

Filip Bolechała¹, Elżbieta Skupień²

Rozpoznanie depresji a zdolność do udziału w czynnościach procesowych*

Depression and legal capacity to stand trial

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ

Kierownik Katedry: prof. dr hab. M. Kłys

Kierownik Zakładu: dr hab. med. J. Kunz

² Z Zakładu Psychologii Sądowej Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. J. K. Gierowski

Kwestia oceny stanu psychicznego osoby uczestniczącej w czynnościach procesowych w polskim prawie karnym ma niebagatelne znaczenie, warunkujące prawidłowość tych czynności. Zasadniczym problemem w praktyce opiniodawczej jest fakt, że zarówno kodeks postępowania karnego, jak i kodeks karny wykonawczy nie precyzują w sposób jednoznaczny kryteriów choroby psychicznej, które powinny zostać spełnione przy stosowaniu obowiązujących uregulowań ustawowych.

Zaburzenia z kręgu depresji ze względu na swój charakter i niejednorodność stanowią poważny problem dla lekarzy opiniujących o zdolności osób podejrzanych i oskarżonych do udziału w czynnościach procesowych. Są też przedmiotem częstych dyskusji oraz sporów. Z jednej strony nie można akceptować sytuacji, w której choroba psychiczna oskarżonego uniemożliwia mu rzeczywisty i pełny, zgodnie z prawem do obrony, udział w postępowaniu. Z drugiej jednak strony błędem jest dopuszczanie, aby w sytuacji konfliktu naturalne z prawem reakcje emocjonalne i zaburzenia depresyjne o nieznacznym nasileniu były traktowane jako „ciężka choroba psychiczna”, paraliżując działania wymiaru sprawiedliwości.

W pracy podjęto próbę opisanie wytycznych, jakimi powinni kierować się biegli psychiatry, podejmujący się określenia stanu psychicznego badanej osoby na zlecenie i dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości. Podkreślono, iż w tego typu przypadkach konieczna jest wnikliwa analiza, oparta na medycznych i prawnych przesłankach oraz doświadczeniu lekarzy badających.

The criteria for assessment of legal capacity to stand trial have long been a significant issue in the Polish criminal law. The main problem in opinionating practice is the fact that the code of penal procedure and the executive penal code do not provide any univocal criteria of a mental disease that should be met according to the legal regulations in force. Because of their nature and lack of uniformity, depression and affective disorders pose a particularly great problem for experts who should opine on the legal capacity of the suspected and the accused to stand trial. On the one hand, it cannot be accepted that a mental illness renders a person unable to substantially understand legal proceedings and to make a rational defense. On the other hand, however, emotional reactions and mild-degree depression disorders that are only natural when an individual violates law should not be allowed to be regarded as a grave disease and to paralyze legal proceedings.

In the present study, the authors have attempted to describe the guidelines that should be followed by court-appointed experts in psychiatry that are commissioned by the court to assess the mental state of an individual. The report emphasizes that in such cases, a thorough analysis, based on medical and legal premises and the experience of the involved court experts are necessary.

Słowa kluczowe: depresja, czynności procesowe, postępowanie karne, opiniowanie

Key words: depression, trial proceedings, penal proceedings, expert assessment

* Na podstawie referatu wygłoszonego na XI Konferencji Szkoleniowo-Naukowej „Problemy etyczne, społeczne i prawne związane z rozpoznawaniem i leczeniem nawracających zaburzeń afektywnych”, Zakopane 2006.

WSTĘP

Kwestia oceny stanu psychicznego sprawcy czynu zabronionego w polskim prawie karnym ma co najmniej dwa główne znaczenia. Z jednej strony jest czynnikiem warunkującym odpowiedzialność za popełnione przestępstwo (wykroczenie) i odnosi się do momentu popełnienia czynu zabronionego. Po drugie – decyduje o prawidłowym przebiegu czynności procesowych oraz egzekucji kary, a zatem wymaga od lekarza umiejętności dokonania oceny aktualnego stanu psychicznego osoby badanej i ewentualnych zagrożeń związanych z tym stanem [1, 2].

Ocena stanu psychicznego sprawcy w momencie popełnienia zarzucanego mu czynu regulowana jest przez art. 31 k.k. Jest to problem stosunkowo dobrze znany, piśmiennictwo na ten temat jest obszerne, a lekarze psychiatrzy powoływani w charakterze biegłych z reguły zdają sobie sprawę z ciążącej na nich odpowiedzialności. Dlatego też nie będziemy się nim zajmować w niniejszym wystąpieniu.

Problem egzekucji orzeczonej kary pozbawienia wolności i ocena, czy w aktualnym stanie psychicznym skazanego kara ta spełni swoją rolę, także wymaga odrębnego opracowania. Obecnie zajmujemy się jedynie sprawami związanymi z orzekaniem o zdolności bądź niezdolności do udziału w czynnościach procesowych i analizą przyczyn składających się na wydawanie licznych, często kontrowersyjnych, zaświadczeń w tych sprawach.

Od pewnego czasu w społeczeństwie polskim obserwuje się wyraźny i postępujący spadek zaufania do instytucji wymiaru sprawiedliwości oraz zupełny brak wiary w skuteczność ich działania. Jest to tematem coraz głośniejszych artykułowanych pretensji, które stanowią bogaty i chwytliwy materiał dla środków masowego przekazu. Jednym z najczęściej podnoszonych zarzutów jest przewlekłość toczących się postępowań i fakt unikania kary przez sprawców czynów zabronionych. Ostatnio coraz częściej jako odpowiedzialnych za to, iż procesy toczą się zbyt długo a oskarżeni pozostają nietykalni, wskazuje się lekarzy wystawiających zaświadczenia usprawiedliwiające niestawiennictwo na rozprawie. Oprócz lekarzy leczących wymienia się też biegłych sądowych, którzy po pierwsze zwlekają z wydawaniem opinii, a po drugie zbyt łatwo uznają oskarżonych za niezdolnych do uczestnictwa w czynnościach procesowych.

Niestety faktem jest, iż tego typu sytuacje zdarzają się. Osoby podejrzane czy oskarżone unikają kontaktu z Sądem dostarczając za pomocą swoich

pełnomocników rosnącą w postępie geometrycznym liczbę zaświadczeń lekarskich, które mają wykazać, iż stan ich zdrowia nie pozwala na udział w przesłuchaniu czy rozprawie. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, że istnieją pewne okoliczności będące konsekwencją stanów chorobowych, w których dopuszczone a wręcz wskazane jest zawieszenie toczącego się postępowania karnego.

Możliwość taką stwarzają obowiązujące obecnie regulacje ustawowe, z których wynika, iż jedną z przyczyn zawieszenia postępowania karnego może być niezdolność osoby podejrzanej (oskarżonej) do brania udziału w czynnościach procesowych, co jest traktowane jako długotrwała przeszkoda [3]. W szczególności sytuacja taka może mieć miejsce w następstwie istnienia choroby psychicznej. Pojęcia choroby psychicznej nie zdefiniowano, pozostawiając to lekarzom. W ślad za regulacjami prawnymi powinny zatem zostać wypracowane jednoznaczne kryteria medyczne, których do chwili obecnej środowisko się nie dopracowało.

Wśród rozpoznawanych chorób zdecydowanie na pierwsze miejsce wysuwają się zaburzenia z kręgu depresji. Zaburzenia te ze względu na swój charakter, niejednorodność i często reaktywne podłoże stanowią poważny problem dla lekarzy opiniujących o zdolności do udziału w czynnościach procesowych. Są też one przedmiotem częstych dyskusji oraz sporów prowadzonych przez biegłych wywodzących się z różnych szkół opiniodawczych [4, 5].

W niniejszej pracy podjęto próbę przybliżenia tych zagadnień i opisanie ogólnych uwarunkowań prawno-medycznych oraz wytycznych, jakimi powinni kierować się biegli psychiatrzy, podejmujący się określenia stanu psychicznego osoby badanej na zlecenie i dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości. Równie ważne jest rozpowszechnienie wiedzy na ten temat wśród lekarzy, którzy wprawdzie nie zajmują się opiniowaniem, ale wypisują zaświadczenia dla potrzeb Sądu, nierzadko nieświadomie utwierdzając swoich pacjentów w poczuciu ciężkości choroby.

Analiza treści zaświadczeń lekarskich, z którymi spotykamy się w naszej praktyce opiniodawczej wskazywałaby na to, iż większość lekarzy zupełnie nie orientuje się, jakie są kryteria uzasadniające twierdzenie, iż stan zdrowia uniemożliwia stawienie się w sądzie lub prokuraturze i udzielanie wyjaśnień.

Zdarza się, że lekarz bywa proszony o wyjaśnienie jawnej rozbieżności pomiędzy stanem zdrowia osoby przez siebie badanej a treścią zaświadczenia, które najłatwiej określić można jako „przeddiagnozowanie”. W takiej sytuacji z reguły powołuje się na Kodeks Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym

w swojej działalności kierować się ma wyłącznie dobrem pacjenta. Powstaje pytanie, czy doraźna korzyść uzyskana przez pacjenta jest rzeczywiście dla niego „dobra” w dłuższej perspektywie.

Pewnym wytłumaczeniem może być także płynność granic pomiędzy normą a patologią zarówno w przypadku jakościowych, jak i ilościowych objawów zaburzeń psychicznych i związany z tym subiektywizm w ocenie.

Kolejną przyczyną łatwości uzyskania zaświadczenia o niezdolności do udziału w czynnościach procesowych jest powszechny wśród lekarzy brak wiedzy o tym, co w praktyce oznacza „zgłoszenie się w Sądzie” i brak wyobraźni na temat tego, czym może skończyć się dla lekarza nadmierne współczucie dla pacjenta.

AKTUALNIE OBOWIĄZUJĄCE W POLSCE UREGULOWANIA PRAWNE

Zawieszenie postępowania karnego jest jednym z tych działań procesowych, które w sposób bardzo istotny wpływają na przewlekłość poczynań wymiaru sprawiedliwości. Wśród powodów, które mogą być przyczyną tego typu czynności wymieniona jest choroba psychiczna osoby, wobec której postępowanie takie jest prowadzone. Wynika to wprost z art. 22 § 1 k.p.k., który w sposób jednoznaczny mówi, że jeśli zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca postępowanie, a w szczególności jeżeli podejrzany (oskarżony) nie może brać udziału w tym postępowaniu z powodu choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby, to postępowanie takie zawieszają się. Zgodnie z treścią art. 202 § 1 k.p.k. stwierdzenie przyczyny uzasadniającej zawieszenie postępowania wymaga od organu prowadzącego to postępowanie dopuszczenia dowodu z opinii biegłych psychiatrów [3]. Opinia biegłych w swoich wnioskach musi udowodnić, iż choroba psychiczna w sposób rzeczywisty, a nie tylko teoretyczny, uniemożliwia udział w czynnościach procesowych. W odróżnieniu od niektórych innych sytuacji za dowód nie wystarcza więc sama uzasadniona wątpliwość, co do stanu zdrowia psychicznego oskarżonego [6].

Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego musi mieć miejsce wtedy i tylko wtedy, gdy zaistnieje rzeczywista wątpliwość, a do jej rozstrzygnięcia konieczne jest posiadanie wiadomości specjalnych. Wątpliwość tę Sąd może powziąć w oparciu o ocenę konkretnych okoliczności sprawy i ustalonych w postępowaniu dowodów, jak również w ramach dowodu swobodnego [7]. Z reguły jednak nim organ procesowy sam dostrzeże istnienie jakichkol-

wiek wątpliwości, co do stanu zdrowia psychicznego oskarżonego, to zostaje przez niego lub jego pełnomocnika zasypany „lawiną” wniosków i różnorodnych zaświadczeń lekarskich.

Problemem istotnym w praktyce jest udzielenie odpowiedzi na pytanie o rodzaj zaburzeń psychicznych, stopień ich zaawansowania oraz niesione przez nie konsekwencje w sferze stanu zdrowia i psychiki, jakie muszą mieć miejsce aby usprawiedliwiły decyzję o zawieszeniu postępowania.

Kwestię charakteru zaburzeń psychicznych, które stanowią podstawę do zawieszenia postępowania karnego w pewnym zakresie precyzuje wyrok Sądu Najwyższego z 18.05.1979 (IV KR 92/79). Wynika z niego, iż „nie każda choroba psychiczna uniemożliwia oskarżonemu branie udziału w postępowaniu procesowym i musi spowodować jego zawieszenie”. Uzasadnieniem do zawieszenia postępowania jest taki stan zdrowia psychicznego, który pozbawia oskarżonego faktycznej możliwości brania udziału w procesie lub wyłącza zdolność rozumnej obrony. Należy przez to rozumieć „taką sytuację, w której oskarżony, mimo udziału niezbędnego obrońcy, nie jest w stanie kierować swym zachowaniem w toku procesu, tj. w sposób właściwy rozumieć znaczenia czynności procesowych i składać sensownych oświadczeń” [4, 5, 6].

W innym wyroku z 21.01.1983 (Rw 1222/82) Sąd Najwyższy określając rolę biegłych psychiatrów wskazuje, że obowiązani są oni do jednoznacznego wypowiedzenia się czy oskarżony może świadomie uczestniczyć w postępowaniu karnym „i w ten sposób realizować osobiście – a nie tylko za pośrednictwem obrońcy – zagwarantowane mu prawo do obrony” [6].

Dla lekarzy istotne jest, że ani w literaturze prawniczej, ani też w medycznej nie zdefiniowano pojęcia „choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby”. Pozwala to na zupełnie dowolną, subiektywną interpretację tego pojęcia.

ZAGADNIENIA OGÓLNE – DYSKUSJA

Zasady i podejście do oceny zdolności do udziału w czynnościach procesowych i stawania przed Sądem nieco różnią się w poszczególnych państwach w zależności od obowiązującego w nich systemu prawnego. Jednak wszędzie kwestia zdolności oskarżonego do sensownego brania udziału w procesie karnym jest wysunięta na plan pierwszy. Nacisk położony jest szczególnie na zrozumienie przedmiotu sprawy, możliwych konsekwencji wynikających ze składanych przez siebie wyjaśnień i przedstawianych dowodów oraz zdolność bronie-

nia się i komunikowania z prawnikiem (Kanada, USA, Australia). W większości krajów obecność choroby psychicznej, nawet z towarzyszącymi objawami wytwórczymi, nie przekreśla możliwości stawania przed Sądem, jeśli pozwala na elementarne zrozumienie reguł procesu. Zasady orzekania w krajach takich jak USA, Kanada, Australia, a w Europie – Anglia czy Niemcy, cechują się dużą dozą pragmatyzmu i opierają się na licznych, precyzyjnych wytycznych [8, 9].

W Polsce dotychczas nie dopracowano się takich wytycznych. Jak wynika z przytoczonych we wcześniejszym rozdziale zapisów ustawowych kodeks postępowania karnego nie opisuje jednoznacznych kryteriów jakimi powinna cechować się choroba psychiczna, aby stanowić podstawę do zawieszenia toczącego się postępowania karnego. Powszechnie akceptowana wykładnia Sądu Najwyższego jest jedynie próbą opisu pewnych cech osobowych, które z racji swej małej precyzyjności mogą być dość swobodnie interpretowane przez biegłych. W jaki bowiem sposób należy precyzyjnie traktować ogólne pojęcie „właściwego rozumienia czynności procesowych”? Na ile te czynności mają być zrozumiałe i do jakiej normy należy się odnieść przy opiniowaniu, gdy podstawowa wiedza prawna przeciętnego, zdrowego obywatela naszego kraju jest uboga? Co należy rozumieć przez „sensowne składowanie oświadczeń” i jaki poziom sensowności powinien być osiągnięty, skoro powszechnie wiadomo, że oskarżeni często zachowują się irracjonalnie nie z powodu istnienia choroby psychicznej lecz w wyniku upośledzenia umysłowego lub też w wyniku przyjętej po naradzie z adwokatem linii obrony?

Z punktu widzenia medycyny sądowej, będącej nauką pomostową pomiędzy medycyną i prawem, zaskakujący wydaje się fakt, iż środowisko biegłych lekarzy psychiatrów nie podjęło dotychczas próby doprecyzowania, jaka treść mieści się w kodeksowym rozumieniu „choroby psychicznej”. Wydaje się oczywiste, że w czasach medialnych ataków na lekarzy, stawiania zarzutów prokuratorskich o wydawanie „fałszywych” zaświadczeń i widowiskowych aresztowań lekarzy, a także w perspektywie zapowiadanych przez reformatorów prawa nowych przepisów, mających na celu „zdyscyplinowanie” biegłych jest to szczególnie pożądane. Ustalenie jasnych, precyzyjnych kryteriów umożliwiłyby jednolite orzekanie przez lekarzy wywodzących się z różnych szkół opiniodawczych, zwiększenie rzetelności orzekania oraz zredukowało możliwość „intuicyjnego”, subiektywnego klinicznego osądu. Nasze doświadczenia związane z kwestią opiniowania sądowo-lekarskiego o stopniu uszczerbku na zdrowiu wska-

zują, że nawet ocena dość precyzyjnie zdefiniowanych pojęć kodeksowych prowadzi niejednokrotnie do znacznych rozbieżności. Tym bardziej rozbieżności należy spodziewać się tam, gdzie nie dysponujemy nawet przybliżoną definicją.

Stwierdzając u oskarżonego chorobę psychiczną, która może wyłączać zdolność do udziału w czynnościach procesowych, należy brać pod uwagę dwie jej zasadnicze cechy. Z jednej strony ustawodawca, który umieścił chorobę psychiczną obok „innej ciężkiej choroby” dokonał pewnej konfrontacji tych pojęć. Skutkiem tego jest przypisanie chorobie psychicznej kryterium ciężkości, aby mogła być ona podstawą do podjęcia decyzji o zawieszeniu postępowania. Istotą problemu jest w takim przypadku realna możliwość zaistnienia konsekwencji w postaci zagrożenia dla życia lub zdrowia oskarżonego (kryterium medyczne). Z drugiej strony podstawą do wspomnianych wyżej rozwiązań procesowych jest sytuacja, w której osoba pozbawiona jest faktycznej możliwości do brania udziału w procesie lub zdolności rozumnej obrony, pomimo udziału obrońcy (kryterium medyczno-psychologiczne) [10, 11, 12].

Zawieszenie postępowania karnego z powodu choroby psychicznej podejrzanego budzi w literaturze wiele kontrowersji, co do możliwego do przyjęcia czasu powstania tej przyczyny. Często prezentowany jest pogląd, że przyczynę zawieszenia postępowania może stanowić wyłącznie choroba psychiczna powstała już po popełnieniu czynu zabronionego. Uzasadnia się to tezą, iż zaburzenia psychiczne wyłączające poczytalność *tempore criminis* muszą skutkować umorzeniem postępowania, a nie zawieszeniem procesu. Poglądu tego nie można uznać za słuszny, gdyż nie uwzględnia on dynamiki rozwoju rozmaitych schorzeń psychicznych. Możliwe jest przecież, że zaburzenia psychiczne istniejące wcześniej w chwili popełnienia przestępstwa znajdowały się w stadium remisji lub ich objawy nie osiągnęły wówczas poziomu określonego w art. 31 § 1 k.k. Taka choroba może się rozwinąć i osiągnąć w trakcie toczącego się przeciwko sprawcy postępowania poziom uzasadniający jego zawieszenie. Pojęciowe zakresy choroby psychicznej wymienione w art. 22 § 1 k.p.k. i niepoczytalności w art. 31 § 1 k.k. nie muszą być tożsame, co oznacza, że choroba psychiczna warunkująca zawieszenie postępowania nie musi powodować całkowitego zniesienia poczytalności oskarżonego. Stopień ograniczenia poczytalności w trakcie procesu musi jednak być na tyle znaczny, że nawet udział obrońcy nie wyrówna niedostatków w zachowaniu się oskarżonego. Część znawców omawianej tematyki uważa, że granica upośledzenia w zakresie poczy-

talności oskarżonego, aby stać się przyczyną zawieszenia postępowania, musi przebiegać powyżej „znacznego ograniczenia poczytalności” określonego w art. 31 § 2 k.k. Z drugiej strony doświadczenie wskazuje, że podejrzani w niektórych stanach chorobowych potrafią doskonale bronić swoich interesów, w tym również korzystać z uprawnień procesowych [6].

Ważne jest aby zdawać sobie sprawę z tego, że kwestia opiniowania sądowo-psychiatrycznego w sprawie zdolności do udziału w czynnościach procesowych osób z zaburzeniami depresyjnymi podlega ogólnym zasadom oceny osób chorych psychicznie dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości. Te zaś zasady w sposób integralny muszą odpowiadać ogólnym regułom opiniowania sądowo-lekarskiego i poruszać się wyłącznie w ramach określonych przez obowiązujące uregulowania prawne [13]. Biegły lekarz wydając opinię zobowiązany jest do opierania się wyłącznie na wiarygodnych przesłankach i obiektywnych wynikach badań, a jego wnioski muszą być logiczne i umotywowane zgodnie z obowiązującą wiedzą. W myśl zasad opiniowania w sprawach karnych błędem jest formułowanie wniosków opiniodawczych w oparciu o przypuszczenia lub domniemania. Biegły powinien bardzo krytycznie podchodzić do informacji udzielanych mu przez badaną osobę, jak również do danych wynikających z zeznań członków jego rodziny, a nawet do przedstawionej mu dokumentacji medycznej, takiej jak karty informacyjne ze szpitali, zaświadczenia czy historie chorób z przychodni rejonowych [11, 14]. Do ich analizy należy podchodzić z dużą ostrożnością. Dążenie do zawieszenia postępowania z powodu choroby psychicznej oskarżonego bywa w praktyce często nadużywane przez samych zainteresowanych. Opiniujący muszą liczyć się z przypadkami różnego rodzaju agrawacji i symulacji objawów choroby psychicznej. Do szpitali psychiatrycznych ludzie trafiają w różnych celach i różnymi drogami. Zjawisko symulowania choroby psychicznej i związane z tym gromadzenie różnorodnej dokumentacji medycznej stało się w ostatnim okresie szczególnie popularne. Problem jest o tyle istotny, że przez szpitale psychiatryczne przewija się bardzo wielu sprawców groźnych przestępstw, którzy w ten sposób już wcześniej zdobywają sobie „papiery”, mające w przyszłości stanowić ewentualną furtkę ku wolności i bezkarności. Zdarza się niestety, że dokumentacja psychiatryczna wystawiana jest niekiedy na wyrost, nie do końca zasadnie lub co gorsza stanowi poświadczenie nieprawdy. Biegły musi być pewny, że nie został wprowadzony w błąd, nie dokonał przeddiagnozowania osoby badanej i zachował pełny obiektywizm oceny [6].

Główne błędy przy opiniowaniu wynikają z różnic w podejściu lekarzy klinicystów i lekarzy biegłych. Pierwsi z oczywistych powodów opierają się na dobrej wierze w prawdziwość informacji podanych przez pacjenta i powinni wykazywać się pozytywnym stosunkiem emocjonalnym do osoby badanej. Biegły powinien stanąć w pozycji krytycznej do przedstawianych mu danych i zachować neutralny stosunek emocjonalny do badanego [13]. Dlatego też łączenie tych dwu funkcji jest bardzo trudne i w medycynie sądowej kanonem, do którego się dąży są opinie wydawane tylko przez specjalistów tej dziedziny lub w zespołach opiniodawczych klinicysta-medyk sądowy. Słuszną więc wydaje się sugestia dla środowiska psychiatrów, aby wyodrębniło ono faktyczną grupę specjalistów o odpowiedniej wiedzy, doświadczeniu i predyspozycjach osobowych dla celów opiniowania sądowo-psychiatrycznego i nie aprobowało opinii wydanych przez lekarzy klinicystów, którzy na zasadach automatycznych zostali wpisani na listy biegłych przy Sądach Okręgowych.

Wykładnia choroby psychicznej podana orzeczeniem Sądu Najwyższego obejmuje pewną gamę przyczyn mogących stanowić podstawę do zawieszenia postępowania. Z jednej strony są to zatem czynniki o charakterze patologicznym, a z drugiej mogą to być czynniki o charakterze niepatologicznym, co do których wypowiadać się mogą i powinni psychologowie. Dlatego też podkreślenia wymaga twierdzenie o istotności ścisłej integracji pracy biegłego psychiatry i biegłego psychologa. Opinia lekarska nie może w swej konkluzji pomijać oceny psychologicznej, która w pewnych wypadkach stanowić może oś wszelkich rozważań i być ważnym czynnikiem prowadzącym do diagnozy i oceny sądowo-psychiatrycznej [15].

Tylko właściwa wiedza i współpraca biegłych z organami wymiaru sprawiedliwości może wpłynąć na szybkość prowadzenia postępowań karnych oraz wykluczyć nierzadkie przypadki unikania odpowiedzialności przez podejrzanych, symulujących zaburzenia psychiczne. Biegli przy sporządzaniu opinii o stanie zdrowia powinni dysponować właściwie zgromadzonym materiałem osobopoznawczym (zeznaniem świadków, kwestionariuszami wywiadu środowiskowego itp.), który stanowi istotne uzupełnienie całości dokumentacji medycznej. Wydaje się to tym bardziej oczywiste, iż organ procesowy musiał oprzeć się na konkretnych faktach, nabierając uzasadnionej wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego. W przypadku niedostatków w materiale biegli powinni się zwrócić do organu zlecającego ekspertyzę o jego niezwłoczne uzupełnienie, a nie wydać opinię na podstawie niepełnych danych.

Opinia psychiatryczna powinna brać pod uwagę aktualny stan psychiczny podejrzanego, zaś informacje o dawniej przebytej chorobie psychicznej lub urazie głowy traktować jako materiał pomocniczy, wymagający odpowiednio krytycznej oceny. Być może przy sporządzaniu opinii przydatne jest określenie (na potrzeby biegłego a nie organu procesowego!!!) całościowej sylwetki psychicznej sprawy. W ostatecznym rozrachunku należy jednak pamiętać, że rolą biegłego lekarza nie jest orzekanie czy oskarżony jest zdrowy, czy chory i postawienie pełnej diagnozy, lecz ścisła odpowiedź na pytanie czy w ramach kryteriów zakreślonych prawem osoba badana jest zdolna do brania udziału w czynnościach procesowych.

ZAGADNIENIA SZCZEGÓLNE – OPINIOWANIE W PRZYPADKACH OSÓB Z ZABURZENIAMI DEPRESYJNYMI

Zrozumienie szeroko przedstawionych powyżej ogólnych zasad opiniowania w sprawach zdolności osób manifestujących chorobę psychiczną do brania udziału w czynnościach procesowych pozwoli na łatwiejsze i klarowniejsze orzekanie w przypadkach rozpoznania zaburzeń depresyjnych.

Dla chorego na depresję lub wykazującego zaburzenia o takim charakterze i różnym stopniu nasilenia przewlekłość procesu karnego jest stanem bardzo niekorzystnym, często pogarszającym jego sytuację zdrowotną. Z tego powodu w interesie oskarżonego jest jak najszybsze dokończenie toczącego się postępowania. Wbrew często powtarzanym opiniom szybkie zakończenie procesu może być dla osoby oskarżonej znacznie pozytywniejsze niż zawieszanie postępowania na długi czas i kierowanie do leczenia szpitalnego [14]. W efekcie postępowaniem mającym na celu poprawę stanu zdrowia psychicznego osiągnąć jest skutek przeciwny, w postaci przewleknięcia się zaburzeń psychicznych. Jak najszybsze zakończenie postępowania daje możliwość ustabilizowania sytuacji życiowej, jasne określenie przyszłości, zredukowania stanu niepewności, skrócenie czasu działania negatywnych bodźców skutkujących napięciem emocjonalnym. Rozumowanie takie wydaje się na pozór sprzeczne z troską lekarza o dobro chorego, lecz w istocie stanowi wyraz szerszej pojętej troski. Działania takie pełnią funkcję porządkującą i prędzej czy później wywołują reakcje adaptacyjne do przykrych lecz znanej, określonej sytuacji [5]. Zrozumiała psychologicznie ucieczka w chorobę jest szkodliwa dla pacjenta i nie likwiduje sytuacji stresowej lecz pogłębia ją. Zaś powszechnie wiadomo,

że przewlekły stres jest znacznie bardziej szkodliwy niż silny ale krótkotrwały [14].

Uzyskanie doraźnej korzyści w postaci usprawiedliwienia nieobecności na rozprawie pozbawia pacjenta motywacji do skutecznego leczenia, bowiem świadomie lub podświadomie zdaje on sobie sprawę, że poprawa stanu zdrowia pozbawi go tej korzyści.

Wśród osób znajdujących się w toku postępowania karnego stosunkowo często spotykamy się z zachowaniami autodestrukcyjnymi do prób samobójczych włącznie. Zachowania te są przedstawiane jako dowód na istnienie choroby psychicznej (w szczególności depresji) uniemożliwiającej udział w procesie ze względu na to, że stres poprzedzający udział w rozprawie może stanowić zagrożenia dla życia lub zdrowia. Jednak do tego typu zdarzeń należy podchodzić z dużą dawką krytycyzmu i rozważyć różnorodne motywacje kierujące oskarżonymi (podejznanymi) [4]. Autodestrukcja i samobójstwo pozostaje w silnym związku z zaburzeniami psychicznymi. Jednak należy pamiętać, że nie może być traktowane jako wyłączny skutek obecności tych zaburzeń ani bezsprzeczny dowód na ich istnienie. Motywacja w takich przypadkach jest najczęściej różnorodna i wieloczynnikowa. W innych krajach podejście do zagrożenia samobójstwem jest zdecydowanie mniej liberalne, niż w warunkach polskich. Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z października 2000 roku (30210/96) wskazuje, że zachowania autodestrukcyjne mogą wynikać z subiektywnego poczucia cierpienia i krzywdy, jak również mogą być sposobem nacisku na władze więzienne i wymiar sprawiedliwości, przyjmując formę zachowań demonstracyjnych. W konkretnym rozważanym przypadku Trybunał uznał, że zaburzenia osobowości przejawiające się w postaci reaktywnych objawów depresyjnych lub innych predyspozycji do reakcji sytuacyjnych nie stanowią same w sobie przeszkody do udziału w rozprawach, a nawet do pozostawania oskarżonego w areszcie. Wymagają jedynie zapewnienia mu odpowiedniej pomocy medycznej [16].

Usiłowanie uniknięcia odpowiedzialności karnej za popełnione czyny przestępcze przez symulowanie zaburzeń zdrowia psychicznego należy do dość często spotykanych wypadków. Zachowaniom takim sprzyja dostępność wszelkich poradników dla rodzin osób chorujących. Zdarza się, że oskarżony zgłaszający się na badanie płynnie i we właściwej kolejności recytuje objawy wymienione w takim poradniku. Powszechne jest także przekonanie, że w przeciwieństwie do chorób somatycznych zaburzenia psychiczne należą do tych, których w sposób obiektywny zweryfikować się nie da. Jest to oczywi-

ście nieprawda, doświadczony psychiatra potrafi odróżnić człowieka cierpiącego od symulanta, jeśli poświęci na badanie dostatecznie dużo czasu i uwagi [4, 5, 12, 14]. Fakt, że w codziennej pracy w poradni tego czasu i uwagi brakuje, może to skutkować wydawaniem zaświadczeń o utrwalonych zaburzeniach depresyjnych z myślami i tendencjami samobójczymi w przypadkach, w których nasz „chory” ma myśli i tendencje skierowane w zupełnie innym kierunku.

Zupełnie innym zagadnieniem, jakie wynika z naszych doświadczeń opiniodawczych, jest coraz częściej spotykana w ostatnim okresie jednostka chorobowa, którą można nazwać „depresją udawaną”. Badany udaje, że cierpi na zaburzenia depresyjne, a lekarz udaje, że je dostrzega [6].

Depresja jest tym głębsza, im większe zagrożenie karą. Zastanawiający jest fakt, iż większość oskarżonych przed pociągnięciem do odpowiedzialności karnej wykazywała dużą odporność psychiczną. Prowadzili oni na szeroką skalę działalność gospodarczą, organizowali sprawnie działające grupy przestępcze, a chorować zaczęli dopiero w momencie wdrożenia wobec nich postępowania karnego. Zrozumiałe jest, że przyjmują taką linię obrony. Jest też prawdopodobne, że osoba, która często przez lata czerpała znaczne korzyści z działalności sprzecznej z obowiązującym prawem w konfrontacji z niekorzystną dla niej pozycją w procesie, perspektywą utraty nie tylko zdobytego majątku, ale także wielu lat wolności popada w przygnębienie, które może przekształcić się w zaburzenia depresyjne reaktywne o niekiedy znacznym stopniu nasilenia, nawet wymagające hospitalizacji. Jednak stan ten obliuguje biegłych psychiatrów do uważnego prowadzenia badań i obserwacji oraz krytycznego analizowania przedstawionej dokumentacji medycznej. Zbytnią łatwowierność może bowiem także lekarza doprowadzić do konfrontacji z prawem i konieczności leczenia własnych reaktywnych zaburzeń depresyjnych.

Opiniując w kwestii, czy osoba przejawiająca zaburzenia depresyjne jest zdolna do brania udziału w czynnościach procesowych należałoby odpowiedzieć sobie na następujące pytania [8]:

- a) czy rozumie ona przedstawione zarzuty,
- b) czy w sposób racjonalny jest w stanie zgodzić się z zarzutami lub podjąć decyzję o swojej niewinności,
- c) czy w zakresie podstawowym rozumie dowody zebrane przeciw niej i potrafi podjąć decyzję o przedstawianiu lub nie dowodów na jej korzyść,
- d) czy racjonalnie potrafi wydawać adekwatne instrukcje swojemu prawnikowi w odniesieniu do prowadzenia obrony, wzywania świadków itp.,
- e) czy jej stan psychiczny w odniesieniu do toczącego postępowania, w sposób ewidentny i nie

pozostawiający wątpliwości, stanowi realne zagrożenie dla życia lub zdrowia mimo możliwych do stosowania oddziaływań medycznych (w szczególności dotyczy ryzyka dokonania samobójstwa).

Z doświadczenia biegłych, którzy sporadycznie tylko są pierwszym zespołem opiniującym, najczęściej zaś powoływani są w przypadkach, w których w aktach znajdują się już liczne wcześniejsze zaświadczenia i opinie lekarskie, wynika, iż większość lekarzy nie zadaje sobie czterech pierwszych pytań, nie stara się także o precyzyjną diagnozę, ograniczając się do stwierdzenia, iż „udział w rozprawie wiąże się z zagrożeniem życia – ryzykiem próby samobójczej”. Niekiedy konkluzja zaświadczenia czy opinii jest jeszcze bardziej ogólna: „nie może stawić się na rozprawie, bo jest na zwolnieniu lekarskim” czy też – „wymaga dalszego leczenia, nie może brać udziału w rozprawie”. Należy wyraźnie podkreślić, że ani zwolnienie lekarskie (jeśli nie wiąże się z chorobą obłąkną, nie pozwalającą na opuszczenie łóżka) ani też konieczność leczenia nie jest wystarczającym powodem do takiego orzekania [11, 12, 13].

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Mając na uwadze dążenia do zwiększenia skuteczności działań wymiaru sprawiedliwości, jak również troskę o prawidłowość i obiektywność opiniowania sądowo-psychiatrycznego w kwestii zdolności do brania udziału przez podejrzanych (oskarżonych) w czynnościach procesowych, należy podjąć próby wytyczenia jasnych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i bardziej precyzyjnych kryteriów opiniodawczych. Z jednej strony nie można akceptować sytuacji, w której choroba psychiczna oskarżonego uniemożliwia mu rzeczywisty i pełny, zgodnie z prawem do obrony, udział w czynnościach procesowych. Należy również pamiętać, że postępowanie karne nie powinno być prowadzone w sposób, który ewidentnie stwarza lub podwyższa ryzyko wystąpienia zagrożenia dla życia lub zdrowia osoby sądzonej. Z drugiej jednak strony błędem jest dopuszczanie, aby naturalne w sytuacji konfliktu z prawem reakcje emocjonalne i zaburzenia depresyjne o nieznanym nasileniu były traktowane jako „ciężka choroba psychiczna”. Nieświadome lub świadome ułatwianie pacjentowi unikania odpowiedzialności za jego czyny nie służy jego dobru. Przeciwnie, długotrwałe odwołanie postępowania, które ostatecznie i tak będzie musiało zostać „odwieszony” z reguły doprowadza do nasilenia i pogłębienia nieznacznych w fazie początkowej objawów chorobowych i wyklucza daną osobę z możliwości prowadzenia

normalnego trybu życia, aktywności zawodowej i społecznej. Powrót do takiej aktywności jest zaś bardzo trudny, jeśli nie niemożliwy.

PIŚMIENNICTWO

1. Buchała K., Zoll A.: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, Kantor Wyd. Zakamycze, Kraków, 1999.
2. Buchała K., Zoll A.: Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Kantor Wyd. Zakamycze, Kraków, 2004.
3. Kodeksy karne. Ustawa z dn. 06.06.1997.
4. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym, Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1991.
5. Przybysz J.: Psychiatria sądowa, Fundacja Tumult, Toruń, 2002.
6. Kudrelek J.: Choroba psychiczna jako przyczyna zawieszenia postępowania karnego, Prokuratura i Prawo, 2004, 11-12, 169-200.
7. Grajewski J., Paprzycki L., Płachta M.: Kodeks postępowania karnego. Komentarz, Kantor Wyd. Zakamycze, Kraków, 2003.
8. Freckelton I.: Rationality and flexibility in assessment of fitness to stand trial. *Int. J. Law Psych.*, 1996, 19, 39-59.
9. Freyberger H. J., Schneider W., Stieglitz R. D., red: Kompendium psychiatrii, psychoterapii i medycyny psychosomatycznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
10. Habzda-Siwek E.: Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym, Kantor Wyd. Zakamycze, Kraków, 2002.
11. Mądro R., Teresiński G., Wróblewski K.: Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz na stosowanie środków i wykonywanie kary, *Prokuratura i Prawo*, 1998, 4, 46-56.
12. Teleśnicki S. M., Bolechała F.: Medyczne i prawne aspekty niezdolności do brania udziału w czynnościach procesowych oraz odbywania kary pozbawienia wolności wynikające z obecności choroby psychicznej, *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2004, 54, 65-71.
13. Marek Z., Kłys M.: Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne, Kantor Wyd. Zakamycze, Kraków, 1998.
14. Skupień E., Kołodziej J.: Uwagi biegłych do opiniowania o stanie zdrowia dla potrzeb procesowych, *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2000, 50, 301-304.
15. Gierowski J., Szymusik A., red: Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie, Collegium Medicum UJ, Kraków, 1996.
16. Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wyrok z 26 października 2000 roku w sprawie 30210/96, Kudła vs. Polska (źródła internetowe).

Adres pierwszego autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej CM UJ
31-531 Kraków
ul. Grzegórzecka 16
msbolech@cyf-kr.edu.pl