



Postawy psychiatrów – biegłych i niebiegłych

Attitudes of psychiatrists – expert and non-expert

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. W ostatnich latach próby wpływania na decyzje sądu podejmowane przez osoby niepowołane przybierają na sile. Celem artykułu jest pobudzenie do refleksji środowiska psychiatrycznego, a także prawniczego w sprawie nieprawidłowych zachowań psychiatrów, w tym biegłych sądowych, w związku z narastającą krytyką medialną zarzucającą niejednokrotnie świadome i celowe poświadczanie nieprawdy.

Przypadki. Autorka przedstawiła przykłady postaw psychiatrów, pełniących różne funkcje (biegłych, leczących, autorytetów naukowych, osób nadzorujących odpowiedzialność zawodową), a także sytuacje, w których dochodziło do wkraczania w kompetencje biegłych psychiatrów poprzez wydawanie nieuprawnionych ocen diagnostycznych i sądowo-psychiatrycznych (poczytalności, wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu znacznej społecznej szkodliwości).

Komentarz. Wydaje się, że gdyby sądy oceniały różne zaświadczenia lekarskie czy inne dokumenty bardziej krytycznie, niezależnie od tego, kto jest ich autorem i nie stawiały ich na równi z rzetelną opinią biegłych psychiatrów, nie przynosiłoby to zamierzonych korzyści.

SUMMARY

Objectives. In recent years increasingly more attempts to influence court decisions have been made by unauthorized persons. The aim of the paper is to draw attention of psychiatrists and lawyers to inappropriate behavior of psychiatrists, in that number court experts, accused by mass media of frequently conscious and purposeful attestation of an untruth.

Cases. Examples are presented of attitudes of psychiatrists acting in various capacities (as court experts, treatment providers, scientific authorities, supervisors of professional liability), as well as situations where competences of court experts in psychiatry were infringed by unauthorized diagnostic and psychiatric court opinions (concerning accountability or a high probability of recurrence of an act of social danger).

Commentary. It seems that if various medical certificates or other documents (irrespective of their author) were more critically assessed by the court, and not put on a par with expertise issued by reliable court experts in psychiatry, it would prevent the intended gains.

Słowa kluczowe: nieuprawnione zaświadczenia lekarskie / zawłaszczanie kompetencji biegłych psychiatrów

Key words: unauthorized medical opinion / appropriation of competences of court experts in psychiatry

W związku z coraz częstszymi doniesieniami mediów, dotyczącymi nieprawidłowych zachowań psychiatrów, w tym biegłych, zarzucającymi nam niejednokrotnie świadome i celowe poświadczanie nieprawdy, przedstawiam to opracowanie posługując się przykładami, z którymi zetknęłam się podczas wykonywania czynności biegłego. Na tle trzech różnych spraw karnych pragnę wskazać kilka odmiennych postaw psychiatrów, które budzą wątpliwości czy dobrze służą naszemu wizerunkowi w oczach wymiaru sprawiedliwości i społeczeństwa, a także w naszych własnych. Głównym celem przedstawienia tych postaw jest pobudzenie do refleksji środowiska psychiatrycznego, a także prawniczego.

PRZYKŁAD I

Mężczyzna 59-letni (w czasie czynu) został oskarżony o usiłowanie zabójstwa jednego z uczestników przyjęcia, zorganizowanego z okazji pierwszej Komunii

Świętej jego wnuka. Siedmiokrotnie uderzył pokrzywdzonego nożem w okolicę głowy i górnej części klatki piersiowej, powodując głębokie rany kłute z następową odmą i krwiakiem do lewej jamy opłucnej, co zazwyczaj zagraża życiu w rozumieniu art. 156 § 2 kk, to jest czyn z art. 13 kk w zw. z art. 148 § 1 kk w zbiegu z art. 156 § 2 kk.

Na przyjęciu było ok. 20 osób, do obiadu podano wódkę, po obiedzie odbywały się tańce, podczas których poszkodowany, przejawiający objawy upicia zachowywał się początkowo nieodpowiednio, potem coraz bardziej zaczepnie i agresywnie. Próby uspakajania go nasilały jego agresję, „rwał się do bójki”, spowodował upadek z konia jadących na nim dzieci, wybił szyby we własnym samochodzie, zaczął gościć, wreszcie stał się agresywny wobec córki oskarżonego. Interwencja oskarżonego doprowadziła do bójki między nimi dwoma, w trakcie której oskarżony wbiegł do mieszkania zabierając nóż i w trakcie dalszej bójki zadał nim ciosy

pokrzywdzonemu. W śledztwie wyjaśnił, że nie czuł się pijany i jako współgospodarz uroczystości próbował uspokoić pokrzywdzonego, który był coraz bardziej agresywny. Twierdził, że nie pamięta uderzeń nożem ani szczegółów zajścia, „gdyż byłem po spożyciu alkoholu”.

W sprawie powoływano opinie trzech zespołów biegłych psychiatrów i psychologa.

Pierwszy zespół po badaniu ambulatoryjnym w 2 miesiące po wydarzeniu, gdy badany przebywał w areszcie, w wydanej opinii stwierdził, że sprawca nie przejawia objawów choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego, lecz wykazuje objawy rozpoczynającego się procesu psychoorganicznego: chwiejność emocjonalną, łatwe rozdrażnianie się oraz zaburzenia pamięci świeżej i trwałej, zaburzenia procesów poznawczych dotyczące planowania i przewidywania skutków. Alkohol (w kilka godzin po zajściu badanie alkomatem wykazało 1,3‰ alkoholu w wydychanym powietrzu) odegrał rolę „czynnika nasilającego nieprawidłowe reakcje u osoby z uszkodzeniem o.u.n.”, która nigdy dotąd nie reagowała podobnie na „niewielką dawkę alkoholu”.

Psycholog stwierdził „dobry poziom intelektualny”, ale wyniki badań wskazują na „rozpoczynający się zespół psychoorganiczny, upośledzający zdolność kontroli intelektualnej nad działaniami impulsywnymi”, a badany „znalazł się w sytuacji silnego wzburzenia usprawiedliwionego okolicznościami”.

Ostateczne wnioski psychiatrów były następujące:

- 1) Badany cierpi na zaburzenia psychiczne pod postacią: proces psychoorganiczny otepienny, upojenie na podłożu patologicznym.
- 2) W chwili czynu „miał ograniczoną w stopniu znacznym zdolność rozumienia czynu i pokierowania swoim postępowaniem”.
- 3) i 4) Badany jest zdolny do uczestnictwa w postępowaniu i nie zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia ponownie czynu zabronionego, związanego z jego chorobą.

Po przesłuchaniu biegłych na rozprawie obrońca oskarżonego zarzucił opinii niejasność, brak wykonania szczegółowych badań, co budzi wątpliwości co do słuszności postawionej diagnozy. Sąd podzielił wątpliwości obrony i zlecił wydanie opinii uzupełniającej temu samemu zespołowi.

Biegli psychiatrzy uzupełnili poprzednie badania o wynik TK mózgu („Zanik, znacznego stopnia zwądnienia w sierpie mózgu”), zapis EEG (uogólniona patologia bez cech napadowości), a psycholog poszerzył badania w kierunku organiki, których wyniki wskazywały na uszkodzenie o.u.n. – co nie zmieniało poprzedniej oceny psychologa.

Psychiatrzy pierwszego zespołu stwierdzili, że badanie dodatkowe potwierdziły postawione przez nich rozpoznanie organicznego uszkodzenia o.u.n., jednak w stopniu znacznie bardziej zaawansowanym niż to wcześniej wskazali, zaś „w chwili czynu, kiedy zadziałał dodatkowo silny bodziec sytuacyjny (agresja poszkodowanego) opiniowany zadziałał gwałtownie, jego reak-

cja była niewspółmierna do bodźca, miała burzliwy przebieg z chaotycznym działaniem agresywnym. Silne wyładowanie ruchowe trwało krótko i jest objęte prawie całkowitą niepamięcią”. Zatem wg biegłych w chwili czynu wystąpił afekt patologiczny, który znosił zdolność rozumienia znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem.

Biegli na rozprawie podtrzymali te oceny, ale ich odmienność od poprzednich była nadal niejasna i sąd powołał drugi zespół biegłych psychiatrów i psychologa.

Psycholog nie znalazł podstaw do rozpoznania upośledzenia umysłowego ani zespołu otepiennego, choć stwierdził dysfunkcje o charakterze zmian organicznych w o.u.n. (wyniki testów organicznych w obszarze patologii). Osobowość badanego ocenił jako „z rysami neurotycznymi na podłożu zmian organicznych”. Stan psychiczny w chwili czynu ocenił jako „silną reakcję emocjonalną wpływającą na mechanizmy regulujące zachowanie badanego”, powodującą, że „emocje w sposób istotny dominowały nad możliwością intelektualnej oceny sytuacji i samokontroli własnych czynności decyzyjnych”. A ponadto: „Zachowanie... badanego odpowiada prawnemu pojęciu silnego wzburzenia, które wynikało głównie z reakcji na zaistniałą *tempore criminis* sytuację. W przedmiotowej sprawie gwałtowna reakcja ujawniana przez badanego mogłaby pojawić się również w stanie trzeźwości”.

Biegli psychiatrzy natomiast stwierdzili, że na podstawie badania ambulatoryjnego nie mogą ocenić poczytalności sprawcy i wnieśli o poddanie go obserwacji szpitalnej dla oceny ewentualnego wpływu zmian organicznych na jego zachowanie w okresie czynu oraz jego funkcjonowania w warunkach obserwacji.

Obserwacja trwała dwa tygodnie. Psychiatrzy stwierdzili, że badany nie przejawia objawów choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego ani otepienia umysłowego, a jedynie „rozpoczynający się zespół psychoorganiczny w fazie neurastenicznej”. Przyjęli ocenę swego psychologa, że w okresie czynu badany znajdował się w stanie silnego wzburzenia (w jego prawnym rozumieniu), które było reakcją na zaistniałą sytuację.

Pierwszy zespół biegłych po zapoznaniu się z tą opinią wydał kolejną opinię, zgodną z ocenami drugiego zespołu, uzasadniając tym, że obserwacja dała większe możliwości oceny (przyjęli zaburzenia psychiczne pod postacią organicznej chwiejności afektywnej, a w chwili czynu znajdował się w stanie silnego wzburzenia /w jego prawnym znaczeniu/, który był reakcją na zachowanie poszkodowanego).

Obrońca oskarżonego opiniom obu zespołów zarzucił szereg uchybień: jeden zespół biegłych wydał trzy odmienne opinie, drugi nie wypowiedział się co do poczytalności oskarżonego w kontekście stwierdzonych u niego zaburzeń psychicznych w postaci zespołu psychoorganicznego, które to zaburzenia w ocenie psychologa upośledzały jego zdolność kontroli intelektualnej nad działaniami impulsywnymi. Obrońca wyciąga wniosek, że *tempore criminis* oskarżony był nie tylko

w stanie silnego wzburzenia, czyli afektu fizjologicznego, ale jego zachowanie było spowodowane ponadto stanem chorobowym i miało charakter afektu patologicznego. Zauważa też, że ocenę prawną silnego wzburzenia może podjąć tylko sąd.

Sąd powołał trzeci zespół biegłych psychiatrów i psychologa, tym razem z Kliniki Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie. Naszą opinię wydaliśmy na podstawie całokształtu dotychczasowych danych oraz badania ambulatoryjnego.

Oceny psychologa nie odbiegały od poprzednich, że badany nie przejawia objawów upośledzenia ani ośpienia umysłowego, jakkolwiek wyniki badań potwierdziły dysfunkcje o charakterze zmian organicznych w o.u.n. Cechy osobowości psycholog określił jako „nasilony zespół neurasteniczny, występujący na podłożu zmian organicznych i uwarunkowany sytuacyjnie”.

Tempore criminis – zarówno sytuacja konfliktowa, jak i zmiany organiczne (zespół psychoorganiczny) „spowodowały wystąpienie silnej reakcji emocjonalnej – stan spiętrzenia emocjonalnego – istotnie osłabiającej możliwość samokontroli. Stan wyładowania był znaczący, emocje były wynikiem istotnie motywującym jego agresywne zachowanie”. Analiza zachowania oskarżonego przed czynem i w jego trakcie pozwoliła na przyjęcie, że zachowanie to jest bliższe klinicznej postaci spiętrzenia afektywnego niż afektowi fizjologicznemu (m.in. z powodu organicznych zmian w o.u.n.).

Oceny psychiatrów odpowiadały na konkretne pytania sądu i stwierdzały:

- 1) Badany nie przejawiał objawów choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego, lecz inne zakłócenia czynności psychicznych – organiczne zaburzenia psychiczne pod postacią organicznej chwiejności afektywnej i łagodnych zaburzeń procesów poznawczych (co odpowiada dawnej terminologii rozpoczynającego się procesu psychoorganicznego – fazy neurastenicznej, którym to terminem operowali poprzedni biegli).
- 2) W czasie dokonywania zarzucanego mu czynu badany znajdował się w stanie silnej reakcji emocjonalnej pod postacią spiętrzenia emocji, a następnie ich „nieztrzymania” skutkującego agresją. U podłoża tej reakcji emocjonalnej były wyżej opisane organiczne zaburzenia psychiczne. Naszym zdaniem, reakcja ta w znacznym stopniu ograniczała jego zdolność rozpoznania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem w rozumieniu art. 31 § 2 kk.
- 3) Oba czynniki, tj. organiczne zaburzenia psychiczne (jako trwałe podłoże predysponujące do wzmożonych reakcji emocjonalnych), jak i czynniki sytuacyjne, miały w przypadku omawianej sprawy równorzędne znaczenie. Same zaburzenia organiczne bez sytuacji konfliktowej nie spowodowałyby wystąpienia tej reakcji, i odwrotnie, bez opisanych zaburzeń badany nie zareagowałby emocjami uwarunkowanymi patologicznie, lub wystąpiłby u niego afekt fizjologiczny w postaci silnego wzburzenia.

4) Dla porządku dodaliśmy, nie pytani o to przez sąd, że w okresie krytycznych wydarzeń oskarżony znajdował się w stanie nietrzeźwości alkoholowej. Naszym zdaniem jednak, ograniczenie zdolności rozpoznania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem było wynikiem wpływu silnych emocji, a alkohol jedynie dodatkowo rozhamowywał jego mechanizmy kontrolne.

5) Podobnie jak poprzedni biegli, uznaliśmy oskarżonego za zdolnego do uczestnictwa w postępowaniu.

Na kolejną rozprawę zostały wezwane wszystkie trzy zespoły biegłych. Zespół drugi nie zgłosił się z powodu zbiegu terminów, ale poinformował sąd, że zapoznał się z naszą opinią i pozostaje przy swoich ocenach, nie uzasadniając tego. Trzeci zespół, czyli my, podtrzymaliśmy wnioski naszej opinii i odpowiadaliśmy na pytania stron, po czym sąd zapytał, jakie jest stanowisko pierwszego zespołu po zapoznaniu się z opinią z Kliniki. Odpowiedź była krótka: *Roma locuta, causa finita*, co jednocześnie było uzasadnieniem zmiany ich ocen na zgodne z naszymi. Sąd nie dopytywał więcej, lecz stwierdzając „Roma to sąd” wskazał na błąd w ich myśleniu.

Komentując ten przykład należy zaznaczyć, że opiniowanie o poczytalności w stanach emocji w trakcie upić alkoholem jest zadaniem bardzo trudnym, ale czy tu zachowanie pierwszego zespołu biegłych nie przypomina zbyt mocno zachowania chorągiewki na dachu?

PRZYKŁAD II

Zapoznając się z aktami sprawy, dotyczącej mężczyzny lat 50, skazanego na karę pozbawienia wolności za dokonanie rozboju za pomocą niebezpiecznego narzędzia, natknęłam się na pismo przewodniczącego jednego z Sądów Apelacyjnych, skierowane do Naczelniej Izby Lekarskiej, wraz z kserokopią „zaświadczenia lekarskiego” psychiatry, który – jak to stwierdza przewodniczący – nie został powołany na biegłego, nie zna akt sprawy, ale wypowiada się na temat stanu zdrowia oskarżonego w czasie czynu i poczytalności, co jest przekroczeniem uprawnień tego lekarza-psychiatry. Przewodniczący prosi o zajęcie stanowiska w sprawie, tym bardziej, że jest to już drugie jego pismo do Izby Lekarskiej dotyczące tego lekarza, który podobne zaświadczenie wydał w innej sprawie.

Izba Lekarska skierowała list przewodniczącego wraz z kopią zaświadczenia do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Wyjaśnię, że oskarżony o którym mowa, wraz z kolegami pił alkohol w mieszkaniu jednego z nich, a gdy alkoholu zabrakło postanowili „pożyczyć” pieniądze od lokatorów, do których weszli wszyscy, a badany przez nas oskarżony posługiwał się metalowym łańcuchem zakończonym kawałkiem drewna, czym wymusili sto złotych. W zamieszaniu jeden z lokatorów uciekł sprowadzając policję. Oskarżony był badany przez psychiatrów, którzy stwierdzili u niego zespół zależności

alkoholowej, a w okresie czynu stan zwykłego upicia alkoholem, który nie daje podstaw do kwestionowania poczytalności wobec zarzucanego czynu.

„Zaświadczenie lekarskie” zawierało dane o wymienionym mężczyźnie, że od 20 lat pozostaje pod opieką tego psychiatry, „z powodu drażliwości, wybuchowości, zawrotów głowy, zaburzeń snu, napadów agresywności, nadpobudliwości oraz tego, że po spożyciu alkoholu «wpada w szal»”. Na temat zarzutu przytoczył relację pacjenta, że „po spożyciu alkoholu wywiązała się bójka, której przebiegu nie pamięta dokładnie”, ale jest za to już skazany. Lekarz powołuje się na wynik badania TC mózgu (wykonany po tym wydarzeniu), wykazujący znacznego stopnia zaniki korowo-podkorowe, szczególnie w okolicy płatów skroniowych i ciemniowych. Przemieszczenie zbiorników podstawy mózgu, komór mózgu. W związku ze sprawą karną był obserwowany w jednym ze szpitali psychiatrycznych, w którym stwierdzono „organiczne zaburzenia nastroju F06.3 i uzależnienie od alkoholu w okresie remisji [czyli nie pije] F10.2”. „Biegli wypowiedzieli się, że jest zdrowy”. „Niżej podpisany uważa, że wcześniejsze leczenie, stwierdzenie obiektywne zmian dokonanych w mózgu... upoważniają do zakwalifikowania czynu gwałtownego po użyciu alkoholu jako upojenia na tle patologicznym. Należy przypuszczać z dużym prawdopodobieństwem, że okres ten był stanem zmienionej świadomości i tak powinien być oceniony przez lekarzy biegłych zgodnie z zasadami sztuki. Taka ocena – uznana przez sąd – zwolni od kary tylko jeden raz w życiu badanego, do niczego nie daje badanemu ulg w przyszłości. Aktualny stan zdrowia wymaga postępowania leczniczego”. [Podkreślenia zostały dokonane przez autora listu].

Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, psychiatra, odpisał przewodniczącemu Sądu Okręgowego, że po zapoznaniu się z treścią zaświadczenia lekarskiego stwierdził, że jest ono tak właśnie zatytułowane, a nie „opinia sądowo-psychiatryczna”, że zawiera dane o pacjencie „zapewne z dokumentacji lekarskiej”, oraz „przekonanie lekarza co do przyczyny zachowania jego pacjenta („upojenie na tle patologicznym”) oraz krótki opis psychopatologiczny („z dużym prawdopodobieństwem, że okres ten był stanem zmienionej świadomości”), natomiast nie zawiera informacji, jakiemu celowi i komu ma być przedstawione. Zawiera sugestią orzeczniczą sądowo-psychiatryczną co do poczytalności oraz informację dla pacjenta, że uznanie takiego rozpoznania przez sąd może wpłynąć na orzeczenie sądu tylko raz w życiu.

Autor odpowiedzi na pismo przewodniczącego we wnioskach powtórzył, że zaświadczenie nie jest opinią sądowo-psychiatryczną, a pacjent ma prawo prosić lekarza o wystawienie zaświadczenia o swoim stanie zdrowia, zaś „sugestie orzecznicze sądowo-psychiatryczne są prywatną opinią lekarza”. I dalej „Tego rodzaju sugestii nie powinno zawierać zaświadczenie. Należy jednak stwierdzić, że lekarz może przedstawić na piśmie swoje poglądy i przekonanie o stanie poczytalności

swojego pacjenta, zwłaszcza, gdy pismo to nie jest adresowane do wymiaru sprawiedliwości”. Kolejny wniosek, to stwierdzenie „Wykorzystanie lub odrzucenie zaświadczenia należy do kompetencji sądu”.

Ostatnie zdanie zawiera stwierdzenie: „Lekarz ten nie przekroczył uprawnień psychiatry, choć zaświadczenie zawiera niefortunne sformułowania – w przypadku przedstawienia go w sądzie – jest głęboko nietaktowne, co lekarz powinien wiedzieć i przewidzieć”.

Ponieważ w konkretnej sprawie ten psychiatra wydał kilka tego rodzaju zaświadczeń powodując przedłużenie postępowania karnego, bo sąd powoływał tych samych lub nowych biegłych (nas sąd powołał w siódmym roku trwania sprawy) uznałam za swój obowiązek przekazanie kopii tej korespondencji Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie Psychiatrii.

Po upływie kilku miesięcy do Kliniki wpłynęły kolejne akta innego pacjenta tego samego lekarza wraz z postanowieniem sądu o obserwacji (wcześniej był dwukrotnie u nas obserwowany). Ten oskarżony był wielokrotnie karany za napady rabunkowe, uszkodzenia ciała itp. Aktualnie zarzucano mu wymuszanie okupu. Nasze wcześniejsze oceny stanu psychicznego badanego (zespół zależności alkoholowej, postawa obronna, bez kwestionowania poczytalności) różniły się od ocen lekarza prowadzącego („zespół urojeniowo-depresyjny, proces zanikowy mózgu – choroba Alzheimera”). Do akt obecnej sprawy była dołączona kserokopia historii choroby, w której znaleźliśmy następującą notatkę: „Zapoznałem się z badaniem sądowo-psychiatrycznym Kliniki Psychiatrii Sądowej, dostarczonej mi przez wydział karny – mam ksero. Pani ordynator i zespół orzekający podali, że mózg u pacjenta odrósł i jest go więcej niż w czasie poprzedniego badania. Podali również dlaczego odrósł. Postanowiłem wystąpić do dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii o wniosek o przyznanie Nagrody Nobla za epokowe odkrycie, że mózg odrasta. Cała opinia – dla mnie – bez wartości. Jest to już druga opinia wydana przez Klinikę w odstępach lat kilkunastu przez ten sam zespół – obydwie nielogiczne w swojej treści – nie odpowiadające podstawowym zasadom sztuki medycznej”. [Podkreślenia autora notatki].

Dopiero po przesłaniu tej informacji Konsultantowi Krajowemu w krótkim czasie otrzymałam do wiadomości notatkę służbową, informującą, że dwaj konsultanci – krajowy i wojewódzki przeprowadzili rozmowę z autorem przedstawionej korespondencji na temat zasad wydawania zaświadczeń o stanie zdrowia osób, wobec których toczy się postępowanie karne oraz o niewłaściwości umieszczania w dokumentacji lekarskiej niemerytorycznych uwag na temat opinii innych lekarzy.

Psychiatra „wyjaśnił, że w obu przypadkach motywem jego postępowania było dobro pacjentów pozostających pod jego opieką. Przyznał jednak, że ostateczne efekty jego postępowania nie były właściwe, uznał przedstawione mu zasady za słuszne i zobowiązał się do ich przestrzegania w przyszłości”.

PRZYKŁAD III

Sąd Okręgowy uznał 57-letniego (wiek w czasie czynu) mężczyznę za niepoczytalnego sprawcę zabójstwa żony oraz fizycznego i moralnego znęcania się nad nią (bił ją, groził zabójstwem, ubliżał również w obecności dzieci i osób obcych, posądzal o zdrady małżeńskie, ograniczał jej wolność, nie pozwalając na samodzielne wyjście z domu, zabraniając osobistego kontaktu z rodziną, kontrolując rozmowy telefoniczne, montując kraty w oknie sypialni, zabijając gwoździami drzwi do sypialni na noce, zabierając słuchawkę od telefonu), natomiast Sąd Apelacyjny uwolnił go od zarzutu zabójstwa żony, uznając dowody poszlakowe za niewystarczające do uznania jego sprawstwa, zaś jego wersja nie została podważona w sposób pozwalający na jej odrzucenie jako niewiarygodnej.

W postępowaniu przygotowawczym był poddany obserwacji szpitalnej, po zakończeniu której biegli stwierdzili, że przejawia on przewlekłą psychozę – zespół urojeń niewiary małżeńskiej, która znosiła jego zdolność rozpoznania znaczenia czynów i kierowania swoim postępowaniem. Ponadto stwierdzili, że choroba trwa, badany jest urojeniowo nastawiony do „kochanków” żony, zatem zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia czynu o znacznej społecznej szkodliwości, co spowodowało postanowienie sądu o zastosowaniu wobec niego środka zabezpieczającego.

W kilka miesięcy po postanowieniu sądu pacjent został umieszczony w rejonowym szpitalu psychiatrycznym celem odbywania środka zabezpieczającego. Tu przyjął postawę wielkościową nie tylko wobec pacjentów, ale i lekarzy, nad którymi próbował dominować i manipulować nimi. Kwestionował dotychczasowe rozpoznania swego stanu psychicznego, krytykował psychiatrów jako niedouczone i stawiających nieuprawnione rozpoznania, przy próbach dyskusji rozdrażniał się, napinał, ksbobnie interpretował wypowiedzi i zachowania rozmówców. Domagał się przywilejów, wolnych wyjść, które już po miesiącu pobytu otrzymał, bez informowania o tym sądu. W czasie bardzo częstych przepustek załatwiał wizyty u adwokatów w związku z toczącymi się sprawami cywilnymi, sprawy w bankach, kupił mieszkanie i korzystał z porad psychiatry z tytułem profesora w prywatnym gabinecie lekarskim, co miało miejsce do czasu interwencji sądu, który zastrzegł sobie wydawanie zgody na przepustki. W tym czasie wielokrotnie odnotowywano w historii choroby urojeniowe wypowiedzi pacjenta, przede wszystkim o charakterze niewierności małżeńskiej, ale także trucicia, ksbobne, prześladowcze, wszystkie usystematyzowane. Uważając się za zdrowego (brak krytycyzmu chorobowego) twierdził, że w szpitalu jest na skutek nieudolności sądów, gdyż został „uniewinniony z zarzutu morderstwa, a wsadzony za niewinność – ona miała stu kochanków”.

Już po trzech miesiącach pobytu obrońca wniósł o zwolnienie pacjenta z dalszego odbywania środka,

dołączając list psychiatry – profesora skierowany do obrońcy, w którym autor stwierdza „niecelowość stosowania środka zabezpieczającego, ze względu na brak obiektu urojeń”, gdyż żona nie żyje, a urojeń innej treści profesor nie stwierdził.

Na żądanie sądu, opiekujący się pacjentem psychiatrzy wydali obszerną opinię o jego zachowaniu i stanie psychicznym, stwierdzając utrzymywanie się urojeń niewierności małżeńskiej, prześladowczych, wielkościowych – usystematyzowanych, rozpoznając uporczywe zaburzenia urojeniowe – postać mieszaną. Ponadto stwierdzili, że pacjent odmawiał przyjmowania leków psychotropowych, obawiając się ich destrukcyjnego działania na mózg, powołując się na takie oceny autorytetu naukowego profesora z gabinetu prywatnego i znajomego psychiatry, odwiedzającego go w szpitalu. Psychoterapia dała pewną poprawę stanu psychicznego, ale choroba trwa nadal i zachodzi wysokie prawdopodobieństwo powtórzenia czynu znacznej szkodliwości społecznej.

Profesor napisał kolejny list do obrońcy, w którym polemizował z opinią lekarzy prowadzących pacjenta. Na podstawie kilku wizyt, które pacjent mu złożył, stwierdził u niego zaburzenia psychiczne uwarunkowane organicznie, potwierdza również „zaburzenia urojeniowe typu niewiary małżeńskiej”, ale nie stwierdza „zaburzenia urojeniowego, którego urojenia miałyby inną treść”... zaś argumentacja biegłych ze szpitala jest nieprzekonująca. Zdaniem profesora zachowania, o których mowa w opinii, mogą być objawem zaburzonej osobowości na podłożu organicznym, a nie czynnego procesu psychotycznego. Uzyskanie tak istotnej poprawy, tylko w wyniku psychoterapii, każe ostrożnie oceniać, czy istotnie jest to proces psychotyczny. Profesor zasugerował celowość badania w ośrodku klinicznym.

W dwa miesiące później biegli – autorzy opinii podczas rozprawy sądowej podtrzymali swe pisemne wnioski, ale dodali, że pod wpływem leczenia farmakologicznego stan psychiczny pacjenta uległ poprawie, dlatego sądzą, że „poprawa zdrowia umożliwiająca rezygnację z internacji nastąpi przed upływem pół roku”. Z historii choroby wynika, że w tym samym czasie pacjenta badał psycholog, który nie tylko stwierdził utrzymywanie się bardzo żywych urojeń wobec obu żon, ale w jego ocenie nadal trwał proces rozbudowy systemu urojeniowego – pacjent oceniał postępowanie w sądzie i zastosowanie środka zabezpieczającego jako dalszy ciąg działań przeciwko niemu, a promotorami tego są członkowie rodziny zmarłej żony, do czego jednak biegli ze szpitala nie ustosunkowali się.

Sąd zwrócił się o ocenę konieczności dalszego stosowania środka zabezpieczającego do Kliniki Psychiatrii Sądowej. Ponieważ badanie ambulatoryjne nie pozwoliło nam na wydanie zdecydowanej opinii wnioskowaliśmy o obserwację w Klinice. Trwała ona trzy miesiące (w ramach dalszego odbywania środka zabezpieczającego) i pozwoliła na przyjęcie, że pacjent nie przejawia objawów upośledzenia umysłowego ani otępienia lub

innych nasilonych objawów organicznego uszkodzenia o.u.n. Nie znaleźliśmy podstaw do rozpoznania organicznych zaburzeń osobowości (co sugerował profesor), natomiast nie wykluczyliśmy rozpoczynających się zaburzeń organicznych w postaci organicznej chwiejności afektywnej (F06.6) i łagodnych zaburzeń procesów poznawczych (F06.7).

Stwierdziliśmy natomiast u pacjenta chorobę psychiczną pod postacią zespołu paranoicznego, czyli przewlekłych, uporczywych zaburzeń urojeniowych. Usystematyzowanemu zespołowi urojeń niewierności małżeńskiej bez rozpadu osobowości towarzyszyło (i nadal) działanie zgodne z tymi treściami, mówi o tym spontanicznie z żywymi przejawami emocji. Ponadto, zdradza urojenia prześladowcze wobec rodziny żony (która chce go pozbawić majątku, dorobić się jego kosztem, na stałe umieścić w szpitalu psychiatrycznym, buntuje córki przeciw niemu). W Klinice przejawiał nieufność i podejrzliwość wobec otoczenia, ksobnie interpretował kontakty z poszczególnymi pracownikami Kliniki, nastawiał się wobec niektórych podejrzliwie i nie weryfikował swych podejrzeń.

Doszliśmy do wniosku, że psychoza nadal istnieje, stanowiąc wysokie prawdopodobieństwo, że w przyszłości popełni on czyn o znacznej społecznej szkodliwości i z tego powodu powinien nadal odbywać środek zabezpieczający i być poddany leczeniu środkami psychotropowymi.

Sąd zlecił nam wydanie jeszcze opinii uzupełniającej, odpowiadającej na 20 szczegółowych pytań obrony (na które odpowiedź była zawarta w pisemnej opinii). Około miesiąc po wydaniu przez nas ostatniej opinii (która, podobnie jak opinia po obserwacji, została w odpisie przesłana do wiadomości ordynatora oddziału), dyrektor szpitala wraz z ordynatorem oddziału przesłali sądowi krótką informację, że pacjent po powrocie z Kliniki „jest leczony z powodu uporczywych zaburzeń urojeniowych. W aktualnym stanie zdrowia pacjenta przebywanie dalsze w szpitalu nie jest konieczne, zgodnie z art. 203 kkw”. Zostali oni przesłuchani na rozprawie stwierdzając, że po powrocie z Kliniki zastosowano leczenie farmakologiczne i psychoterapię, po czym stan zdrowia psychicznego pacjenta uległ poprawie: wyrównał się jego nastrój, stał się bardziej dostosowany do sytuacji, bezkonfliktowy, spokojny, bez aktywności urojeniowej. Pacjent stał się przystępny, stosował się do zaleceń. Do leczenia farmakologicznego był nastawiony negatywnie, zwłaszcza gdy nastąpiły objawy uboczne, ale zmiana leków zmieniła jego podejście do leczenia, które zaakceptował. Deklaruje, że po opuszczeniu szpitala będzie nadal leczył się u pana profesora, co pacjent na pytanie obrony potwierdził.

Wyjaśniono, że przyjmuje olanzapinę, przedtem przyjmował risperidon.

Na kolejną rozprawę sąd powołał oba zespoły biegłych, a ponadto na wniosek obrony – profesora. My podtrzymaliśmy nasze dotychczasowe oceny dodając, że – naszym zdaniem – leczenie szpitalne powinno

trwać dłużej, gdyż obserwowana przez lekarzy szpitalnych poprawa może okazać się nietrwała. Biegli opiekujący się pacjentem podtrzymali swoje oceny, w czym poparł ich – przesłuchany jako świadek, ale na tematy zawodowe – profesor. Uznał on wyniki leczenia za zadowalające i za wystarczające dalsze leczenie ambulatoryjne. Obrona zwróciła się do świadka z pytaniem, którą opinię uważa za lepszą, ale gdy przypomnieliśmy sądowi, że to sąd a nie świadek, ocenia opinie biegłych, sąd oddalił to pytanie.

Na postanowienie Sądu Okręgowego o dalszym utrzymaniu środka zabezpieczającego wobec tego pacjenta obrona złożyła zażalenie, a Sąd Apelacyjny polecił ponowne rozważenie przez Sąd Okręgowy w innym składzie konieczności dalszego stosowania środka z większym uwzględnieniem stopnia wysokiego prawdopodobieństwa powtórzenia czynu znacznej społecznej szkodliwości, gdyż dotychczas sąd rozważał efekty leczenia.

Na zlecenie nowego składu sądu ponownie badaliśmy pacjenta po ok. roku intensywnego leczenia środkami psychotropowymi. Stwierdziliśmy zmianę w stanie psychicznym pacjenta, wypowiedziane treści miały charakter nastawień urojeniowych nie towarzyszyły im tak żywe emocje, jakie obserwowano poprzednio, zachowywał się wyraźnie spokojniej. Podzieliliśmy oceny lekarzy ze szpitala, że w tym stanie pacjenta prawdopodobieństwo ponowienia czynu o znacznej społecznej szkodliwości nie jest wysokie.

KOMENTARZ

Tłem przedstawionych zagadnień były trzy sprawy karne, które wyłoniły różne postawy psychiatrów, pełniących w nich odmienne funkcje: biegłych, lekarzy leczących, autoritetów naukowych, stojących na straży odpowiedzialności zawodowej.

Pierwsza sprawa różni się wyraźnie od dwu pozostałych. Dotyczy oceny stanu zdrowia psychicznego człowieka, który zareagował emocjonalnie będąc w stanie nietrzeźwości alkoholowej. Każdy doświadczony biegły psychiatra wie, jak trudne są oceny takich stanów i ich wpływu na poczytalność. Sądzić należy, że zbyt łatwe i częste zmiany ocen pierwszego zespołu biegłych wynikają z małego ich doświadczenia i braku pomysłu skierowania badanego na obserwację szpitalną lub zasugerowania sądowi zwrócenia się do biegłych z większym od nich doświadczeniem. Na pewno zostałyby to przyjęte z większym zrozumieniem niż wydawane przez nich sprzeczne wewnętrznie i między sobą kolejne opinie, przypominające zmienność kierunku chorągiewki na dachu.

Postawy psychiatrów w sprawie drugiej i trzeciej są bardzo zbliżone. Lekarze leczący piszą w sprawie swoich pacjentów, jeden nieuprawnione „zaświadczenia lekarskie”, drugi listy do obrońcy, zawierające sugestie diagnostyczne i orzecznicze, mogące mieć wpływ na

dalsze losy pacjentów podlegających wymiarowi sprawiedliwości. Obaj twierdzą (jeden zdecydowanie, drugi w domyśle), że motywem ich postępowania było „dobro pacjentów, pozostających pod ich opieką”. Żaden jednak nie brał pod uwagę dobra ogólnego, społecznego, które zagrożone jest działaniami osób zaburzonych psychicznie, lecz mogących odpowiadać za swe zachowania lub chorych, którzy wymagają leczenia w izolacji od społeczeństwa.

Biorąc pod uwagę sprawę drugą, to zarówno autor „zaświadczeń lekarskich” jak i zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej zachowali się tak, jak gdyby nie znali podstawowych unormowań prawnych, dotyczących powołania biegłego psychiatry i jego zadań (wskazanych w art. 202 § 4 kpk [1]), co jeden wykazał w treści zaświadczenia, wchodząc w kompetencje biegłego, a drugi stwierdził, że ten pierwszy nie przekroczył swoich uprawnień psychiatry (być może kierowała nim źle pojęta solidarność koleżeńska). Znajomość unormowań prawnych nie powinna być im obca, gdyż wiem, że obaj podejmowali się obowiązków biegłego. Moje wątpliwości dotyczą też tego, czy zakończenie sprawy przedstawioną notatką urzędową zapobiegnie w przyszłości „wysokiemu prawdopodobieństwu ponowienia czynów o znacznej szkodliwości społecznej” przez tego psychiatrę?

Zastanawiając się nad trzecią sprawą odnoszę wrażenie, że lekarze oddziału, w którym wspomniany pacjent odbywał środek zabezpieczający, ulegli jego dominującym i manipulacyjnym zachowaniom, byli dla niego zbyt tolerancyjni, traktując już po miesiącu jak pacjenta „wolnościowego”, bez uzyskania zgody sądu urlopowali, co pozwoliło mu nabrać jeszcze większej pewności siebie i podejmować działania w celu szybkiego uchylenia środka zabezpieczającego.

Czy profesor, którego lekarze ze szpitala traktowali jako autorytet naukowy, powinien podejmować się jakichkolwiek oddziaływań prawno-lekarskich wobec pacjenta, nie będąc ani biegłym, ani konsultantem, ani uczestnikiem konsylium lekarskiego w jego sprawie? Czy nie było to źle pojętą troską o chorego (pod-

trzymywanie go w niekrytycznym stosunku do stanu zdrowia psychicznego i negatywnie do leczenia)? Interwencje profesora w postaci listów do obrońcy zakłócały proces leczenia pacjenta, obniżały obiektywizm ocen prowadzących chorego lekarzy, którzy ulegali wpływowi autorytetu i tytułu naukowego profesora.

W ostatnim dziesięcioleciu usiłowanie wpływania na decyzje sądu osób niepowołanych przybiera na sile. Wydaje się, że gdyby sądy bardziej krytycznie oceniały różne zaświadczenia lekarskie czy inne pisma, niezależnie od tego, kto jest ich autorem i nie stawiały ich na równi z rzetelną opinią biegłych psychiatrów, nie przynosiłoby to zamierzonych korzyści (choćby w sensie przedłużania postępowania), zjawisko to nie narastałoby tak znacznie, jak ma to miejsce teraz. W literaturze psychiatrycznej podkreślano to wielokrotnie [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Wyciągnięcie wniosków pozostawiam psychiatrom i prawnikom, a zwłaszcza sędziom.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowe kodeksy karne – 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks postępowania karnego. Warszawa: Wyd Praw; 1997.
2. Hajdukiewicz D. Nowe niepożądane zjawiska w praktyce psychiatrycznej, spotykane podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6 (supl 1): 85–92.
3. Hajdukiewicz D. Problematyka zaburzeń reaktywnych w aktualnym orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7 (supl 3): 125–31.
4. Hajdukiewicz D. Niektóre pozamerytoryczne przyczyny nieprawidłowości opiniowania sądowo-psychiatrycznego. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (supl 4): 63–8.
5. Kocur J. Analiza niektórych zagrożeń związanych z nieprawidłowościami opiniowania sądowo-psychiatrycznego. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (supl 4): 59–62.
6. Pobocho J. Jaki kodeks etyczny biegłego psychiatry? *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6 (supl 1): 143–8.
7. Pobocho J. Powstawanie błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych i ich wykrywanie. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (supl 4): 49–57.

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