

Piotr Kowalski¹, Elżbieta Skupień²

Depresja – najbardziej pragmatyczne rozpoznanie spotykane w opiniowaniu sądowo-lekarskim

Depression – the most pragmatic diagnosis in medico-legal opinionating

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ
Kierownik Katedry: prof. dr hab. M. Kłys

² Z Instytutu Ekspertyz Sądowych im. prof. dr. J. Sehna, 31-033 Kraków, ul. Westerplatte 9
Dyrektor Instytutu: A. Głazek

Z praktyki opiniodawczej autorów wynika, że szeroko rozumiany „zespół depresyjny” jest najczęstszym rozpoznaniem stawianym w zaświadczeniach wydawanych dla potrzeb sądowych. Dotyczy to zarówno spraw karnych, jak cywilnych i ubezpieczeniowych. Jednocześnie w znacznym odsetku przypadków autoprezentacja pacjenta nie koresponduje z takim rozpoznaniem. Szczególna sytuacja prawna, w jakiej znajduje się osoba obciążona rozpoznaniem, czytelnie wskazuje na jego pragmatyczny charakter. Powstaje pytanie, dlaczego właśnie to rozpoznanie dominuje i czy w psychiatrii występuje inna jednostka chorobowa, której można przypisać tak dalece reaktywne tło. Na przykładzie konkretnego przypadku autorzy stawiają problem właściwie pojętego dobra pacjenta. Czy doraźna korzyść w szeroko rozumianym postępowaniu prawnym nie powoduje utrwalenia mechanizmów obronnych i w następstwie – degradacji funkcjonowania?

As it follows from the expertise practice of the authors, broadly understood “depression syndrome” is the most common diagnosis occurring in sick-leave certificates provided for legal procedures to the court. This problem is encountered in penal, civil and insurance cases. At the same time, in a significant percentage of cases, the patient’s self-presentation does not correspond with the provided diagnosis. A particular legal situation of a person stigmatized with such a diagnosis clearly indicates its pragmatic character. Hence, several questions emerge: (1) Why does such a particular diagnosis prevail? (2) Is there another disease entity in psychiatry, which has such a broadly reactive background? On the basis of a particular case the authors formulate the problem of the appropriately

understood interest of the patient. Does the current protection against broadly understood legal consequences cause the patient to fixate on the defense mechanisms and – in consequence - degradation of his functioning?

Słowa kluczowe: depresja, opiniowanie sądowo-lekarskie, medycyna sądowa
Key words: depression, medico-legal expertise, forensic medicine

Opiniowanie sądowo-lekarskie jest szczególnym zadaniem lekarza. Podejmując się tego zadania musi on zdawać sobie sprawę z faktu, że sposób myślenia i działania w medycynie i prawie różnią się. Różny jest także język, którym posługują się te grupy zawodowe. W psychiatrii sądowej problemem jest nie tylko „przetłumaczenie” diagnozy psychiatrycznej na język prawa, trzeba także zdawać sobie sprawę z tego, że dla prawnika diagnoza lekarska jest pojęciem bezużytecznym, nie zawierającym zrozumiałej treści. Znacznie ważniejszym od rodzaju choroby jest dla niego stopień jej zaawansowania i przełożenie objawów na sposób funkcjonowania.

Zasadniczym wymogiem stawianym lekarzowi leczącemu jest przyjęcie postawy terapeutyczno-wczuwającej się, pełnej empatii. Tymczasem od lekarza – biegłego sądowego wymaga się podejścia neutralnego, bezstronnego.

Czyniąc te wstępne zastrzeżenia zawsze odwołujemy się do wywodzących się z lat 80-tych poglądów krakowskiej szkoły medycyny sądowej, profesorów Kazimierza Jaegermana i Zdzisława Marka [1, 2], które wyraźnie odróżniają dążenia klinicznych nauk

doświadczalnych i sędowo-lekarskich. Klasyfikując cele finalne medycznych nauk stosowanych wskazują, jak przekłada się to odpowiednio na reguły decyzyjne i kształt ostatecznego wniosku opiniodawczego, szczególnie w sferze budzącej wątpliwości poznawcze [3, 4]:

1. w medycynie klinicznej – obejmującej proces diagnozy, leczenia, rokowanie – sfera tego co prawdopodobne (de facto sfera niewiedzy) kwalifikowana jest jako kategoria akceptująca;
2. w medycynie sądowej – obejmującej ustalenie związku przyczynowego, klasyfikację, identyfikację z rekonstrukcją – sfera tego co prawdopodobne (sfera niewiedzy) kwalifikowana jest jako kategoria odrzucająca („brak podstaw, aby tak było”);
3. w epidemiologii – obejmującej zmienność zjawisk masowych, typowe sploty okoliczności, metody sterowania zjawiskami masowymi i ich ocenę – opis zbiorowości w pewnym zakresie nabiera waloru kategoriowego.

Przytoczone poglądy wskazują na to, że lekarz opiniujący musi przeanalizować znajdujące się w dostarczanych mu dokumentach rozpoznania i twierdzenia, oczywiście wyłącznie metodami nieinwazyjnymi, w taki sposób, aby konkluzję medycyny klinicznej móc przeformułować na konkluzję sędowo-lekarską. W tej specyficznej rekonstrukcji koniecznym jest zastosowanie optyki ogólnie przyjętej wiedzy akademickiej, ale ze sprowadzeniem jej do formatu reguł decyzyjnych medycyny sądowej.

Przewijające się różne, mniej lub bardziej prawidłowe konstrukcje diagnostyczne, których trzonem jest pojęcie depresji w różnych jej odmianach i połączeniach, w około 80% ocenianych przypadków nie mają nic wspólnego z rekomendowanymi systemami klasyfikacji – ICD 10 lub DSM – IV [5, 6, 7]. Z dokumentów tych przebija przekonanie, że psychiatria w subiektywizmie spojrzenia na pacjenta czyni każde rozpoznanie bezdyskusyjnym. Jednocześnie powszechne jest wyobrażenie, że rozpoznanie psychiatryczne stanowi swoiste panaceum w konfrontacji z problemami natury prawnej, niezależnie od tego czy problem pacjenta dotyczy płaszczyzny karnej, cywilnej, czy też tak specyficznej dziedziny, jaką jest prawo pracy i ubezpieczeń społecznych.

Psychiatria sądowa jest powszechnie kojarzona z problematyką karną, gdzie zakres opinii precyzuje art. 31 k.k. Tymczasem z naszych spostrzeżeń wynika, że w minionej dekadzie ciężar opiniowania przesunął się na zupełnie inne zagadnienia.

W postępowaniu karnym przedmiotem opinii jest zdolność do czynności procesowych (przesłuchanie

w charakterze podejrzanego, zapoznawanie się z materiałem dowodowym, udział w rozprawie w charakterze oskarżonego), zdolność do przebywania w warunkach aresztu śledczego czy też pobytu w zakładzie karnym, wreszcie – ocena, czy stan zdrowia tymczasowo aresztowanego lub skazanego w trakcie pobytu w warunkach ograniczenia wolności pogorszył się tak znacznie, że konieczne jest leczenie w warunkach wolnościowych.

W procesie cywilnym psychiatra powoływany jest do określania następstw urazów doznanych w różnych okolicznościach, ocenę rozmiaru szkody na zdrowiu doznanej przez utratę osoby bliskiej, oceny zdolności lub niezdolności do składania oświadczeń woli przy zawieraniu umów lub testowaniu. Nadal przedmiotem opinii sędowo-psychiatrycznej jest ocena szeroko pojętego „inwalidztwa wojennego” w tym – pobytu w warunkach deportacji lub internowania. W tych przypadkach, w których odwołujący się, zdaniem ZUS, odzyskał zdolność do pracy po różnie długim pobycie na rencie, w ponad 90% ogółu wniosków kierowanych do sądów pojawia się rozpoznanie depresji jako uzasadnienie utrzymującej się niezdolności do pracy.

Z tego krótkiego przeglądu problemów stawianych przed biegłymi lekarzami wyłania się bardzo szeroki wachlarz obszarów prawnych, na których rozpoznanie to jest konsumowane, a przynajmniej podejmowane są takie próby. Oczywiście snuć opowieści o tym, że „ktoś” źle rozpoznał lub że kierował się takim czy innym partykularyzmem jest bezcelowe, bowiem byłoby to jedynie powtarzaniem, smutnych ogólnie znanych prawd.

Szczególna sytuacja prawna, w jakiej znajduje się osoba obciążona rozpoznaniem depresji oraz brak jakichkolwiek innych, obiektywnie potwierdzonych jednostek chorobowych, czytelnie wskazuje na jego pragmatyczny charakter. Nasuwa się pytanie, czy w psychiatrii występuje inna jednostka chorobowa, której można przypisać tak dalece reaktywne podłoże.

Prawdziwy niepokój budzi potwierdzona wieloletnimi obserwacjami interakcja, jaka zachodzi między problemem prawnym, który bywa często przyczyną pierwszej wizyty u psychiatry, założoną ucieczką przed zmierzeniem się z tym problemem, stopniowo rozwijającą się deterioracją psychiczną i dysfunkcjonalnością społeczną [8, 9]. Co ciekawsze zaburzenia, które obserwowaliśmy w tej grupie osób nie spełniają nadal kryteriów depresji – najczęściej były to silnie rozwinięte zaburzenia adaptacyjne dysocjacyjno-lękowe, przeważnie z patologicznym nastawieniem roszczeniowym, często także z zachowaniami agresywnymi. Obserwacje czynione w stosunkowo dużych przedziałach cza-

sowych dotyczące tych samych osób wskazywały na pojawienie się i nasilanie tych objawów w stopniu wymagającym leczenia przy jednoczesnym wypchnięciu ich poza nawias pełnionych ról społecznych. Tym, co ostatecznie w wielu tych przypadkach budziło zdziwienie, był zupełny brak reakcji ze strony „leczącego”, na fakt, że jego pacjent naprawdę stał się chory i potrzebuje pomocy.

Dla ilustracji pragniemy przedstawić przykład lekarza obwinionego przez jedną z lokalnych prokuratur o przestępstwo, zresztą drobne, związane z wykonywanym zawodem. W poczuciu zagrożenia, jeszcze przed pierwszym przesłuchaniem, odwołał się on do pomocy kolegów psychiatrów i uzyskał zaświadczenie z rozpoznaniem „depresji z myślami samobójczymi, uniemożliwiającymi udział w przesłuchaniu”.

W tym momencie uruchomione zostało błędne koło procesów myślowych, w którym ten człowiek, wcześniej aktywny zawodowo i społecznie, pełen radości życia, zaczął funkcjonować. Jego sposób myślenia w kolejnych miesiącach można by zilustrować następująco:

- mam zaświadczenie → nie muszę iść do prokuratora → tak, ale on to będzie sprawdzał → to nie mogę pracować, nie wyjdę z domu, boję się – może mnie śledzą → nie mogę pokazać się nigdzie wśród znajomych, bo doniosą → nie mogę już tego znieść, i tak czuję się jak w więzieniu, niech to się wreszcie skończy → staję się coraz bardziej samotny → no tak ale ja nie pójdę do sądu, bo ja się do sądu nie nadaję, nie potrafię zebrać myśli, zniszczą mnie → to się chyba nigdy nie skończy, nie ma dla mnie wyjścia → takie życie nie ma sensu!

W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że jednorazowe wydanie zaświadczenia nie zwalnia osoby podejrzanej z konieczności skonfrontowania się z problemem „na zawsze”. Procedura prawna wymaga, aby jego stan zdrowia był weryfikowany co sześć, a najdalej co dwanaście miesięcy. Należy zatem liczyć się z koniecznością odbierania wezwań sądowych i uzyskiwania kolejnych zaświadczeń, dowodzących pogarszającego się stanu zdrowia. To czy zaświadczenia te są honorowane, czy też poddane weryfikacji przez skierowanie do biegłych sądowych, zależy od uznania organu procesowego.

Po kilku latach takiej ucieczki przed obiektywnie niewielkim problemem nasz kolega podjął próbę samobójczą, po której znalazł się na oddziale toksykologii. Po tej próbie na wniosek swojego adwokata był badany z naszym Zakładzie. Udało się go zmotywować do podjęcia psychoterapii. Mamy jednak obawy o efekt tej terapii, bowiem wyleczenie oznacza nie tylko konieczność konfrontacji z zarzu-

tami, ale także powrót do aktywności zawodowej, co w małym środowisku nie jest łatwe.

Na tym przykładzie nasuwa się smutna refleksja. Praktycznie zdrowy człowiek chcąc uniknąć konfrontacji ze stawianymi mu zarzutami, nieistotne – prawdziwymi czy nie – wyindukował sobie prawdziwe schorzenie, które wykluczyło go z pełnienia roli zawodowej, społecznej i skomplikowało mu życie rodzinne. O tych odległych skutkach przyjacielskiej przysługi nie pomyślał kolega, który wystawił zaświadczenie z rozpoznaniem depresji przekonany, że działa dla jego dobra.

Spśród wielu przykładów, jakimi dysponujemy, wybraliśmy celowo przykład lekarza jako najmniej kontrowersyjny z punktu widzenia intencji tego, który pomagając w ucieczce w chorobę zapoczątkował proces, nad którym wszyscy stracili kontrolę. Chcielibyśmy przypomnieć, abstrahując od tego iż zaświadczenie lekarskie będące poświadczeniem nieprawdy może spowodować określone sankcje, to prowadząc do określonego skutku na zdrowiu w przyszłości może być również rozważane w kategoriach błędu medycznego lub też – postępowania niezgodnego z kodeksem etyki lekarskiej. Problem polega na postawieniu fałszywie dodatniego rozpoznania, które w sprzyjających warunkach zaczyna być traktowane jako prawdziwe, ale wyłącznie w kategoriach opisanego kręgu myślowego.

Podobne mechanizmy wyzwalane są gdy pożądanym celem jest ustalenie niezdolności do pracy zarobkowej. Chcielibyśmy przypomnieć, iż tak powszechne wielomiesięczne zwolnienia lekarskie wydawane chorym autentycznie depresyjnym w ramach „prowadzenia do renty”, przy mało aktywnym leczeniu, są faktycznym działaniem na szkodę tych osób. Zaprzestanie pracy szybko powoduje utratę motywacji do ponownego jej podjęcia. Z kolei beczynność i pogarszająca się sytuacja finansowa sprzyjają pogłębieniu się depresji. Brak środków finansowych na leki, o czym przeważnie nie mówi się lekarzowi, jest dodatkowym niekorzystnym czynnikiem. Powstaje sytuacja błędnego koła, której przerwanie jest niekiedy niemożliwe. Dodatkowo osoby kiedykolwiek uznane za niezdolne do pracy nie są w stanie w przyszłości zaakceptować pozytywnych wyników leczenia, bowiem wiąże się to z możliwością utraty świadczenia. Przykładem może być badana w ZMS CM UJ kobieta po latach ekwipowania w dokumentację ciężkiej depresji z zespołem otępiennym, która po niekorzystnej dla niej kolejnej decyzji ZUS zaprezentowała zachowanie, nie mieszczące się w żadnym razie w kręgu depresji, a tym bardziej – otępienia.

Lekarz leczący w swoich działaniach zobowiązany jest do kierowania się dobrem chorego. Nasze

doświadczenie opiniodawcze upoważnia jednak do postawienia pytania o to, jak należy rozumieć to pozornie proste pojęcie. Czy lekarz leczący, aby realizować właściwie rozumiane dobro pacjenta, mógł doraźnie udzielać ochrony przed konfrontacją z prawem, nie powodując utrwalenia mechanizmów obronnych i w następstwie – degradacji funkcjonowania?

Zrozumiałe jest, że za wyjątkiem osobowości pieniaczej, konieczność konfrontacji z prawem nie budzi w nikim entuzjazmu, zatem obniżony nastrój jest reakcją adekwatną do tej sytuacji. Wdrożenie terapii w takich przypadkach jest postępowaniem jak najbardziej właściwym. Jednak należy uświadomić pacjentowi, że fakt pozostawania w leczeniu nie może go uchronić przed odpowiedzialnością za wcześniejsze działania czy też pomóc w uzyskaniu nienależnych korzyści. Przediagnozowanie polegające na rozpoznawaniu w takich przypadkach „dla dobra pacjenta” ciężkiej jednostki chorobowej jest zarówno postępowaniem głęboko nieetycznym, jak i błędem medycznym.

Nie można także zapominać o tym, że nadużywanie tego rozpoznania, z punktu widzenia społecznego, może wyrządzić niepowetowane szkody w postaci obniżenia społecznego postrzegania wagi tak poważnego schorzenia jakim jest depresja.

PIŚMIENNICTWO

1. Jaegerman K., Marek Z.: O medycznych naukach stosowanych. [w]: Materiały III Chęcińskiego Sympozjum Metodologii Kryminalistyki 1982: Wydawnictwo Uniw. Śląskiego, Katowice 1983.
2. Jaegerman K.: Analiza rozwiązywalności problemu opiniodawczego. [w]: Opiniowanie sądowo-lekarskie, eseje o teorii. Wydawnictwo Prawnicze. Warszawa 1991.
3. Jaegerman K.: Opinie sądowo-lekarskie, cel, zakres, reguły. Problemy Praworządności. 1978, 29: 14.
4. Jaegerman K.: Poznawcze wymogi opiniowania. Arch. Med. Sąd. i Krym. 1984, 34, 2: 81.
5. Wciórka J.: Klasyfikacje zaburzeń psychicznych [w]: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Psychiatria. Urban & Partner. wyd. I, Wrocław 2002: 1.
6. Pużyński S.: Choroby afektywne nawracające [w]: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Psychiatria. Urban & Partner. wyd. I, Wrocław 2002: 343.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. American Psychiatric Association, Washington D.C 1994.
8. ICD 10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych I zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Medyczne „Vesalius”, IPIŃ, Kraków-Warszawa 2000.
9. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. wyd. IV, Warszawa 2005.