuje się, gdy policja wzywa go na przesłuchania, wtedy jego stan psychiczny ulega pogorszeniu. Stan psychiczny średni”.

„Stan psychiczny ulega pogorszeniu, bo ma lęki przed sądami i biegłymi psychiatrami. Boi się, że go zabiją – urojenia prześladowcze”.

„Modli się o to, aby go nie zabili. Wybitnie roztrzęsiony po badaniu biegłych psychiatrów”.

„Załamany sądami. Poważne myśli samobójcze. Pobiegł do lasu wieczorem, bo czuł, że siedzi w nim zły duch. Wszedł do wody, aby go z siebie wypędzić (chciał się ochrzcić po raz drugi). Zobaczył na niebie świecący obiekt, który przyleciał z łaski Mojżesza... Leżał nago na polance i bardzo gryzły go mrówki i jakby przechodził przez niego prąd elektryczny... Kościół się zmieniał i był szary, a kapłan nie umiał się wysłowić. Myślał, że ludzie z tego obiektu przylecą i go zabiorą. Czuł, że ma implanty wszczepione w tułów i w mózg i że ta kostka w mózgu nadaje mu wszystkie myśli. Ten obiekt pochodził z innej planety”.

Przed udaniem się XY do Kliniki lekarz prowadzący wydał zaświadczenie dla lekarzy klinicznych: „XY jest intensywnie leczony farmakologicznie od... i pod wpływem tego leczenia oraz uzupełniającej psychoterapii indywidualnej stan pacjenta uległ wyraźnej poprawie. Jednak na podstawie dotychczasowej mojej obserwacji pacjenta, nie mam wątpliwości, iż moje rozpoznanie procesu schizofrenicznego i ewidentnej schizofrenii jest

właściwe”. ... „W kserokopii historii choroby jest podane dokładne leczenie pacjenta. Wydaje mi się, iż przerwanie leczenia byłoby dla pacjenta niekorzystne. Oczywiście z chwilą przyjęcia pacjenta do Kliniki rodzaj podawanych leków leży w państwa gestii”.

W Klinice XY zachowywał się spokojnie, poprawnie, w sposób dostosowany do regulaminu, bezkonfliktowo. Z innymi pacjentami nawiązywał poprawne kontakty towarzyskie, choć z pewnym dystansem. Potrafił zaprogramować sobie wolny czas, dbał o higienę osobistą i swój wygląd. Był w wyrównanym napędzie psychoruchowym. Z badającymi kontakt słowny nawiązywał chętnie, był prawidłowo zorientowany wszechstronnie. Spontanicznie relacjonował „odczuwanie prądów”, „poczucie owładnięcia go przez obcą siłę, która pchnęła go do popełnienia zarzucanych mu czynów”. Wypowiedzi „zwidywania czarnej poświaty”, „stany demonicznego opętania”, „zwidywanie obiektów latających i kontaktowania się z przedstawicielami innych planet” miały charakter fantazjowania o treściach wielkościowych, ale bez cech urojeń, przejawów rzeczywistego przekonania o realności wypowiedzanych treści, które zresztą były powierzchowne, zmienne, sztuczne. Nie obserwowano zaburzeń toku myślenia, objawów o charakterze dezintegracji osobowości, ani objawów depresyjnych, mimo skarg na myśli samobójcze.

Podczas obserwacji nie stosowano żadnych leków psychotropowych bez jakichkolwiek niekorzystnych tego skutków dla zdrowia. Badany kilkakrotnie wyrażał obawy, że biegli z Kliniki nie stwierdzą u niego choroby psychicznej, a on bardzo boi się aresztu. Nie przejawiał zachowań dziwaczkich lub gwałtownych.

Badania psychologa wykazały przeciętny poziom sprawności intelektualnej, a w jego osobowości pewne cechy niedojrzałości oraz histrioniczne (łatwe uleganie wpływom, sugestywność i autosugestywność, przesadne wyrażanie emocji, nadmierne pragnienie bycia docenionym i atrakcyjnym).

Nasze wnioski były następujące: (1) bez objawów choroby psychicznej i upośledzenia umysłowego, (2) zaburzenia osobowości o cechach niedojrzałości i histrionicznych oraz postawa celowo-obronna, (3) nie kwestionowaliśmy poczytalności wobec zarzucanych czynów. Zdolny do uczestnictwa w postępowaniu.

KOMENTARZ

Przedstawione w opracowaniu przypadku wskazują na następujące nieprawidłowości w postępowaniu niektórych lekarzy psychiatrów nie będących biegłymi.

W przypadku pierwszym niepowołany do tego lekarz sugeruje organowi procesowemu ocenę poczytalności bądź ograniczonej, bądź zniesionej bez odniesienia do konkretnego czynu i czasu, bez wskazania na związek przyczynowy zaburzeń, po prostu „tak w ogóle, abstrakcyjnie i ogólnikowo”. Drugą nieprawidłowością

w tym samym przypadku było zaświadczenie wydane pacjentowi (nie wiadomo, dla organu procesowego czy dla biegłych psychiatrów?) przewidujące możliwość zakłócenia przebiegu obserwacji licznymi fobiami pacjenta. W każdym z zaświadczeń temu samemu pacjentowi stawiano różne rozpoznania.

W drugim przypadku lekarz psychiatra nie zauważa wyraźnej celowo-obronnej postawy swego pacjenta, jego chęci „bycia chorym” (mimo, że z zapisów jego ambulatoryjnej historii choroby to wyraźnie wynika) i już przy pierwszej wizycie rozpoznaje u niego schizofrenię (bez bliższego uzasadnienia), a o słuszności swego rozpoznania i leczenia próbuje przekonać tych, którzy mają przeprowadzać obserwację.

WNIOSKI

1. Lekarz psychiatra – prowadzący leczenie swego pacjenta ma prawo na jego życzenie wystawić zaświadczenie o leczeniu i jego czasookresie.
2. Stawianie w takim zaświadczeniu ocen sądowno-psychiatrycznych jest nieuprawnione, gdyż tylko powołany przez organ procesowy lekarz psychiatra na biegłego w konkretnej sprawie ma możliwość wyciągnięcia prawidłowych ocen ze zgromadzonego materiału i własnych badań, a przedstawienie ich w opinii sądowno-psychiatrycznej należy do jego kompetencji.
3. Lekarz psychiatra nie powinien podejmować się czynności biegłego w sprawie swego pacjenta, gdyż może spotkać się z zarzutem stronniczości.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowe kodeksy karne – 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy. Warszawa: Wyd Praw; 1997.
2. Bratoszewski J, Gardecki I, Gostyński Z, Przyjemski SM, Stefański RA, Zabłocki S. Kodeks postępowania karnego. Komentarz. Tom I. Warszawa: Dom Wyd ABC; 1998.
3. Buchała K, Zoll A. Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1–116 kodeksu karnego. Tom I. Kraków: Zakamycze; 1998.
4. Hajdukiewicz D. Unormowania prawne opiniowania sądowno-psychiatrycznego w sprawach karnych i w sprawach nieletnich. Podstawowe wiadomości dla specjalizujących się w psychiatrii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2002: 23–5.
5. Hajdukiewicz D. Problematyka zaburzeń reaktywnych w aktualnym orzecznictwie sądowno-psychiatrycznym. Post Psychiatr Neurol 1998; 7 (supl 3): 125–31.
6. Hołda Z, Postulski K. Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Gdańsk: 1998.
7. Łuniewski W. Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna. 1950.
8. Dreszer R. Zarys psychiatrii sądowej dla medyków i prawników. Warszawa: PZWL; 1962: 86–94.
9. Uszkiewiczowa L. Zarys psychiatrii sądowej. Warszawa: Wyd UW; 1979.

10. Cieślak M, Spett K, Szymusik A, Wolter W. Psychiatria w procesie karnym. Warszawa: Wyd Praw; 1991.
11. Pobocho J. Powstawanie błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych i ich wykrywanie. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (supl 4): 49–57.
12. Pobocho J. Status biegłego psychiatry. *Psychiatr Pol* 1998; 4: 405–13.
13. Hajdukiewicz D. Nowe, niepożądane zjawiska w praktyce psychiatrycznej podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6 (supl 1): 85–92.
14. Hajdukiewicz D. Niektóre pozamerytoryczne przyczyny nieprawidłowości opiniowania sądowo-psychiatrycznego. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (supl 4): 63–8.
15. Górski H, Florkowski A. W kwestii błędów diagnozy i prognozy w ekspertyzie sądowo-psychiatrycznej. Materiały XII Krajowej Konferencji Psychiatrów Polskich, Bełchatów, 24–25.11.1994 r. *Psychiatr Pol* 1996; 35–41.
16. Kocur J, Bukowski J, Majchrzyk Z. Depresje w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7 (supl 3): 115–8.

*Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*