



## Opinie sędowo-psychiatryczne po obserwacjach szpitalnych osób z zaburzeniami psychicznymi: (2) ocena poczytalności i poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego

*Forensic psychiatric opinions after hospital observation of individuals with psychotic disorders:  
(2) Assessment of accountability and grave threat to legal order*

ELŻBIETA BOGDANOWICZ, DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

**STRESZCZENIE.** Wśród 256 osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych 236 (92%) biegli ocenili jako niepoczytalne, przy czym w stosunku do 72 z nich (32%) wnioskowali o zastosowanie środka zabezpieczającego w trybie art. 99 kk. Mimo rozpoznania psychozy, u 17 osób (7%) biegli ocenili poczytalność jako znacznie ograniczoną, zaś u 3 osób (1%) nie kwestionowali poczytalności. Takie orzeczenia dotyczyły chorych, u których stwierdzano objawy negatywne schizofrenii lub hipomanię w przebiegu choroby afektywnej, bądź też przypadków, w których biegli skupili uwagę na uzasadnieniu rozpoznania a nie na ocenie poczytalności, co naszym zdaniem nie jest prawidłowe. Oceny poczytalności i poważnego zagrożenia dla porządku prawnego sprawców czynów karalnych z rozpoznaniem psychoz z lat sześćdziesiątych i wydane w latach 1995–1996 – pozostały zbliżone.

**SUMMARY.** Out of 256 offenders with psychotic disorders, 236 (92%) were assessed as unaccountable by court experts who in 72 cases (32%) motioned for their preventive detention according to article 99 of the penal code. Despite the diagnosed psychosis in 17 (7%) cases greatly diminished accountability was recognized, while 3 (1%) cases were assessed as fully accountable. Such opinions were issued either on patients with negative symptoms of schizophrenia or with hypomania in the course of bipolar affective disorder, or pertained to cases in which the emphasis was laid on the psychiatric diagnosis justification only, and not on accountability evaluation – which in our belief is not a correct procedure. Assessments of accountability and grave threat to legal order in psychotic perpetrators of punishable acts in expert opinions issued in the years 1995–1996 remained similar to these from the 1960s.

**Słowa kluczowe:** psychozy / orzecznictwo sędowo-psychiatryczne / poczytalność / środki zabezpieczające  
**Key words:** psychoses / forensic psychiatric opinions / accountability / preventive detention

Już z treści art. 25 kk z 1969 r. wynika, że choroba psychiczna istniejąca w chwili dokonania czynu karalnego (niezależnie od jego rodzaju) powoduje niepoczytalność sprawcy (zgodnie z § 1) lub znacznie ogranicza jego poczytalność (zgodnie z § 2). Tak więc niepoczytalny sprawca czynu karalnego nie może być uznany za winnego popełnienia przestępstwa i nie podlega odpowiedzialności karnej,

zaś sprawca o poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym – popełnia przestępstwo i podlega karze, ale z możliwością nadzwyczajnego jej złagodzenia. Sehn i Spett określili stan poczytalności ograniczonej jako stan pośredni, który od niepoczytalności różni się jakościowo, gdyż nie wyłącza odpowiedzialności, a od poczytalności różni się ilościowo, „bo jest poczytalnością w mniejszym stopniu” [1].

Istotnym elementem w definicji przestępstwa kodeksu karnego z 1969 r. [7] było społeczne niebezpieczeństwo czynu karalnego, co wynikało z brzmienia art. 1 kk: „Odpowiedzialności karnej podlega tylko ten, kto dopuszcza się czynu społecznie niebezpiecznego, zabronionego pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia”. Stąd najpoważniejszym kryterium do zastosowania środka zabezpieczającego wobec sprawcy niepoczytalnego lub o poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym było uzasadnione przewidywanie, że „jego pozostawianie na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego” (art. 99 i 100 kk z 1969 r.).

Poglądy biegłych i autorów doniesień są zgodne, że sprawcy, którzy popełnili czyn karalny w okresie objawów psychozy są niepoczytalni, niezależnie od rodzaju czynu. Jeszcze w połowie naszego wieku niektórzy autorzy dopuszczali możliwość niekwestionowania poczytalności chorych na schizofrenię w przypadkach dobrej, trwałej remisji lub niezbyt głębokiego „defektu” bez wyraźniejszych zmian osobowości, z zachowaną aktywnością i zdolnością do adaptacji społecznej [6, 9]. Widzieli oni wówczas konieczność uwzględnienia rodzaju czynu i jego motywów. Autorzy ci podkreślali także, że takie przypadki są rzadkie, a w ocenach musi być zachowana duża ostrożność i że należy rozważyć możliwość pobytu w więzieniu i ewentualnych tego konsekwencji.

Polscy autorzy prezentują pogląd, że w przypadkach nawet dobrej remisji uzasadnione jest opiniowanie bądź niepoczytalności [3], bądź poczytalności ograniczonej, ale podkreślają konieczność rozważenia wtedy możliwości odbywania kary [2, 5, 8, 10, 14].

W materiale Wojdysławskiej-Wald wśród 100 sprawców chorych na schizofrenię 92 uznano za niepoczytalnych, 5 – za mających poczytalność ograniczoną w stopniu znacznym, 1 – w stopniu nieznacznym, u 2 nie wypowiedziano się o poczytalności [14].

W materiale Uszkiewiczowej 90,5% sprawców chorych na schizofrenię uznano za niepo-

czytalnych, 6,4% – za mających poczytalność ograniczoną, zaś w 2,8% nie wypowiedziano się zdecydowanie, czy objawy chorobowe istniały w chwili czynu. Wśród 463 niepoczytalnych chorych na schizofrenię wnioskowano o zastosowanie środka zabezpieczającego u 36,7%, a u 33 sprawców mających poczytalność ograniczoną – u żadnego [13].

Dokonując przeglądu literatury dotyczącej ocen poczytalności w chorobach afektywnych Bogdanowicz i Hajdukiewicz doszły do przekonania, że regułą orzeczniczą jest ocena niepoczytalności osób, które dokonały czynu karalnego w fazie depresji lub manii o pełnym nasileniu [1]. Z pracy Uszkiewiczowej wynika, że w praktyce, w stanach subdepresji lub hipomanii ocena poczytalności często zależy od oceny nasilenia fazy, a nie jej istnienia w ogóle [13].

Spett i Szymusik [3] uznali taką ocenę za niewłaściwą, gdyż bez względu na to, czy jest to subdepresja czy hipomania w przebiegu choroby afektywnej, to jest to przecież choroba psychiczna. Szymusik i Zięba w pracy z 1998 r. nieco zmienili pogląd stwierdzając, że sprawcy działający w niepełnej remisji oceniani są jako mający znacznie ograniczoną poczytalność, natomiast autorzy ci nie mają wątpliwości co do niepoczytalności sprawców działających w manii lub depresji oraz co do pełnej poczytalności sprawców działających w okresie pełnej remisji, zastrzegając jednak, że odbywanie kary pozbawienia wolności przez te osoby jest wykluczone [12].

Analiza dokumentacji lekarskiej z lat 1991–1996 obserwowanych w Klinice Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie osób z rozpoznaniem chorób afektywnych pozwoliła autorkom na stwierdzenie, że wszystkich badanych oceniono jako niepoczytalnych kładąc nacisk na obecność objawów chorobowych, a nie na ich nasilenie.

O stosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym niepoczytalnych sprawców z rozpoznaniem chorób afektywnych wnosi się wyjątkowo. W całej grupie badanych przez

Uszkiewiczową niepoczytalnych lub z poczytalnością ograniczoną sprawców z chorobą afektywną tylko u 0,5% wnoszono o środek zabezpieczający. Wyniki badań Ciszewskiego wykazały, że w 1994 r. wśród 850 internowanych w polskich szpitalach było 19 chorych (2,3%) z rozpoznaniem chorób afektywnych [4].

Szymusik i Zięba stwierdzili, że tylko wyjątkowo wypowiadają się u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych o poważnym niebezpieczeństwie dla porządku prawnego [12]. Stanowisko to wynikało zarówno z tego, że czynów karalnych częściej dokonywali chorzy w manii, ale nie były to czyny szczególnie niebezpieczne (przeciwko życiu i zdrowiu – raczej w depresji) – typu opór władzy, przywłaszczenia. Rzadko zatem spełniali podstawowe kryterium do stosowania środka zabezpieczającego, tzn., że czyn będący przedmiotem ekspertyzy był społecznie niebezpieczny a pozostawienie sprawcy na wolności groziło poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego.

W odniesieniu do psychoz paranoicznych nikt nie kwestionował oceny niepoczytalności osób z takim rozpoznaniem. Natomiast ocena potrzeby internowania tych osób jest różna w zależności od etiologii tego zaburzenia, jak i rodzaju zarzucanego sprawcy czynu. *Paranoia vera*, paranoja pieniacza rzadko dają podstawy do wnoszenia o internowanie w szpitalu psychiatrycznym. Chorzy są wprawdzie uciążliwi dla otoczenia, ale tylko wyjątkowo stanowią poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego [5, 13]. Podstawy takie daje natomiast paranoja alkoholowa, w której zwykle czyn będący przedmiotem ekspertyzy jest poważny, jak i pozostawienie na wolności stanowi poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego [3, 5, 13].

## CEL

Celem tej pracy jest analiza praktyki orzeczniczej w odniesieniu do osób poddanych obserwacjom sądowo-psychiatrycznym, u których rozpoznano zaburzenia psychotycz-

ne. Badano orzeczenia dotyczące oceny poczytalności oraz wniosku o zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci skierowania do szpitala psychiatrycznego.

## MATERIAŁ I METODY

Praca jest kontynuacją badań przedstawionych w części (1) artykułu [Bogdanowicz, Hajdukiewicz, w tym zeszytach]. Wykorzystano wszystkie spośród 256 opinii sądowo-psychiatrycznych, dotyczących osób z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, wydanych po obserwacjach sądowo-psychiatrycznych, które odbyły się w latach 1995–1996 w 19 szpitalach i oddziałach psychiatrycznych w Polsce.

Zebrany materiał analizowano z uwzględnieniem następujących kategorii diagnostycznych: 1. schizofrenie, 2. choroby afektywne, 3. zespoły urojeniowe, urojeniowo-omamowe, paranoidealne o różnej etiologii (organicznej, alkoholowej lub nieokreślonej przez biegłych), 4. zespoły paranoiczne, w tym zespoły urojeń niewierności małżeńskiej o różnej etiologii (organicznej, alkoholowej) lub etiologii nieokreślonej, 5. ostre psychozy alkoholowe (typu majaczenia), tj. krótkotrwałe, przemijające zaburzenia psychotyczne o etiologii alkoholowej.

Kategorie te wybrano kierując się rozpoznaniem stosowanymi przez biegłych (często syndromologicznymi) oraz specyfiką obrazu klinicznego i przebiegu tych zaburzeń w odniesieniu do orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego.

Niektóre wyniki porównano z wynikami pracy Uszkiewiczowej [13] opublikowanej w roku 1960, a dotyczącej opinii wydanych po obserwacjach szpitalnych w latach 1953–1957. Numeracja artykułów kodeksu została podana tak, jak ją biegli stosowali, tj. wg kodeksu karnego z 1969 r.

## WYNIKI

Wyniki oceny poczytalności u osób z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych przedstawiono w tabl. 1.

Tablica 1. Ocena poczytalności u osób z zaburzeniami psychiatrycznymi

Rozpoznanie	Liczba osób		Ocena poczytalności					
			art. 25 § 1 kk		art. 25 § 2 kk		bez artykułu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ogółem	256	100	236	92	17	7	3	1
Schizofrenia	92	100	88	96	3	3	1	1
Psychozy urojeniowe	89	100	85	95	4	5	0	0
Choroby afektywne	22	100	18	81	3	14	1	5
Zespoły paranoiczne	40	100	34	85	5	13	1	2
Ostre psychozy alkoholowe	13	100	11	85	2	15	0	0

Wśród 256 osób – 236, tj. 92% osób oceniono jako niepoczytalne wobec zarzucanych im czynów (w rozumieniu art. 25 § 1 kk). W pozostałych 20 przypadkach – u 17 osób (7% opinii) oceniono poczytalność sprawców jako znacznie ograniczoną (w rozumieniu art. 25 § 2 kk), a u 3 osób – pomimo rozpoznania zaburzeń psychiatrycznych – nie kwestionowano poczytalności.

Ocena poczytalności jako znacznie ograniczonej dotyczyła następujących 17 przypadków.

*3 osoby z rozpoznaniem schizofrenii*, u których:

- nie stwierdzono objawów wytwórczych, ale badany ujawniał autyzm, błąd afekt, objawy osiowe i upośledzenie krytycyzmu (zarzut dotyczył przerobienia fabrycznych cech auta),
- rozpoznano „niewielki defekt schizofreniczny”, brak objawów wytwórczych (zarzut: wyłudzenie kredytu),
- opisano „cechy przewlekłego procesu schizofrenicznego”, przy czym chory ten był już wcześniej kilkanaście razy hospitalizowany z powodu choroby psychicznej. Biegli wnioskowali „odbycie kary pozbawienia wolności w oddziale psychiatrycznym zakładu karnego” (zarzut: znęcanie nad rodziną).

Wydaje się, że podstawowym kryterium przytoczonych opinii była obecność lub brak objawów wytwórczych, tj. urojeń i omamów. Biegli nie kierowali się w tych przypadkach ani występowaniem autyzmu, ani zaburzeń

krytycyzmu. Wskazanie opisane w trzecim przypadku jest zupełnie niezrozumiałe.

*4 osoby*, u których biegli *rozpoznali psychozy urojeniowe*, a poczytalność ocenili jako znacznie ograniczoną, stwierdzając:

- zespół urojeniowy, bez podania jego etiologii (zarzut: znęcanie nad rodziną),
- „halucynozę alkoholową i stan upicia zwykłego” (zarzut: włamanie),
- psychozę atypową (zarzut: kradzież),
- zespół paranoidalny endogeny (zarzut: napaść na funkcjonariusza).

Analizowane powyżej opinie nie zawierały uzasadnienia oceny poczytalności, biegli koncentrowali się na uzasadnieniu rozpoznania. Wynikało z nich, że objawy psychiatryczne były u tych osób nieznacznie nasilone, a przebieg psychozy – przewlekły.

*3 osoby chore na choroby afektywne*, u których:

- rozpoznano „poronną manię” (zarzut: wyłudzenie pieniędzy),
- rozpoznano hipomanię (zarzut: znęcanie się nad rodziną),
- u jednej osoby nie rozpoznano obrazu klinicznego fazy choroby, opis wskazywał na fazę maniakalną o niepełnym nasileniu (zarzut: zniszczenie mienia).

W opisanych dwóch przypadkach o ocenie poczytalności decydowało nasilenie objawów fazy maniakalnej, które biegli ocenili jako poronne lub hipomanię. W jednym przypadku można się było jedynie domyś-

łać, że była to hipomania (tym samym nie znamy związków zachodzących między objawami choroby a zarzucanym czynem).

5 osób, u których rozpoznano zespoły paranoiczne. Biegli stwierdzili:

- u 3 osób – zespół urojeń niewiary małżeńskiej, bez określenia etiologii (zarzuty: znęcanie nad rodziną – 2 osoby, u 1 osoby nie podano zarzucanego czynu),
- u 2 osób rozpoznano „reakcję paranoiczną” i encefalopatię (zarzuty: zniewaga, groźby karalne).

W przypadkach tych biegli charakteryzowali wymieniony zespół urojeń oraz reakcję urojeniową jako „nastawienia urojeniowe” i „interpretacje urojeniowe”, które traktowali jako „niepełne urojenia”.

2 osoby z rozpoznaniem psychoz alkoholowych. Opinie zawierały następujące rozpoznania:

- „wstawki deliryjne” (zarzut: pobicie),
- „ostra reakcja urojeniowo-omamowa” (zarzut: pobicie).

W obu przypadkach rozpoznano ponadto zespół zależności alkoholowej. Ocena poczytalności jako znacznie ograniczonej u osób z tymi rozpoznaniem jest dla nas nie w pełni zrozumiała.

Przedstawione powyżej dane mogły być porównane z niektórymi wynikami Uszkiewiczowej z 1960 r., mianowicie dotyczącymi schizofrenii i chorób afektywnych. Okazało się, że w 1960 r. odsetek opinii o znacznie ograniczonej poczytalności u sprawców chorych na schizofrenię był dwukrotnie wyższy (6,4%) niż obecnie (3%), natomiast u chorych na choroby afektywne – zbliżony (1960 r. – 12,5%, 1996 r. – 14%).

Z tablicy 1 wynika także, że u 3 osób nie znaleziono w ogóle podstaw do kwestionowania poczytalności pomimo rozpoznania zaburzeń psychotycznych (psychoz). W przypadkach tych biegli stwierdzili:

- „zespół schizofrenopodobny” opisano „nastawienia urojeniowe”, omamy słuchowe, które zdaniem autorów nie miały

wpływu na zachowanie chorego w okresie zarzucanego mu czynu (zarzut: przywłaszczenie mienia),

- okres remisji w przebiegu choroby afektywnej (zarzut: kradzież),
- zespół urojeń niewierności małżeńskiej, bez określenia etiologii (zarzut: groźby karalne).

Opinie te nie zawierały przekonywających uzasadnień takich orzeczeń. Niekwestionowanie poczytalności w pierwszym i trzecim przypadku jest, naszym zdaniem, niezrozumiałe.

W materiale Uszkiewiczowej żaden ze sprawców cierpiących na schizofrenię i „obłąd przewlekły” nie został uznany przez biegłych za poczytalnego. Wśród osób z rozpoznaniem choroby afektywnej u dwóch nie kwestionowano poczytalności (u jednej z nich czyn miał miejsce przed początkiem choroby, zaś u drugiej zasadne było, zdaniem autorki, rozpoznanie zespołu maniakalnego i orzeczenie niepoczytalności).

Częstość wnioskowania o zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci leczenia szpitalnego przedstawiono w tablicy 2.

Z przedstawionego zestawienia wynika, że wśród 256 opinii dotyczących osób z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, z wnioskiem o zastosowanie środka zabezpieczającego biegli wystąpili u 78 osób, tj. u 1/3 podanych obserwacji. Z 236 osób uznanych za niepoczytalnych – 76 osób (32%) zostało skierowanych na leczenie szpitalne celem odbywania środka zabezpieczającego w trybie art. 99 kk.

Wśród 17 osób, u których poczytalność oceniono jako znacznie ograniczoną – 2 osoby (12%) zostały skierowane do szpitala w trybie art. 100 kk (jedna z rozpoznaniem choroby afektywnej, druga – zespołu paranoicznego).

U osób, u których orzeczono niepoczytalność najrzadziej stosowano środek zabezpieczający wobec osób z rozpoznaniem chorób afektywnych, najczęściej wobec osób z rozpoznaniem zespołów paranoicznych. Wobec osób z rozpoznaniem ostrych psychoz alkoholowych uznanych za niepoczytalne w stosunku do zarzucanych im czynów – takiego wniosku nie stosowano w ogóle.

Tablica 2. Wnioskowanie o zastosowanie środka zabezpieczającego wśród 253 osób\* z orzeczoną niepoczytalnością i poczytalnością znacznie ograniczoną

Rozpoznanie	Orzeczenia o niepoczytalności (art. 25 § 1 kk)	Wnioski o zastosowanie środka zabezpieczającego (art. 99 kk)		Orzeczenia o poczytalności znacznie ograniczonej (art. 25 § 2 kk)	Wnioski o zastosowanie środka zabezpieczającego (art. 100 kk)	
	n	n	%	n	n	%
Ogółem	236	76	32	17	2	12
Schizofrenia	88	28	32	3	—	—
Psychozy urojeniowe	85	31	36	4	—	—
Choroby afektywne	18	4	22	3	1	33
Zespoły paranoiczne	34	13	38	5	5	20
Ostre psychozy alkoholowe	11	—	—	2	—	—

\* Liczba osób ogółem 256, ale u 3 osób nie kwestionowano poczytalności.

W analizowanym materiale znalazły się 3 opinie, których autorzy nie wypowiedzieli się w ogóle co do środka zabezpieczającego pomimo orzeczenia poczytalności zniesionej (1 opinia) i znacznie ograniczonej (2 opinie). W 6 opiniach biegli odnotowali, że przewidują dalsze leczenie chorych w trybie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w 2 przypadkach – wnosili o zastosowanie obu dróg naraz (tj. art. 99 kk i leczenia szpitalnego w trybie Ustawy).

Wielokrotnie natomiast spotkać można orzeczenia „warunkowe” polegające na tym, że biegli stwierdzają, iż „badany nie będzie stanowił poważnego zagrożenia dla porządku prawnego pod warunkiem systematycznego leczenia w poradni zdrowia psychicznego i/lub zachowania abstynencji”. Biegli nie określali sposobów realizacji tego warunku.

W jednym przypadku biegli, pomimo wniosku o zastosowanie wobec chorego niepoczytalnego środka zabezpieczającego – wypisali go do domu, zaś w drugim – zawierającym taki sam wniosek – skierowali do DPS.

Porównanie powyższych danych z wynikami uzyskanymi w 1960 r. przez Uszkiewiczową prowadzi do wniosku, że częstość wnioskowania o zastosowanie środka zabezpieczającego pozostała zbliżona. Wg danych Uszkiewiczowej o detencję chorych niepoczytalnych wnioskowano u 36,7%

chorych na schizofrenię, 36,7% – na psychozy inwolucyjne i u 42,9% – z rozpoznaniem paranoi. Autorka stwierdziła, iż u osób z rozpoznaniem psychoz alkoholowych uznanych za niepoczytalne – detencję wnioskowano aż w 45,9% przypadków (odsetek ten dotyczył głównie osób z psychozami przewlekłymi).

Wśród osób z poczytalnością ograniczoną z powodu zaburzeń psychotycznych Uszkiewiczowa nie odnotowała ani jednego przypadku wnioskowania o detencję (w rozumieniu art. 100 kk), co w naszym materiale miało miejsce w dwóch przypadkach. Okazało się, że w latach sześćdziesiątych aż w 35% opinii dotyczących osób niepoczytalnych i aż w 83,5% opinii dotyczących osób z poczytalnością ograniczoną – autorzy nie wypowiedzieli się w ogóle na temat środka zabezpieczającego. Pod tym względem współczesne opinie są znacznie pełniejsze.

## OMÓWIENIE

W przedstawionym materiale większość osób z rozpoznaniem psychoz, tj. 236 (92% ogółu opiniowanych z tym rozpoznaniem), oceniono jako niepoczytalne w stosunku do zarzucanych im czynów (w rozumieniu art. 25 § 1 kk z 1969 r.). O zastosowaniu środka zabezpieczającego wnioskowano

u 32% osób niepoczytalnych z rozpoznaniem schizofrenii, u 31% z rozpoznaniem psychoz urojeniowych, u 38% – zespołów paranoicznych, 22% – chorób afektywnych. Nie stosowano takiego wniosku u żadnej osoby z rozpoznaniem psychozy alkoholowej, co jest zrozumiałe ze względu na ich krótkotrwały przebieg.

W całej badanej grupie u 17 osób biegli ocenili poczytalność jako znacznie ograniczoną, pomimo rozpoznania u nich psychozy (u 3 osób – schizofrenii, u 3 – chorób afektywnych, u 5 – zespołu paranoicznego, u 4 – psychozy urojeniowej i 2 – psychozy alkoholowej). W odniesieniu do tej grupy chorych o zastosowanie środka zabezpieczającego biegli wnosili jedynie u 1 osoby z rozpoznaniem choroby afektywnej i 1 – zespołu paranoicznego.

Wobec 3 osób (rozpoznawano: schizofrenię, chorobę afektywną, zespół paranoiczny) biegli w ogóle nie kwestionowali ich poczytalności (jest to 1% osób z rozpoznaniem psychoz). Taka ocena w stosunku do np. osoby z rozpoznaniem „zespołu schizofrenopodobnego”, nawet jeżeli dokonała ona „tylko” kradzieży, czy osoby z rozpoznaniem zespołu urojeń niewierności małżeńskiej wypowiadającej groźby karalne, budzi poważne wątpliwości co do ich słuszności. Można jedynie zrozumieć brak kwestionowania poczytalności u osoby w okresie remisji w przebiegu choroby afektywnej, o ile była to pełna remisja.

Podobnie nasze wątpliwości budziły oceny poczytalności ograniczonej osób, u których opisuje się wyraźne objawy psychopatologiczne psychozy, chociaż zdaniem biegłych nie są one ostre, czy nasilone (dotyczy to zwłaszcza braku objawów wytwórczych, tj. urojeń i omamów w przebiegu schizofrenii).

Wątpliwości budziła też ocena, że pozostawianie na wolności sprawcy niepoczytalnego lub z poczytalnością znacznie ograniczoną nie będzie stanowiła poważnego zagrożenia dla porządku prawnego pod warunkiem dalszego, systematycznego leczenia ambulatoryjnego. Praktyka wskazuje, że sądy

często nie rozumieją tego warunku, nie mają możliwości jego wykonania ani kontroli.

Porównanie naszych wyników z wynikami Uszkiewiczowej wskazuje, że oceny biegłych w latach sześćdziesiątych i obecnie odnośnie poczytalności, jak i poważnego zagrożenia dla porządku prawnego sprawców chorych psychicznie pozostały zbliżone.

Mało wnikliwe analizowanie przez biegłych objawów choroby, jej dynamiki, przebiegu, efektów leczenia i związków przyczynowych między objawami choroby a niebezpiecznym zachowaniem – uniemożliwiło nam bardziej szczegółowe opracowanie zebranego materiału. Okazało się, że w bardzo wielu opiniach biegli pominęli zupełnie temat i okoliczności czynu (stwierdzając np., że zapoznali się z aktami i odnotowując „ustawa o o.z.p., art. 51”), a tym samym jego powiązania z objawami chorobowymi.

Zwracamy uwagę na to, że wnioski przedstawionej pracy interpretować można jedynie jako ogólny zarys prezentowanych problemów. Dotyczą one zaledwie części sprawców z zaburzeniami psychotycznymi, tj. tych, którzy zostali poddani szpitalnym obserwacjom sądowo-psychiatrycznym. Nie możemy też wykluczyć, że w zakresie klasyfikacji, zwłaszcza obu psychoz endogennych – schizofrenii i chorób afektywnych, na przestrzeni 40 lat nastąpiły takie zmiany, że porównywanie ich z wynikami z lat sześćdziesiątych wymaga szczególnej ostrożności. Materiałem pracy były wydane ekspertyzy i dlatego założyliśmy, że jej celem będzie poznanie, choćby w ogólnym zarysie, praktyki dotyczącej opiniowania sądowo-psychiatrycznego (a w tym przede wszystkim skutków postawionych przez biegłych rozpoznań) w odniesieniu do sprawców z psychotycznymi zaburzeniami psychicznymi.

## WNIOSKI

1. U większość osób (92%) z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych biegli orzekli niepoczytalność, niezależnie od rodzaju czynu i jego okoliczności.

2. U 7% osób biegli ocenili poczytalność jako znacznie ograniczoną – ocena ta nie została należycie uzasadniona w opiniach, a ze względu na rozpoznanie psychozy – budzi wątpliwości. Tym bardziej niezrozumiała naszym zdaniem jest ocena sprawców z rozpoznaniem psychozy – jako w pełni poczytalnych (1% opinii).
3. Oceny poczytalności i poważnego zagrożenia dla porządku prawnego sprawców czynów karalnych z rozpoznaniem psychoz wydawane obecnie i przed 40 latami – pozostały zbliżone.
4. Ciszewski L.: Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatrycznych w Polsce środek zabezpieczający. Doniesienie wstępne. Psychiatr. Pol. 1995, 2, 149–156.
5. Dreszer R.: Zarys psychiatrii sądowej dla medyków i prawników. PZWL, Warszawa 1964.
6. Gurewicz M.O.: Psychiatria. Moskwa 1949.
7. Kodeks karny oraz przepisy wprowadzające. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1969.
8. Korzeniowski L.: Zarys psychiatrii – Compendium. Warszawa 1954.
9. Langeluddeke A.: Gerichtliche Psychiatrie. Berlin 1950.
10. Malinowski A.: Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Warszawa 1961.
11. Sehn J., Spett K.: Zmniejszona poczytalność. Państwo i Prawo 1961, 286–294.
12. Szymusik A., Zięba A.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w chorobach afektywnych. Post. Psychiatr. Neurol. 1998, 7, supl. 3(8), 105–113.
13. Uszkiewiczowa L.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w świetle 4200 ekspertyz szpitalnych. Arch. Kryminol. 1960, 1, 297–559.
14. Wojdyławska-Wald J.: Przestępczość 100 schizofreników przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Rozprawy. Wyd. Nauk. Med. PAN, 9, 2, 193–210.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bogdanowicz E., Hajdukiewicz D.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne wobec osób z rozpoznaniem choroby afektywnej (doniesienie kazuistyczne). Post. Psychiatr. Neurol. 1996, 5, 149–156.
2. Cieślak M., Spett K., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1968.
3. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991.

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