

Depresja w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym

Depression in forensic-psychiatric jurisdiction

JÓZEF KOCUR¹, JÓZEF BUKOWSKI¹, ZDZISŁAW MAJCHRZYK²

- Z: 1. Instytutu Medycyny Wojskowej WAM w Łodzi
2. Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. *Depresja stanowi poważny i skomplikowany problem medyczny i społeczny, a jej złożoność rzutuje także na opiniowanie sądowo-psychiatryczne. W pracy przedstawiono różne aspekty opiniowania, w tym m.in. problemy symulacji, agrowacji, diagnostyki różnicowej, rokowania, zagrożenia samobójstwem.*

SUMMARY. *Depression is a serious and complicated medical and social problem and its complexity also affects forensic-psychiatric jurisdiction. Various aspects of opinion formulation, e.g., simulation, aggravation, differential diagnosis, prognosis and threatened suicide are discussed.*

Słowa kluczowe: depresja / orzecznictwo sądowo-psychiatryczne
Key words: depression / forensic-psychiatric jurisdiction

Z uwagi na swoje rozpowszechnienie, trudności w różnicowaniu i leczeniu oraz następstwa, zespoły depresyjne stanowią poważny problem medyczny, a nawet społeczny. W praktyce lekarskiej pierwszego kontaktu depresja należy do najczęściej spotykanych zaburzeń. Niektórzy autorzy rozpoznają ją aż u 30% chorych zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu [4]. Badania epidemiologiczne u chorych leczonych w szpitalach ogólnych wykazały obecność objawów depresyjnych u 22–30% ogółu pacjentów, co świadczy m.in. o tym, że depresja często towarzyszy różnym chorobom somatycznym [5]. Inne badania ujawniły, że w różnych krajach w ciągu całego życia choruje na depresję ok. 17–20% populacji ogólnej, przy czym połowa tych osób ma objawy o niewielkim nasileniu, wystarczające jednak do ustalenia klinicznego rozpoznania. Niestety, depresji nie rozpoznaje się aż u 50% chorych leczonych ambulatoryjnie i szpitalnie [1].

Depresja pojawia się najczęściej między 25 a 45 rokiem życia, a niektóre badania

dowodzą, że wzrasta częstość zachorowań tego typu wśród młodzieży. Choroba występuje 2–3 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, przy czym różnica ta stale się zmniejsza [6]. Jak wspomniano, depresje stwarzają lekarzom oraz wielu innym osobom i instytucjom wiele różnorodnych problemów. Ostatnio zmieniły się np. podziały i klasyfikacje depresji. Podział tradycyjny, biorący pod uwagę czynniki sprawcze lub wyzwalające, został zastąpiony nową klasyfikacją opierającą się głównie na opisie najczęstszych objawów i przebiegu choroby. Pojedyncze epizody depresyjne oddzielono od zaburzeń depresyjnych nawracających oraz od przewlekłych zaburzeń afektywnych typu dystymii. Podział ten został uzupełniony o klasyfikację szczegółową opartą o nasilenie objawów i występowanie cech szczególnych depresji [3]. Bardzo bogata i zróżnicowana jest symptomatologia zespołów depresyjnych, którym często towarzyszą niecharakterystyczne dolegliwości ze strony różnych narządów i układów – stwarza to

niekiedy poważne problemy diagnostyczne, a także terapeutyczne.

Oprócz problemów czysto klinicznych, zespoły depresyjne nierzadko są przyczyną różnych komplikacji życiowych. Wielu chorych porzuca naukę lub pracę, albo rezygnują z ich usług pracodawcy, co często staje się dodatkową przyczyną pogłębiającą chorobę. W przebiegu depresji nierzadko dochodzi do nadużywania różnych leków, a nawet uzależnienia od środków nasennych, anksjolitycznych, a także od alkoholu. Z depresją łączy się także podwyższone ryzyko samobójstwa. Około 18% chorych z przebytą depresją endogenną usiłuje lub usiłowało popełnić samobójstwo, zaś 15% pacjentów z ciężką postacią tej choroby, trwającą co najmniej 1 miesiąc, dokonuje skutecznego zamachu na własne życie [8]. Depresja często doprowadza do kryzysów małżeńskich, zakłóca relacje z otoczeniem, zmniejsza wydajność i zaangażowanie w pracy, obniża ogólną sprawność i funkcjonowanie w środowisku. Stopień obniżenia wydajności w depresji jest zbliżony do tego, jaki obserwuje się u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca [7]. Poważne kłopoty mogą sprawiać problemy terapeutyczne – dobór odpowiedniego leku, sposób prowadzenia leczenia, objawy uboczne, współwystępujące choroby lub zaburzenia psychiczne czy somatyczne itd.

Niebagatelną sprawą są też następstwa ekonomiczne, np. koszty związane z depresją w końcu lat osiemdziesiątych wyniosły w Stanach Zjednoczonych ponad 16 mld. dolarów rocznie, a koszty pośrednie 14,2 mld. dolarów rocznie [9].

ORZECZNICTWO

Szczególnym aspektem złożonej problematyki zespołów depresyjnych są zagadnienia związane z orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym dotyczącym osób z objawami depresji. W literaturze fachowej poświęconej tym problemom najczęściej spotyka się rozważania w kontekście związków między

dokonanym czynem karalnym a poczytalnością sprawcy (sprawy karne) lub wpływem stanu psychicznego – w tym przypadku depresji – na zdolność wyrażenia woli i powzięcie decyzji oraz o ubezwłasnowolnieniu, rozwodzie czy unieważnieniu małżeństwa w sprawach cywilnych. Nietrudno przy tym stwierdzić, że podstawowe znaczenie dla tego rodzaju rozważań ma w zasadzie aspekt kliniczny, głównie zaś objawowy: występowanie lub brak objawów psychotycznych, co w sposób kardynalny wpływa na określenie stopnia poczytalności lub zdolności do spełniania czy wykonywania określonych funkcji i ról w życiu rodzinnym, publicznym itp.

Wg powszechnie panującej opinii, depresje którym towarzyszą czynne objawy psychotyczne, powinny być uznane za zaburzenia powodujące niepoczytalność, natomiast inne rodzaje depresji mogą być, w zależności od ich nasilenia i ewentualnego współwystępowania innych dysfunkcji psychicznych, kwalifikowane w sposób zróżnicowany.

Jak wykazuje praktyka, wpływ tzw. niepsychotycznych depresji na poczytalność sprawcy czynu karalnego jest oceniany przez biegłych bardzo różnie. Wydaje się, że dużą rolę odgrywa w tych przypadkach indywidualna wiedza biegłego o depresjach i jego podejście do często niejednoznacznych, a nawet kontrowersyjnych poglądów różnych szkół odnośnie poczytalności osób z dysfunkcjami psychicznymi. Podobne problemy stwarza w przypadku depresji sprawa zdolności stawania przed sądem lub odbywania kary przez osoby z depresją. W tych przypadkach różnice poglądów biegłych bywają jeszcze częstsze. Powodem tego większego zróżnicowania jest bowiem nie tylko, jak to ma miejsce przy ocenie poczytalności, ocena wpływów czynników psychopatologicznych bezpośrednio związanych z dokonanym czynem, ale także inne uwarunkowania, np. rokownicze. Szczególną trudność orzecznictwem sądownim i biegłym np. zagadnienia ryzyka samobójczego w róż-

nych jego aspektach oraz problem leczenia depresji w warunkach pozbawienia wolności. Dodatkowym utrudnieniem jest rozstrzygnięcie, czy obserwowany u wielu podejrzanych lub oskarżonych zespół depresyjny ma charakter sytuacyjny, czy też jest nasileniem lub zaostrzeniem istniejących wcześniej zaburzeń depresyjnych lub innych, co przy agrawacyjnych, a niekiedy symulacyjnych postawach niektórych badanych, znacznie komplikuje zadanie biegłych.

W tych przypadkach podstawowe znaczenie dla prawidłowości postępowania biegłego ma jego wiedza, doświadczenie i poziom etyczny. Zespoły depresyjne występujące u wielu oskarżonych mają z reguły nawarstwienie sytuacyjne związane nie tylko z pozbawieniem wolności (np. w warunkach aresztu śledczego), ale także z oczekiwaniem na zakończenie śledztwa i jego wyniki. W takiej sytuacji nawet zwolnienie z aresztu nie wywiera zasadniczego wpływu na stan psychiczny, bowiem ciągle działają inne czynniki psychotraumatyzujące, zwłaszcza zaś niepewność co do wyników śledztwa, ewentualny wymiar kary itp. Sytuacje takie rzutują również na przewidywane wyniki leczenia depresji, których nie można prognozować pomyślnie w warunkach poczucia niepewności i zagrożenia, na które narażony jest badany.

Jeśli idzie o możliwość przebywania w miejscu izolacji osób z depresją, to zasadniczy wpływ na jej przebieg i ocenę wydają się mieć nie tyle czynniki etiologiczne, co aktualne i dające się przewidzieć objawy kliniczne. Znaczne nasilenie objawów zespołu depresyjnego, a zwłaszcza objawy psychotyczne oraz myśli i tendencje suicydalne, stanowią podstawowe wskazanie do wnioskowania o leczeniu w warunkach pozawięziennych. W innych przypadkach, tzn. w depresjach o niewielkim nasileniu, niezależnie od czynnika etiologicznego, leczenie może odbywać się w warunkach pozbawienia wolności – oczywiście przy zachowaniu określonego standardu (kontrola specjalistyczna, odpowiednie leki, właściwy fachowy nadzór i opieka).

PROBLEMY ETYCZNE

W ostatnich latach w Polsce dokonały się – i dokonują nadal – liczne przemiany. Dotyczą one wielu dziedzin życia, w tym także zagadnień związanych z działalnością wymiaru sprawiedliwości. Pojawiły się nowe rodzaje przestępstw i nowe kategorie przestępców. W wielu przypadkach postępowania karne dotyczą osób o wysokim statusie materialnym i intelektualnym, zajmujących eksponowane stanowiska i mających liczne powiązania z różnymi, często znaczącymi w świecie polityki czy biznesu osobami i środowiskami. Nie jest tajemnicą, że w sytuacjach szczególnego zagrożenia (np. karą pozbawienia wolności), podejmowane są próby wpłynięcia na biegłych, aby swoimi opiniami w sposób korzystny dla podejrzanych czy oskarżonych wpłynęli na tok postępowania. W przypadku biegłych lekarzy psychiatrów i psychologów możliwości takiego nacisku czy propozycji wydają się być większe niż w odniesieniu do biegłych z innych działów medycyny. Wynika to ze specyfiki tych specjalności, zajmujących się m.in. parametrami tak trudnymi do obiektywnej i skategoryzowanej oceny, jak funkcje psychiczne, a zwłaszcza ich wpływ na zachowanie. Zespoły depresyjne mogą być tutaj przykładem prawie klasycznym. Wielość koncepcji, różnice w interpretowaniu przyczyn i mechanizmów różnych typów depresji, niejednoznaczność wielu terminów itp. stwarzają sytuacje mogące sprzyjać, jeśli nie postawom nieetycznym, to przynajmniej dwuznacznym – na krawędzi prawa i etyki zawodowej. Stwierdzone ponad wszelką wątpliwość przypadki korupcji i łamania prawa przez osoby z elit społecznych, w tym np. ze środowisk z urzędu powołanych do przestrzegania prawa, mogą rodzić smutne refleksje i uzasadnione podejrzenia w odniesieniu do wielu innych osób i grup zawodowych, nie wyłączając biegłych sądowych z zakresu psychiatrii [7].

Analiza źródeł i charakteru błędów oraz wykroczeń, a także wątpliwości etycznych zdarzających się w praktyce psychiatrycznej,

wskazuje, iż jednym z czynników mogących sprzyjać wykroczeniom etycznym wśród psychiatrów jest fakt, iż są to specjalność oraz instytucje dość hermetyczne i – w warunkach polskich – słabo kontrolowane z zewnątrz.

Mając świadomość tych zagrożeń, będących nowym jakościowo zjawiskiem w zmieniających się uwarunkowaniach społeczno-gospodarczych i politycznych w Polsce, należy zwrócić większą uwagę na aspekty etyczne związane z pracą biegłego. Jednym ze sposobów eliminowania zagrożeń i zapobiegania im, może być systematyczna kontrola formalno-merytoryczna opinii sądowo-psychiatrycznych sporządzonych przez biegłych. Doraźnie prowadzone oceny opinii sądowo-psychiatrycznych, np. pod kątem analizy wybranych zagadnień dla potrzeb naukowych, pozwalają na stwierdzenie, iż ich jakość często pozostawia wiele do życzenia [2]. Rozważając te sprawy niejako przy okazji omawiania trudności związanych z diagnozowaniem, leczeniem i orzekaniem w sprawie depresji, warto – jak sądzimy zwrócić uwagę na ich istotne znaczenie dla biegłych i całej psychiatrii sądowej, zwłaszcza w warunkach kryzysu wielu podstawowych wartości moralnych i norm etycznych. Jednym ze sposobów poprawy tej sytuacji jest konieczność podwyższenia kwalifikacji zawodowych psychiatrów występujących w charakterze biegłych sądowych oraz dokonanie zmian w systemie powoływania biegłych oraz ocenianiu jakości ich pracy.

PIŚMIENNICTWO

1. Buchkremer G., Dieling H.: *Depressive Störungen erkennen und behandeln*. Karger S. AG., Basel 1994.
2. Hajdukiewicz D., Gołębiowska M., Skowrońska J.: *Poglądy na znaczenie wyników badań dodatkowych mózgu i ich wpływ na ocenę poczytalności*. Mat. XIII Konf. Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP, Kazimierz Dolny n. Wisłą, 22–25.05.1996.
3. *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – Tenth Revision*. WHO 1992.
4. Katon W.: *The epidemiology of depression in medical care*. Int. J. Psychiatry Med. 1987, 17, 93–112.
5. Katon W., Sullivan M.D.: *Depression and chronic medical illness*. J. Clin. Psychiatry 1990, 51, suppl. 6, 3–11.
6. Klerman G.L., Weissman M.M.: *Increasing rates of depression*. JAMA 1989, 261, 2229–2235.
7. Kocur J.: *Zespoły depresyjne jako problem diagnostyczno-terapeutyczny, orzecznicy i penitencjarny*. Mat. Międzynar. Symp. „Zaburzony psychicznie przestępca w warunkach transformacji ustrojowej”, Kraków, 20–21.10.1994.
8. Regier D.A., Hirschfeld R.M., Goodwin F.K.: *The NIMH depression awareness, recognition and treatment program: structure, aims and scientific basis*. Am. J. Psychiatry 1988, 145, 1351–1357.
9. Stondemire A., Frank R., Hedemark N.: *The economic burden of depression*. Gen. Hosp. Psychiatry 1986, 8, 387–394.

*Adres: Prof. Józef Kocur, Instytut Medycyny Wojskowej WAM,
ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź*