

Aktualny obraz zaburzeń reaktywnych u sprawców zabójstw, przestępstw gospodarczych, wypadków drogowych i osób znęcających się nad rodziną

*Current manifestations of reactive disorders in committers
of manslaughter, economic crimes, road accidents and family abuse*

ZDZISŁAW MAJCHRZYK, TERESA GORDON, EWA SZABLEWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Autorzy przedstawiają obrazy kliniczne zaburzeń reaktywnych w wybranych grupach osób, wydzielonych z uwagi na charakter czynu, które popełniły czyny zabronione w latach 1991–1997. Analizą objęto 520 obserwacji sądowo-psychiatrycznych, co pozwala na porównanie z wynikami badań z pracy habilitacyjnej Lidii Uszkiewiczowej. Zwracają uwagę zasadnicze zmiany obrazu zaburzeń reaktywnych, a także związku zaburzeń reaktywnych z wydzielonymi kategoriami przestępstw. Związek ten różni się istotnie od uwarunkowań, które podnosili autorzy w latach 1960–1970. Analiza obecnych tendencji zwraca uwagę na nowe uwarunkowania psychospołeczne i prawne powstawania stanów reaktywnych i wskazuje na błędy w rozpoznawaniu tego rodzaju zaburzeń.

SUMMARY. The authors present clinical portraits of reactive disorders in several groups selected on the basis of the nature of illegal offences committed in 1991–1997. All in all, 520 forensic-psychiatric observations were submitted to analysis, allowing comparison with Lidia Uszkiewiczowa's findings. Attention is drawn to the major changes in the manifestations of reactive disorders as well as the relationships between reactive disorders and selected categories of crime. This relationship differs significantly from those suggested the 1960–1970 report. Analysis of current trends has revealed new psycho-social and legal determinants of reactive conditions and suggests that such disorders were erroneously diagnosed in the past.

Słowa kluczowe: zaburzenia reaktywne / zabójstwa / przestępstwa gospodarcze / opinie sądowo-psychiatryczne

Key words: reactive disorders/ homicide/ economic crime/ forensic-psychiatric opinions

Następstwa urazów psychicznych w postaci zaburzeń psychicznych o różnym nasileniu, zarówno ostrym jak i przewlekłym, podnosili psychiatrzy od wielu lat [1, 2, 3, 4, 7, 8, 23, 24, 25, 41]. Prawie każdy z podręczników psychiatrii sądowej [6, 25] wymienia główne przyczyny powstawania zaburzeń reaktywnych. *Leksykon psychiatrii* [35] podaje typowe sytuacje traumatyzujące, powodujące powstanie zaburzeń reaktywnych. Są nimi przeważnie: trudne sytuacje rodzinne, zawodowe, skutki pobytu w więzieniu

o ciężkim rygorze, prześladowania polityczne, doświadczenie lub przeżycie wyjątkowego zdarzenia (katastrofa, porwanie, zgwałcenie) lub innej stresującej sytuacji. Na sytuacje stresowe, jako usposabiające do powstania zespołów reaktywnych, zwracali też uwagę inni autorzy [3, 7]. Zespoły reaktywne występujące w przeszłości – głównie w średniowieczu – przedstawili w ciekawy sposób Janikowski i Szumowski [16, 39].

Jak podaje Korzeniowski [22], opis reakcji i psychoz reaktywnych więziennych

znajdujemy w opracowaniach z początku XX wieku. Psychotyczne stany reaktywne obserwowano głównie u więźniów, z tego powodu używa się pojęcia „psychozy więzienne”, co nie wyczerpuje tylko sytuacji związanych z uwięzieniem. Występowały one w innych postaciach jako: stupor histeryczny, konwersje histeryczne, „zespół drutów kolczastych” w okresie pierwszej i drugiej wojny światowej.

W pracach tych da się prześledzić pewną ewolucję poglądów. Zmierała ona w kierunku powolnego przechodzenia od traktowania zaburzeń reaktywnych powstających w warunkach więziennych jako odrębnych „psychoz więziennych”, będących skutkiem przestępstwa lub reakcją na pobyt w więzieniu do poglądów utrzymujących, iż zaburzenia reaktywne więźniów nie stanowią odrębnej jednostki klinicznej, „psychozy więziennej”, ponieważ występują one także w warunkach nie więziennych. Co najwyżej można mówić, iż mają one u więźniów swoją specyfikę w tym sensie, że pewne formy reakcji spotyka się w więzieniu częściej, a warunki więzienia nadają ich symptomatyce i przebiegowi specyficzne piętno i zabarwienie [3, 4, 7, 17, 22, 23, 24, 32, 41].

Problematyka zaburzeń reaktywnych była w 1961 r. jednym z tematów obrad Zjazdu w Krakowie, podczas którego obszernie problem ten przedstawiło kilku autorów [1, 3, 7, 23]. Opracowaniem monograficznym z tego okresu jest praca Uszkiewiczowej z 1966 r. [41].

Istotną cechą reakcji chorobliwej jest brak adekwatnego stosunku między trudną sytuacją (natężeniem podniety) a intensywnością, niezwykłością i czasem trwania reakcji. Bilikiewicz [3] stwierdza, że w nerwicach niestosunek ten jest natury ilościowej, w psychozach reaktywnych – również jakościowej. Reakcje człowieka normalnego są adekwatne do motywów. Dlatego też można się w nie wczuć. W reakcjach anormalnych nieadekwatność reakcji do motywu jest ilościowa i dlatego można się w nie wczuć tylko częściowo. Natomiast w psy-

chozach zachodzi nieadekwatność jakościowa i ilościowa, na skutek czego wczucie się w nie jest zupełnie niemożliwe [9, 41]. W etiologii zaburzeń reaktywnych (czasami nazywanych psychogennymi) ważną kształtującą rolę w obrazie powstania objawów i ich przebiegu ma czynnik w postaci psychicznego urazu. Znaczenie urazu w zaburzeniach reaktywnych szerzej omawiają liczni autorzy [10, 14, 19, 27, 28, 36, 37, 38]. Oddaje ono trafniej związek reakcji z sytuacją, tam gdzie chodzi nie o jednorazowy odczyn na krótkotrwały uraz psychiczny, lecz o odczyn na dłużej trwającą sytuację traumatyzującą, podtrzymującą uczucie niepewności, lęku, zagrożenia zgodnie z psychologicznymi mechanizmami powstawania tego rodzaju zaburzeń.

W obowiązującej *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10* [31], zaburzenia reaktywne mieszczą się w punktach F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne) oraz w punkcie F44. Zaburzeniami tymi są głównie wszystkie typy zaburzeń dysocjacyjnych, ujawniających tendencję do ustępowania po kilku tygodniach lub miesiącach, szczególnie jeśli ich początek był związany z urazowym wydarzeniem życiowym. ICD-10 posługuje się wieloma diagnozami stanów reaktywnych, w tym głównie depresyjnych. Pużyński [36] zwraca uwagę na fakt, że depresja reaktywna jest szczególną formą depresji psychogennych, dużej i zróżnicowanej pod względem psychopatologicznym grupy stanów depresyjnych. Granice nozologiczne opisywanych w piśmiennictwie różnorodnych postaci klinicznych depresji psychogennych nie są ostre. Jak już wspomniano, w ICD-10 zrezygnowano z kategorii diagnostycznej „depresja reaktywna”. Bliżej przedstawia wynikające z tego implikacje i trudności Pużyński [36] m.in. w celu zasygnalizowania zmian w praktyce diagnostycznej oraz porównania rozpoznania z nowymi propozycjami klasyfikacyjnymi.

W ostatnich latach rzadko można spotkać w dostępnych psychiatrycznych i prawni-

czych opracowaniach opisy przypadków z zaburzeniami reaktywnymi, nieliczne podają Spett i Szymusik [3]. Jednocześnie psychiatrzy sądowi stwierdzają, że opisywane w przeszłości najbardziej charakterystyczne psychozy więzienne oraz związane z tym wieloletnie obserwacje sądowo-psychiatryczne występują obecnie zdecydowanie rzadziej. Opisywane w poprzednich latach takie stany reaktywne, jak: zespół Gansera, pseudodemencja czy puerylizm, rozpoznawane są sporadycznie. Najczęściej stawianymi diagnozami są obecnie: zespoły lękowo-depresyjne i omamowo-urojeniowe, przeważnie u osób po raz pierwszy pozbawionych wolności, tymczasowo aresztowanych.

Nie ukazały się też od kilkunastu lat prace poświęcone tej tematyce. Temat ten podjęto szerzej dopiero w 1996 r., podczas Konferencji Kazimierzu, poświęconej *zaburzeniom* (*Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, supl. 4). Autorzy referatów byli zgodni, że w ostatnich latach coraz częściej mamy do czynienia z zaburzeniami reaktywnymi u osób pozbawionych wolności, głównie sprawców przestępstw gospodarczych. Zaznaczają przy tym, że zróżnicowanie obrazu klinicznego jest ogromne [10, 12, 15, 19, 29, 30, 34, 36, 40]. Szymusik i Teleśnicki [40] stwierdzają, że spotkali się z kilkoma przypadkami zabójstw popełnionych w stanie reaktywnym. Zwykle dotyczyło to osób, u których występowały przewlekłe konflikty rodzinne. U dwóch osób zachowanie, motywacja czynu, sposób reagowania zbliżony był do psychozy. Zespoły depresyjno-lękowe były najczęstszą postacią zespołów reaktywnych. Występowały u osób w przedziale wieku 40–50 lat, pierwszy raz aresztowanych. Przebiegały one w typowy sposób. Charakteryzowały się nagłym, burzliwym początkiem, niepokojem z zaburzeniami snu i skargami na liczne dolegliwości somatyczne. Objawy te dość szybko ustępowały po zastosowaniu typowego leczenia przeciwdepresyjnego. Nie obserwowali psychoz reaktywnych, takich jak: zespół Gansera, pseudodemencja, puerylizm. Auto-

rzy stwierdzają, na bazie własnych doświadczeń, że zespoły reaktywne częściej występują w postępowaniu rentowym i odszkodowawczym. U tych osób objawy są najbardziej podobne do zespołu Gansera i pseudodemencji.

Gruszczyński i wsp. [11] podają, że w grupie 20 kobiet, zabójczyń, odbywających karę pozbawienia wolności, u zdecydowanej większości (80%) stwierdzono zaburzenia reaktywne, przy czym dominowały stany epizodyczne pod postacią zaburzeń przystosowawczych, a z psychoz reaktywnych – zespoły reaktywne.

Majchrzyk [26], w grupie 60 zabójczyń, przebywających na obserwacji, opisał zaburzenia reaktywne pod postacią bezpośrednich reakcji sytuacyjnych, powstałych po czynie. Były to próby popełnienia samobójstwa u 7%, przerażenie, szok, rozpacz u 66%, reakcje lękowe u 27%. Nasilenie tych reakcji miało charakter niegłębokiej depresji, ustępowały one zwykle w czasie obserwacji. Mechanizmy wyparcia, tłumienie, projekcja, fantazjowanie, racjonalizacja ułatwiały im względną adaptację do warunków szpitala i więzienia. Także Majchrzyk i wsp. [30], na podstawie analizy 370 pacjentów przebywających na obserwacji w latach 1991–1995, charakteryzują rysujące się tendencje zmian w strukturze przestępczości i obrazie zaburzeń reaktywnych. Ze wstępnych wyników badań tych autorów wynika, że stany reaktywne występują obecnie rzadko w grupie zabójców u 10%, najczęściej rozpoznanie tego rodzaju pojawia się u sprawców przestępstw gospodarczych u 52%, następnie u sprawców przestępstw drogowych – 33%, u osób podejrzanych lub oskarżonych o oszczerstwa, pomówienia – 25%, w grupie sprawców czynów, takich jak kradzieże i roboje – 8%, u osób podejrzanych o znęcanie się nad rodziną – u 6%.

Najczęstsze diagnozy zaburzeń reaktywnych, to: reaktywne reakcje nerwicowe – 56%, reaktywne zaburzenia psychotyczne – 26%, reakcje i postawy obronno-symulacyjne – 18%. Z badań autorów wynika, że

wzrasta liczba rozpoznań zaburzeń reaktywnych u sprawców przestępstw gospodarczych. Rozpoznanie to często jest słabo uzasadnione i uwikłane czynnikami pozamerytorycznymi. Podobne dane dotyczące niepożądanых zjawisk w praktyce sędowo-psychiatrycznej wskazuje Hajdukiewicz [12]. Jak aktualnym stał się ten problem ilustrują nie tylko doniesienia prasowe, ale także publikacje biegłych psychiatrów [5, 12, 13, 18, 20, 26, 27, 30, 33, 34]. Szczególnie praca Pobochoy ilustruje typowe błędy diagnostyczne w rozpoznawaniu depresji u osób podejrzanych o przestępstwa gospodarcze, a autor używa w tym kontekście terminu „depresja udawana” [34].

Ponieważ nie ma do tej pory badań obejmujących większą liczbę osób ujawniających zaburzenia reaktywne, a cytowane prace są raczej analizą przeprowadzoną na podstawie kilku przypadków, trudno na ich podstawie prześledzić aktualne tendencje i przeprowadzić porównanie wyników. Z tego powodu do zasygnalizowania tendencji i zmian w występowaniu i obrazie zaburzeń reaktywnych w grupach wyodrębnionych z uwagi na charakter czynu odnosimy się do wyników Uszkiewiczowej [41], gdyż wydają się pomocne, by sygnalizować zachodzące zmiany (rys. 1 i 4). Wielkości te odnosimy do naszych ustaleń: rys. 2, 3, 5 i 6, w celu łatwiejszego porównania.

W ostatnich latach, jak wynika z przedstawionego piśmiennictwa, dopiero w roku 1997 ukazało się więcej opracowań na temat zaburzeń reaktywnych. Cytowani już autorzy podają, że obecnie charakterystyczne psychozy więzienne oraz związane z tym wieloletnie obserwacje sędowo-psychiatryczne występują zdecydowanie rzadziej. Opisywane w poprzednich latach takie stany reaktywne, jak zespół Gansera, pseudodemencja czy puerylizm rozpoznawane są sporadycznie.

Doświadczenie kliniczne wskazuje także, że na przestrzeni ostatnich lat zmniejszyła się liczba prób samobójczych i samouszkodzeń w więzieniach, co było częstym zjawiskiem w latach sześćdziesiątych. Pojawiły się

natomiast nowe, szczególnie postacie zespołów reaktywnych u osób starających się o rentę lub odszkodowanie, pozostających na wolności. Naszą uwagę zwrócił fakt, że zmienia się nie tylko obraz kliniczny zaburzeń reaktywnych, ale także ich związek z rodzajami popełnionych czynów zabronionych. Było to najwyraźniej widoczne w dwóch grupach sprawców.

Pierwszą stanowiły osoby na ogół młode, często nieletnie, które popełniły bardzo poważne czyny przeciwko życiu i zdrowiu, a mimo to nie ujawniały zaburzeń reaktywnych. Częściej pojawiały się zabójstwa z motywacji ekonomicznej i rabunkowej, popełniane w zorganizowanych grupach, działających z wyraźnym, z góry powziętym zamiarem i planem, lub przez osoby nieletnie.

W zachowaniu ich trudno obecnie dostrzec poczucie winy, lęk czy niepokój. Pojawiają się natomiast mechanizmy zaprzeczania, wyparcia lub projekcji winy na otoczenie. Brak wyczuwalnej motywacji czynu jest jednym z powodów kierowania ich na dodatkowe badania CT mózgu i inne w kierunku ustalenia, mimo braku uchwytnych objawów klinicznych, organicznego podłoża takiej niezrozumiałej motywacji u osób, których funkcjonowanie przed czynem cechował wysoki stopień adaptacji i organizacji [13, 18, 20, 34]. Zbyt mało zwraca się uwagi na szersze uwarunkowania, które mają bezpośredni związek z przeobrażeniami społeczno-ekonomicznymi ostatnich lat. Chodzi zwłaszcza o zmiany w hierarchii wartości i celów życiowych oraz zachwianie norm moralnych i społecznych, jakie dotknęły znaczną część społeczeństwa.

Zwraca uwagę druga grupa pacjentów – osoby podejrzane o tzw. przestępstwa gospodarcze (wyłudzenie kredytów, przemyt, nielegalny handel, oszustwa celne i podatkowe itp.). Sprawcy tego rodzaju czynów, w przeciwieństwie do wymienionych poprzednio, z reguły ujawniali różnicowane i przewlekłe zaburzenia reaktywne, których diagnoza i leczenie nastroczały wiele trudności. Osoby te dysponowały przeważnie

różnymi zaświadczeniami lekarskimi, dokumentującymi występowanie tych zaburzeń już w okresie objętym zarzutami lub nawet wcześniejszym. Była w nich zawarta ocena co do zdolności do udziału w postępowaniu karnym [12, 34]. Nasilenie tych zjawisk w ostatnich latach nasuwa przypuszczenie, że ich uwarunkowań należy poszukiwać również m.in. w pozamerytorycznych uwarunkowaniach opinii, o czym świadczą: subiektywizm biegłych, relatywna interpretacja wyników badań dodatkowych, braki w dokumentacji lekarskiej. Oczywiście sytuacja taka stwarza potrzebę nie tylko kolejnej weryfikacji diagnozy, ale zmusza do refleksji nad stanem przygotowania biegłych w zakresie problematyki zaburzeń reaktywnych, a zwłaszcza ich umiejętności diagnozowania różnego rodzaju celowych postaw obronnych i zdolności do manipulacji dokumentacją lekarską.

CEL PRACY

Celem pracy jest prześledzenie związku, jaki istnieje pomiędzy zaburzeniami reaktywnymi a rodzajami przestępstw popełnionych przez tych sprawców. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania. (1) Jaka jest tendencja zmian w strukturze przestępczości osób kierowanych na obserwację w wymienionym okresie? (2) Czy istnieje zależność pomiędzy rodzajem czynów zabronionych a częstotliwością i rodzajem stanów reaktywnych? (3) Czym charakteryzuje się grupa osób z zaburzeniami reaktywnymi – pod kątem następujących zmiennych: wiek, intelekt, osobowość, organiczne uszkodzenie o.u.n., wcześniejsze zaburzenia psychiczne, w tym reaktywne? (4) Jakich kategorii sprawców i jakich stanów reaktywnych dotyczyły najczęstsze rozbieżności w opiniach biegłych? (5) Na ile i w jakim stopniu, rozpoznania obarczone są błędną diagnozą kliniczną, która wynika z braku doświadczenia biegłych i stosowania przez nich kryteriów orzeczniczych, a innych czynników pozamerytorycznych? Ponadto,

zamierzano porównać uzyskane ustalenia z wynikami badań przeprowadzonych w latach 1960–1966 [41].

MATERIAŁ I METODA

Materiał badawczy stanowiły opinie sądowo-psychiatryczne wydane w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w latach 1991–1997. Wszystkie opinie posiadały pełną dokumentację (badania psychiatryczne, psychologiczne, dodatkowe, streszczenie akt sprawy, opis czynu i okoliczności jego popełnienia).

Metoda badania polegała na zebraniu wyselekcjonowanych informacji z akt sprawy i opinii sądowo-psychiatrycznych przy pomocy specjalnie skonstruowanego kwestionariusza, który umożliwiał ich opis i ocenę liczbową w zakresie oczekiwanych pytań.

WYNIKI BADAŃ

Informacje zestawiono w kolejnych tabelach i rysunkach.

W badanym okresie, rozpoznanie zaburzeń reaktywnych ustalono u 90 spośród 520 osób poddanych obserwacji, czyli u co szóstego badanego (tabl. 1–3, rys. 3 i 6). Z dokładnych informacji o tych sprawcach, uwzględniających cele niniejszego opracowania i przedstawionych w tabl. 1 i rys. 2 i 3 wynika, że z uwagi na czyn zabroniony i rodzaj występujących zaburzeń reaktywnych, da się wyróżnić kilka grup sprawców.

(1) W grupie 287 obserwowanych *zabójców* zaburzenia reaktywne wystąpiły u 33, czyli u co ósmego. Ogólnie w grupie zabójców w latach 1991–1997 zaburzenia reaktywne wystąpiły u 11,4% osób przebywających na obserwacji. Tablica 1 ilustruje bliżej tendencje w kolejnych latach. Z zawartych w niej danych wynika, że częstotliwość występowania zaburzeń reaktywnych w tej grupie (w latach dziewięćdziesiątych) utrzymuje się na zbliżonym poziomie, występują one natomiast istotnie rzadziej niż w latach sześćdziesiątych – wtedy u 25–30% [41] (rys. 1). Czas trwania zaburzeń reaktywnych

Tablica 1. Częstotliwość występowania stanów reaktywnych wśród sprawców różnego rodzaju przestępstw obserwowanych w Klinice w latach 1991–1997

Rodzaje przestępstw	W latach 1991–1995			W latach 1996–1997			Razem		
	Obserwowani n=370	W tym z zaburzeniami reaktywnymi n=50		Obserwowani n=150	W tym z zaburzeniami reaktywnymi n=40		Obserwowani N=520	W tym z zaburzeniami reaktywnymi N=90	
		%	%		%	%			
Zabójstwa i usiłowania, ciężkie pobicia	202	20	10,0	85	13	11,1	287	33	11,4
Przestępstwa gospodarcze	21	12	52,0	10	7	70,0	31	19	61,2
Przestępstwa drogowe	15	5	33,0	6	5	83,0	21	10	47,6
Znieważanie, pomawianie, oszczerstwa	20	5	25,0	6	2	33,2	26	7	26,9
Znęcanie się nad rodziną	52	3	6,0	20	8	40,0	72	11	15,2
Kradzieże, włamania, rozboje	60	5	8,0	23	5	22,0	83	10	12,0
Razem	370	50	13,4	150	40	26,7	520	90	17,3

Tablica 2. Rodzaje i częstotliwość występowania stanów reaktywnych obserwowanych w Klinice u sprawców różnego rodzaju przestępstw w latach 1991–1997.

Rodzaje przestępstw	Rodzaje stanów reaktywnych													
	nerwicowe				psychotyczne				postawy obronno-symulacyjne				razem	
	1991–1995		1996–1997		1991–1995		1996–1997		1991–1995		1996–1997			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zabójstwa i usiłowania, ciężkie pobicia	12	24	5	12,5	6	12	3	7,5	2	4	5	12,5	33	36,7
Przestępstwa gospodarcze	8	16	5	12,5	2	4	1	2,5	2	4	1	2,5	19	21,1
Przestępstwa drogowe	4	8	3	7,5	–	–	1	2,5	1	2	1	2,5	10	11,1
Znieważanie, pomawianie, oszczerstwa	1	2	–	–	4	8	2	5,0	–	–	–	–	7	7,8
Znęcanie się nad rodziną	1	2	5	12,5	1	2	1	2,5	1	2	2	5	11	12,2
Kradzieże, włamania, rozboje	2	4	2	5,0	–	–	–	–	3	6	3	7,5	10	11,1
Razem	28	56	20	50,0	13	26	8	20,0	9	18	12	30,0	90	100,0

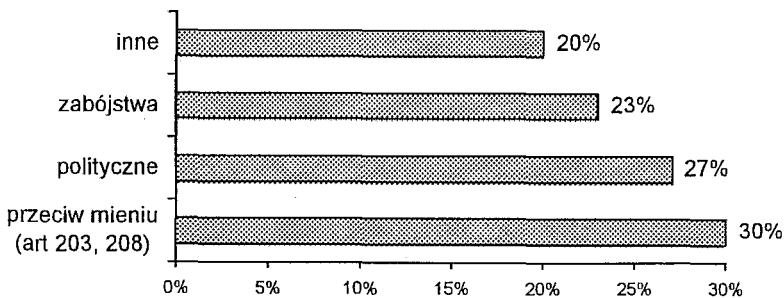
Tablica 3. Rodzaje stanów reaktywnych u obserwowanych w Klinice sprawców różnego rodzaju przestępstw w latach 1991–1997.

Rodzaje przestępstw	Rodzaje stanów reaktywnych							
	nerwicowe		psychotyczne		postawy obronno-symulacyjne		razem n=90	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zabójstwa i usiłowania, ciężkie pobicia	17	18,9	9	10,0	7	7,8	33	36,7
Przestępstwa gospodarcze	13	14,4	3	3,3	3	3,3	19	21,1
Przestępstwa drogowe	7	7,8	1	1,1	2	2,2	10	11,1
Znieważanie, pomawianie, oszczerstwa	1	1,1	6	6,7	0	0	7	7,8
Znęcanie się nad rodziną	6	6,7	2	2,2	3	3,3	11	12,2
Kradzieże, włamania, rozboje	4	4,4	0	0	6	6,7	10	11,1
Razem	48	53,3	21	23,3	21	23,3	90	100,0

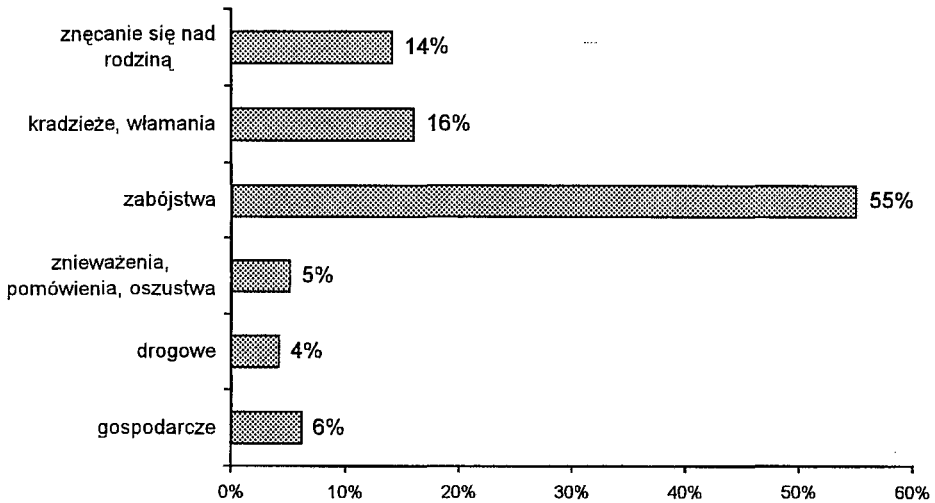
wynosił do kilku miesięcy (nie stwierdzono zaburzeń utrzymujących się latami, jakie opisuje Uszkiewiczowa [41] i jakie sami obserwowaliśmy jeszcze do lat osiemdziesiątych. Warto odnotować, że udział osób obserwowanych w naszej Klinice w związku z podejrzeniem lub usiłowaniem zabójstwa był największy (tabl. 1 i 3, rys. 2).

Jeśli chodzi o początek zaburzeń reaktywnych, to u 17 osób (czyli u ponad połowy omawianej grupy) wystąpiły one jeszcze przed czynem. Osoby te znajdowały się wówczas w stanie reakcji sytuacyjnej, wywołanej niepowodzeniami życiowymi, np. kon-

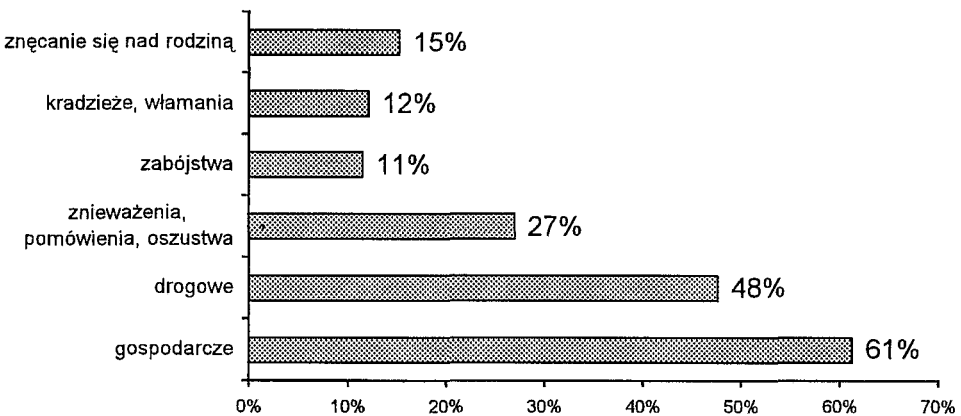
fliktem z rodziną, porzuceniem przez partnerkę itp. Przewlekły stres związany z tymi sytuacjami wywoływał u nich zakłócenia funkcjonowania (bezsensowność, obniżenie nastroju, rozdrażnienie, niepokój) i w końcu – dekompensację w postaci czynu (zabójstwa lub jego usiłowania). Po czynie reakcja ta tylko się nasilała, bądź trwała jeszcze przez jakiś czas i stopniowo wygasła, a zatem nie była to głęboka reakcja na czyn. Stan reaktywny, który wystąpił wkrótce po czynie odnotowano u 7 sprawców, a u 10 pojawił się on później, po kilku tygodniach pobytu w więzieniu.



Rysunek 1. Rodzaj przestępstw popełnionych przez obserwowanych w latach 1960–1966 z zaburzeniami reaktywnymi, wg Uszkiewiczowej [41], (N = 350)



Rysunek 2. Rodzaj przestępstw popełnionych przez obserwowanych w latach 1991–1997 (N = 520)

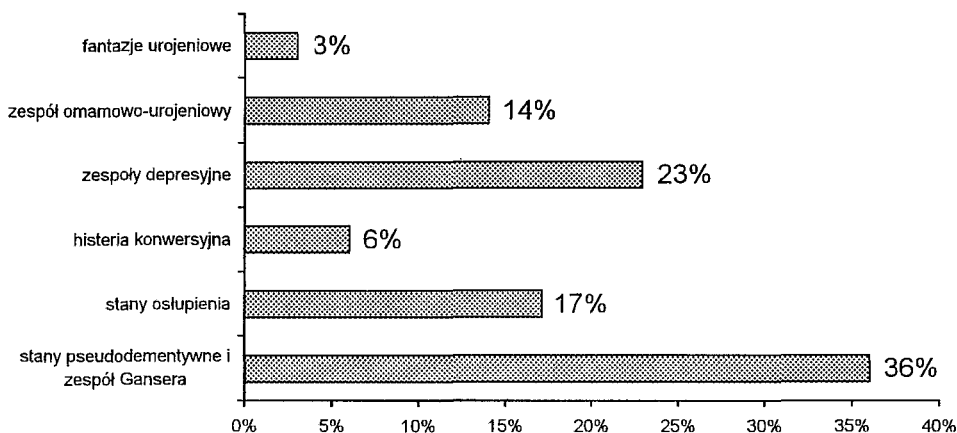


Rysunek 3. Częstość występowania zaburzeń reaktywnych u sprawców różnego rodzaju przestępstw w latach 1991–1997 – w procentach (stany te wystąpiły u ogółem 90, tj. u 17,3%, spośród 520 sprawców)

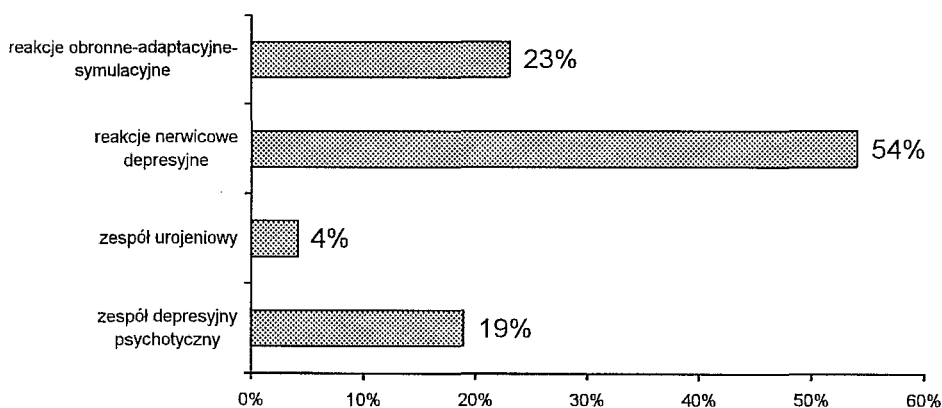
Trwałe cechy psychiczne sprawców w 17 przypadkach oceniono jako zaburzoną osobowość, w pozostałych 7 – jako różne stadia zespołu psychoorganicznego, głównie charakteropatię, a w 9 – jako psychozy. Wiek sprawców był raczej młodszy: 8 mieściło się w przedziale do 19 lat, najwięcej, 16 – w przedziale 20–29 lat, w wieku 30–39 lat – 4 osoby, w przedziale 40–49 lat – także 4 osoby, powyżej 50 roku życia – 1 osoba.

W badanej grupie przeważały osoby z rozpoznaniem przeciętnej sprawności umysłowej (25 osób), wysoki poziom sprawności umysłowej stwierdzono u 3, niższy od normy także u 3 osób. Dwie osoby określono jako upośledzone umysłowo w stopniu lekkim.

Wcześniejsze diagnozy biegłych dotyczące rodzaju zaburzeń reaktywnych były zgodne z danymi po obserwacji w klinice lub innym



Rysunek 4. Rodzaj zaburzeń reaktywnych u sprawców przestępstw w latach 1960–1966, u których zaburzenia takie wystąpiły, wg Uszkiewiczowej [41]



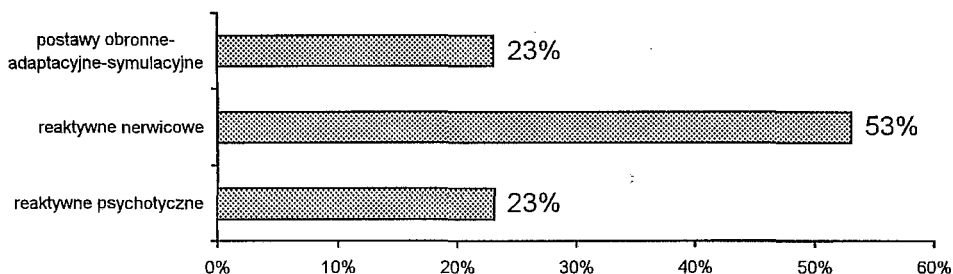
Rysunek 5. Rodzaje zaburzeń reaktywnych wśród sprawców przestępstw w latach 1991–1997, u których takie zaburzenia wystąpiły (N=90) – nie odnotowano występowania zaburzeń reaktywnych w postaci: pseudodemencji, zespołu Gansera, stanów osłupienia, hysterii konwersyjnej i fantazji urojeniowych

ośrodkiem psychiatrycznym, jeśli była to kolejna obserwacja.

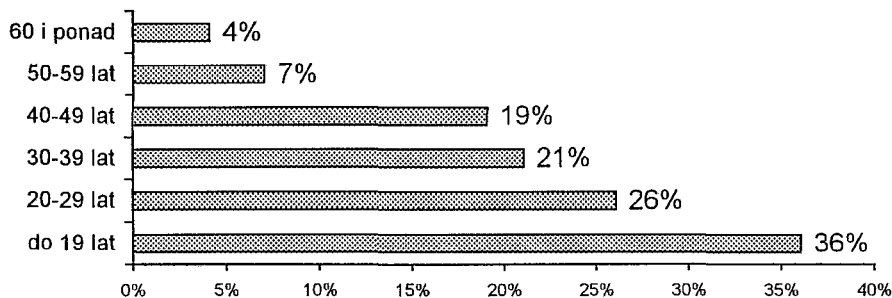
(2) W grupie 31 osób obserwowanych w latach 1991–1997, a *podjezanych lub oskarżonych o tzw. przestępstwa gospodarczo-finansowe*, zaburzenia reaktywne występowały u 19 osób, czyli u 61,2%, czyli ujawniał je co drugi z obserwowanych (rys. 3). Tabl. 1 pokazuje na wzrost procentowy zaburzeń reaktywnych w tej grupie od 52%

w latach 1991–1995, do 70% w latach 1996–1997. Można więc odnotować tendencję rosnącą, w przeciwieństwie do malejącej w poprzedniej grupie.

Wiek badanych: przeważały osoby w wieku średnim: 30–39 lat – 7 osób, 40–49 lat – 5 osób, 50–59 lat – 3 osoby, 20–29 lat – 2 osoby, po jednej w wieku do lat 19 i powyżej 60 roku życia. Najczęstszymi rozpoznaniem stanów reaktywnych w tej grupie były



Rysunek 6. Rodzaj zaburzeń reaktywnych wśród sprawców przestępstw w latach 1991–1997, u których takie zaburzenia wystąpiły (N=90)



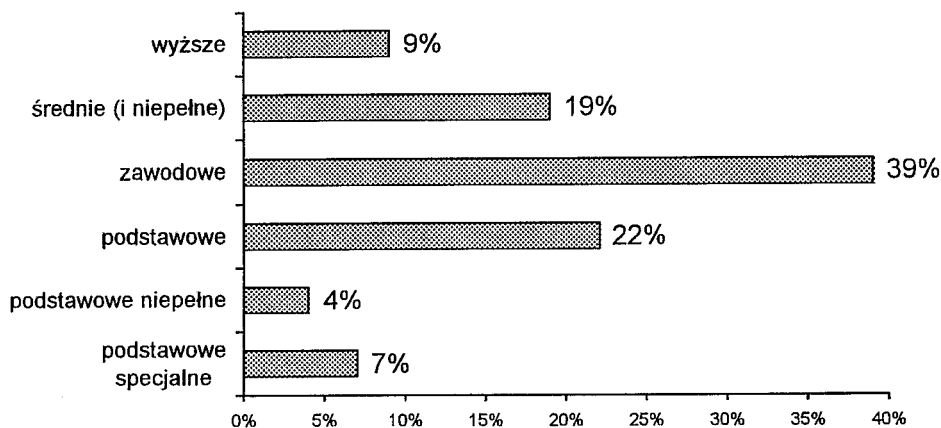
Rysunek 7. Wiek badanych, u których wystąpiły zaburzenia reaktywne (N=90)

zaburzenia nerwicowo-depresyjne z utrzymującym się lękiem, z rozbudowanymi skargami somatycznymi. Wystąpiły one u 13 osób, tj. u 14,4%. Jedynie w trzech przypadkach zaburzenia reaktywne określono jako psychotyczne (depresja i zespół urojeniowy). U dwóch osób stwierdzono reakcje obronne (postawy obronne), u jednej z nich określono je jako symulowane. U pozostałych stwierdzano zaburzenia osobowości (tabl. 3).

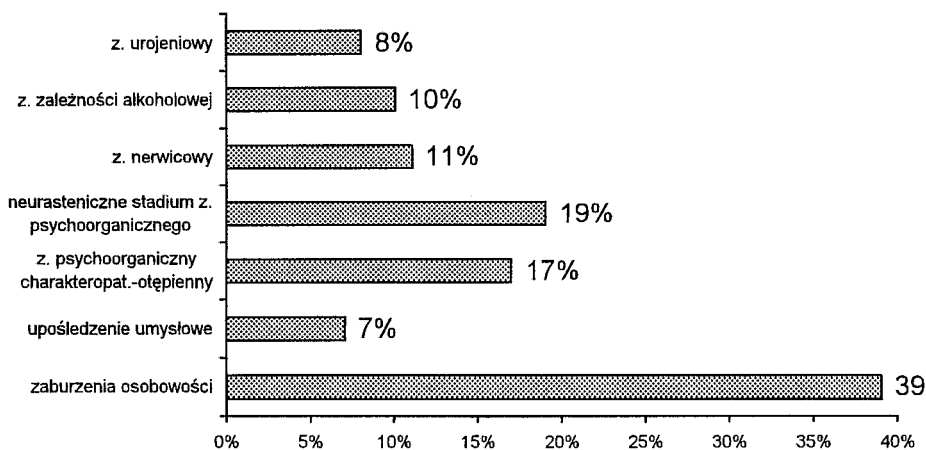
W rozpoznaniach przedchorobowych przeważało rozpoznanie zaburzeń osobowości – stwierdzano je u 17 osób. Tylko 4 osoby nie miały przed zatrzymaniem kontaktu z psychiatrą, 12 osób dysponowało zaświadczeniami lekarskimi potwierdzającymi stany depresyjne lub leczenie w poradni zdrowia psychicznego ze stwierdzeniem, że aktualny stan zdrowia jest przeciwwskazaniem do uczestnictwa w przewodzie sądowym lub przebywania w areszcie. U dwóch dokumentacja lekarska potwierdzała wcześniejsze leczenie

z powodu zaburzeń psychicznych (depresja, schizofrenia).

Poziom umysłowy w grupie tych sprawców nie nasuwał istotnych trudności diagnostycznych, u 7 stwierdzano wysoki iloraz inteligencji, 4 miało skończone wyższe studia. Pozostali przejawiali przeciętny poziom sprawności umysłowej, mieli ukończoną szkołę średnią lub zawodową. W tej grupie nie stwierdzano upośledzenia umysłowego. Reaktywne zaburzenia występowały zwykle po zatrzymaniu. Wystąpiły one u 10 osób, po dłuższym uwięzieniu u 5 aresztowanych, a u 4 podsądnych wystąpiły one dopiero w szpitalu, podczas obserwacji. Za usposabiające do powstania zaburzeń reaktywnych przyjmowano nie tylko czynniki sytuacyjne, ale także predyspozycje osobowościowe i chorobowe, niekiedy udokumentowane zaświadczeniami lekarskimi. Zróżnicowane były wcześniejsze rozpoznania zaburzeń reaktywnych w omawianej grupie, stawiane



Rysunek 8. Wykształcenie badanych, u których wystąpiły zaburzenia reaktywne (N=90)



Rysunek 9. Podłoże wystąpienia zaburzeń reaktywnych (N=90)

przez różne zespoły biegłych, po kolejnej obserwacji lub na podstawie dokumentacji ze szpitali, w których przebywali, albo zaświadczenia wydanego przez lekarza z poradni zdrowia psychicznego. Rozbieżności dotyczyły nie tyle poczytalności tych sprawców (choć i takie też miały miejsce w 2 przypadkach), ile oceny zdolności tych osób do udziału w postępowaniu karnym i przebywania w areszcie.

(3) Dość często stany reaktywne występowały u *sprawców przestępstw drogowych*. W latach 1991–1997 na 21 obserwowanych, zaburzenia reaktywne stwierdzano u 10, tj.

u 47,6% (tabl. 1, rys. 3), czyli u co drugiego. W latach 1991–1995 zaburzenia reaktywne stwierdzano u co trzeciego, w latach 1996–1997 zaburzenia reaktywne ujawniało aż 5 z 6 (83%) obserwowanych, co wskazuje na tendencję rosnącą.

Z akt sprawy i dokumentacji lekarskiej można było wnioskować, że osoby te, niezależnie od stresu po wypadku, unikają rozprawy sądowej. Potwierdzały to liczne zaświadczenia lekarskie, w których stwierdzano, że osoby te z uwagi na stan psychiczny nie mogą uczestniczyć w postępowaniu sądowym. Wiek sprawców był zróżnicowany

następująco: do 19 lat – 1 osoba, 20–29 lat – 2 osoby, 30–39 lat – 4 osoby, 40–49 lat – 2 osoby. U dwóch z nich stwierdzano upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia, u jednej – ociążałość umysłową, przeciętny poziom umysłowy u 5 (wykształcenie zawodowe i średnie), u 2 wyższy poziom sprawności umysłowej (wykształcenie średnie i wyższe). U wszystkich doszukiwano się podłoża organicznego jako usposabiającego do powstania zaburzeń reaktywnych (uszkodzenia organicznego mózgu, padaczki, niedorożwoju umysłowego). Wydane w ich sprawie kolejne opinie budziły kontrowersje i były kilkakrotnie weryfikowane z powodu rozbieżności w ocenie poczytalności, a niekiedy także w ocenie klinicznej. Przeważał obraz nerwicowych zaburzeń reaktywnych (u 7 osób), u jednej obserwowano stan zaburzeń reaktywnych depresyjnych (psychotycznych), u dwóch – próby nieudolnej symulacji choroby psychicznej (tabl. 2 i 3). Za usposabiające czynniki do wystąpienia zaburzeń reaktywnych przyjęto u tych osób zaistniałą, nagłą, trudną sytuację – spowodowanie wypadku drogowego, dyspozycje ich osobowości, w tym niski poziom umysłowy, jak również doznane podczas wypadku obrażenia.

(4) Kolejną grupę stanowiły *osoby oskarżone o zniewagi i oszczerstwa* wobec sądów, prokuratury, policji, osób cywilnych. Z 20 obserwowanych w latach 1991–1995 zaburzenia reaktywne stwierdzono u 5, czyli u co czwartego sprawcy tego typu. W latach 1996–1997 na obserwacji przebywało 6 osób, z tego zaburzenia reaktywne rozpoznawano u 2. Łącznie w latach 1991–1997 na obserwacji przebywało ich 26, tj. 26,9% (tabl. 1, rys. 3). Zaburzenia reaktywne określano zwykle jako reakcje paranoicznopieniacyjne o nasileniu psychotycznym, wystąpiły one u 6 osób, a powodem ich powstania i rozwoju były uprzednie rozstrzygnięcia sądowo-administracyjne, niekorzystne dla nich lub nie po ich myśli. U jednej stwierdzono nerwicowe zaburzenia reaktywne (tabl. 2 i 3). Zaburzenia reaktywne były więc tu przyczyną kolizji z prawem, a nie jej

skutkiem. Zwykle kolejne sprawy karne zastrzały te zaburzenia. U 5 osób rozpoznano zespół psychoorganiczny jako czynnik usposabiający do rozwoju reakcji psychotycznej. Przeważały osoby w średnim i podeszłym wieku z przeciętnym lub wyższym poziomem umysłowym.

(5) Inną, znaczącą grupę 72 osób wydzielono wśród pacjentów *podjezanych lub oskarżonych o znęcanie się nad rodziną* (czyn z art. 184). W latach 1991–1995 było ich na obserwacji 52, zaburzenia reaktywne stwierdzono tylko u 3 osób, tj. u 6% (tabl. 1 i 2). W latach 1996–1997, w grupie 20 osób z tego rodzaju zarzutem, aż 6 osób, tj. 40%, ujawniało zaburzenia reaktywne. Łącznie w latach 1991–1997 zaburzenia reaktywne ujawniało 11, tj. 15,2%. Liczba obserwowanych osób z tego rodzaju zarzutami istotnie więc wzrastała. Były to osoby z diagnozą zespołu psychoorganicznego, uwikłane od lat w konflikty rodzinne. U większości z nich rozpoznawano zespół zależności alkoholowej (ZZA). Prawdopodobnie wzrost reakcji obronnych o charakterze zaburzeń reaktywnych i adaptacyjnych ma związek z surową karą stosowaną wobec tych sprawców i nagłaśnianych informacji o przemocy w środowiskach rodzinnych.

(6) *Sprawcy kradzieży, włamań, rozbojów* (czynów z art. 203, 208 i 210) rzadziej niż w latach 1960–1970 ujawniali zaburzenia reaktywne. W grupie osób przebywających na obserwacji w latach 1991–1995, liczącej 60 pacjentów, wystąpiły one tylko u 5 obserwowanych, czyli u co dwunastego, tj. u 8% (tabl. 1). W latach 1996–1997 w grupie 23 osób wystąpiły one u 5, tj. u 22%, co wskazuje na tendencję wzrostową. Warto przypomnieć, że z badań Uszkiewiczowej [41] (rys. 1) wynikało, iż w latach sześćdziesiątych właśnie ta grupa osób ujawniała najczęściej psychotyczne zaburzenia reaktywne i zróżnicowane formy symulacyjno-obronne (70–80% badanych). Być może jednym z powodów zmniejszenia się ilości zaburzeń reaktywnych w tej grupie sprawców są obecne zmiany w regulaminach więzien-

nych, zmniejszenie rygorów, cały szereg ulg i przywilejów, humanizacja odbywania kary, a także wysokość ferowanych wyroków. Nie można wykluczyć, że powodem reakcji obronnych o charakterze zaburzeń reaktywnych depresyjnych jest próba uzyskania zwolnienia z aresztu, zapobieżenie stosowaniu sankcji, o czym świadczą posiadane przez tych sprawców liczne zaświadczenia lekarskie, potwierdzające leczenie w poradni zdrowia psychicznego (z rozpoznaniem padaczki, stanów lękowo-depresyjnych). Poziom umysłowy w tej grupie sprawców jest zróżnicowany, przeważa jednak niski. Z rozpoznań osobowości najczęściej mamy do czynienia z zaburzeniami rozwoju osobowości. Reakcje obronne mają charakter skarg na różne dolegliwości somatyczne, bezsenność, obniżenie nastroju, niekiedy (zwykle przez krótki okres) usiłują oni symulować, głównie zaburzenia pamięci, niekiedy omamy słuchowe i wzrokowe.

OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki zdają się potwierdzać założenia postawione we wstępie. Niewątpliwie zarysowuje się nowa tendencja w strukturze przestępczości osób kierowanych na obserwację, tak z uwagi na rodzaj czynu, jak i ujawniane zaburzenia reaktywne. W świetle uzyskanych wyników należy stwierdzić, że najczęściej spośród 520 pacjentów skierowanych na obserwację w badanym okresie, bo aż 287, tj. 56,6% obserwowanym przedstawiono zarzut z art. 148 kk (usiłowanie lub popełnienie zabójstwa). Należy jednak podkreślić, że pacjenci z tego rodzaju podejrzeniem lub oskarżeniem są niejako obligatoryjnie kierowani na obserwację. Istotniejszym jest fakt, że w tej grupie pacjentów tylko 33, tj. 11,4% ujawniało zaburzenia reaktywne. Najwięcej zaburzeń reaktywnych stwierdzono wśród sprawców przestępstw gospodarczych – 61,2%, następnie u sprawców przestępstw drogowych – 47,6% i u osób podejrzanych lub oskarżonych o znieważenia, pomówienia i oszczerstwa. Nasilenie tendencji

wzrostowych charakteryzuje w kolejności grupy: sprawców przestępstw drogowych, gospodarczych, osób znęcających się nad rodziną (tabl. 1, rys. 3).

Najbardziej kontrowersyjną grupę, z uwagi na celowość obserwacji uzasadnianą stwierdzanymi zaburzeniami reaktywnymi, stanami depresji, zróżnicowanie diagnostyczne tak w zakresie diagnozy klinicznej, jak i sądowo-psychiatrycznej, stanowiły osoby skierowane na obserwację w związku z podejrzeniem lub oskarżeniem o przestępstwa gospodarcze. Nie zawsze wnioski o obserwację uzasadniają wątpliwości co do stanu psychicznego tych osób. W grupie 520 pacjentów przebywających na obserwacji w latach 1991–1997, zaburzenia reaktywne ujawniało 90, tj. 17,3%, w latach 1991–1995 w grupie 370 pacjentów wystąpiły one u 50, tj. 13,5%, a w latach 1995–1996 w grupie 150, u 40 osób, tj. 26,7% (tabl. 1). Wskazuje to na procentowy wzrost liczby osób ujawniających zaburzenia reaktywne, poddanych obserwacji sądowo-psychiatrycznej.

Warto nadmienić, że w liczbach bezwzględnych najwięcej zaburzeń reaktywnych występowało u badanych w grupie zabójców (tabl. 3, rys. 2). Jeśli jednak dokona się procentowego ich wydzielenia z ogólnej liczby ($n=90$) stanów reaktywnych – to należy pamiętać, że procent ten nie oddaje faktycznej częstotliwości występowania zaburzeń reaktywnych w tej grupie, bowiem, jak wspomniano, aż 56% obserwowanych w Klinice – to pacjenci podejrzani o dokonanie zabójstwa.

Wyniki z tabl. 1 i rys. 3 zdają się potwierdzać zależność pomiędzy rodzajem czynu a zaburzeniami reaktywnymi. Niewątpliwie tego rodzaju zależność występuje w grupie sprawców popełniających przestępstwa gospodarcze, drogowe, znieważenia, pomówienia i oszczerstwa i osób znęcających się nad rodziną.

Jako całość, a także w zależności od wydzielonego rodzaju przestępstw, grupę badanych osób z zaburzeniami reaktywnymi charakteryzowały się następującym wiekiem.

Najwięcej było osób w wieku 20–29 lat (23 osoby), mniej w przedziałach: 30–39 (19 osób) i 40–49 lat (17 osób). Osób najmłodszych, do 19 roku życia było 21. Najmniejsza była liczebność w przedziałach 50–59 i powyżej 60 roku życia (rys. 7). Tak więc w wieku od lat 19 do 49 – w sumie 80 osób. Najwięcej sprawców podejrzanych o przestępstwa gospodarcze, wypadki drogowe i zabójstwa odnajdywano w przedziałach wiekowych: 20–29, 30–39 i 40–49 lat. W grupie osób ujawniających zaburzenia reaktywne (rys. 8) najwięcej osób posiadało wykształcenie zawodowe – 35, w następnej kolejności podstawowe – 17 osób. Wyższe zdobyło 8 podejrzanych. Przeważnie osoby podejrzane o przestępstwa gospodarcze posiadały wykształcenie wyższe lub średnie. Poza formalnym wykształceniem osoby te przejawiały rzutkość i przedsiębiorczość. W okresie przed aresztowaniem prowadziły legalną lub nielegalną, rozległą działalność gospodarczą, kierowały zespołami ludzi, pełniły kierownicze stanowiska, były właścicielami lub współwłaścicielami firm, posiadały znaczny majątek. Działalność ta wymagała dużej inicjatywy, inteligencji, odporności psychicznej, ze względu na konkurencję, zakres i rodzaj ryzyka.

Najczęstszym rozpoznaniem w grupie osób ujawniających zaburzenia było stwierdzenie zaburzeń osobowości, występowało ono głównie w grupie osób podejrzanych o zabójstwa i przestępstwa gospodarcze. Częstym rozpoznaniem było również stwierdzenie stadium zespołu psychoorganicznego, charakteropatyczno-otępiennego – u 15 osób, lub neurastenicznego – u 17. Na rys. 9 przedstawiono diagnozy będące podłożem wystąpienia zaburzeń reaktywnych.

Największą trudność stanowi odpowiedź na pytania, jakich kategorii sprawców i jakich stanów reaktywnych najczęściej dotyczyły rozbieżności w opiniach biegłych oraz – w jakim stopniu błędna diagnoza kliniczna wynika z braku doświadczenia biegłych i stosowanych przez nich kryteriów orzeczniczych, a w jakim – z innych, pozamerytorycznych czynników?

Jeśli chodzi o pierwszą część pytania – to uzyskane wyniki zdają się upoważniać do stwierdzenia, iż dotyczyły one osób podejrzanych o przestępstwa gospodarcze i drogowe. Duże wątpliwości budziła zasadność kierowania ich na obserwację, a więc uzasadnienie wątpliwości co do stanu psychicznego tych osób – wobec informacji o ich funkcjonowaniu bezpośrednio przed czynem. Potwierdzają to wyniki naszych badań i przeprowadzonych przez innych autorów [12, 30, 34]. Rozstrzygającym te wątpliwości (często nagłaśnianych w prasie, a nawet będących przedmiotem dochodzenia prokuratorского) kryterium może być jedynie analiza uprzedniej dokumentacji lekarskiej, w tym także analiza wcześniej wydanych opinii sądowo-psychiatrycznych, a ta wskazuje na rażące błędy. Z reguły pacjenci ci nie byli badani przez psychologów z zastosowaniem odpowiednich metod, jak np. MMPI, DKO, skale depresji, skala efektu wydarzenia, test SUI [15, 34, 38]. Od kilku lat sygnalizowany jest problem przekraczania kompetencji biegłych. Wśród niepożądanych zjawisk, można wyróżnić następujące:

-
1. biegli ulegają wpływom osób przeciwko którym prowadzone jest śledztwo,
 2. biegli nazbyt często wydają zaświadczenia, których treść przekracza ich kompetencję, a nadto nie ma potwierdzenia w prowadzonej dokumentacji lekarskiej,
 3. biegli przejmują rolę adwokata, samowolnie podejmując czynności, bez postanowienia organu procesowego.
-

Na podstawie przeprowadzonych przez nas badań można stwierdzić, że w latach 1991–1997 mieliśmy do czynienia orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym ze znaczącym wzrostem rozpoznawania depresji i symulacji depresji w (rys. 5 i 6, por. z rys. 4 – wyniki Uszkiewiczowej). Nie ma rozbudowanych zespołów zaburzeń reaktywnych, które odnotowała Uszkiewiczowa. Być może dla-

tego, że udawanie depresji jest łatwiejsze niż udawanie innych zaburzeń. Demonstrowanie zaburzeń związanych z pobudzeniem czy agresją wyczerpuje osobę poddaną obserwacji. Symulowanie zaburzeń myślenia wymaga stałej kontroli swoich wypowiedzi, koncentracji, pewnej wiedzy [7, 24, 34, 41]. Udawanie depresji z wypowiedzianiem myśli samobójczych w poradni zdrowia psychicznego ułatwia uzyskanie skierowania do szpitala psychiatrycznego. Z reguły lekarz dyżurny czy biegły badający w trybie ambulatoryjnym unikają rozstrzygnięcia tego dylematu, jest to zbyt ryzykowne. Kierują badanego do szpitala, ten zaś zdobywa dzięki temu dowody o pobycie w szpitalu psychiatrycznym z powodu depresji i na tej podstawie stara się o zwolnienie z aresztu śledczego lub jest to powodem zgłoszenia wniosku o badanie sądowo-psychiatryczne odnośnie jego zdolności do uczestniczenia w rozprawie sądowej.

Przekroczenie uprawnień, sytuowanie się biegłych w roli adwokata, brak odpowiedzialności w niesieniu pomocy, nie służy pacjentowi, z pewnością utrudnia proces diagnostyczny. Zaangażowanie biegłych, ich niewielkie doświadczenie, dwutorowość działania wskazująca na udział czynników pozamerytorycznych utrudnia proces diagnostyczny, wydłuża przebieg postępowania przygotowawczo-karnego. Jest okazją do powoływania kolejnych zespołów biegłych. Nie jest też oczywiste, czy korzystnie wpływa na stan psychiczny osoby podejrzanej czy oskarżonej. Doświadczeni psychiatrzy [8, 25, 40, 41] stwierdzają, że korzystne jest rozstrzygnięcie i osądzenie, ponieważ powoduje ono ustąpienie zaburzeń reaktywnych.

Najtrudniej odpowiedzieć psychologowi na pytanie, na w jakim stopniu rozpoznania obarczone są błędną diagnozą kliniczną, która wynika z braku doświadczenia biegłych i stosowanych przez nich kryteriów orzeczniczych lub innych czynników pozamerytorycznych. Łatwo bowiem postawić biegłym zarzut niekompetencji. Hajdukiewicz, Pobocho, Pużyński, Szymusik [12, 34,

35, 40] wyraźnie stwierdzają, że lekarze mają współcześnie trudności z rozpoznawaniem zaburzeń reaktywnych lub postaw obronnych. Występują nie tylko trudności, ale i rozbieżności, które, poza brakiem doświadczenia biegłych, zdają się wynikać nie tylko ze spotykanej w tych zaburzeniach zmienności obrazów i ich nasilenia, przebiegu zdarzeń, mieszania się form reaktywnych z obronnymi, ale także od tego, iż pojawiają się nowe klasyfikacje tych stanów ujęte w kolejnych wersjach *Międzynarodowej klasyfikacji chorób*. Szczególnie dotyczy to depresji reaktywnej, która była w badanej i opisywanej tu grupie rozpoznaniem najczęstszym (rys. 6).

Cytowane w niniejszej pracy rozbieżności w diagnozie, uwarunkowane brakiem doświadczenia biegłych, czynnikami pozamerytorycznymi, ale także niestosowaniem istniejących obiektywnych metod, potwierdzają trudności diagnostyczne. Należy pamiętać, że w depresji, z jaką mamy do czynienia u pacjentów przebywających na obserwacji, przeważa postać depresji udawanej lub agrawacji tego rodzaju objawów. Rozpoznawania tej postaci depresji, czy wręcz jej symulacji, nie można się nauczyć bez możliwości praktyki w oddziałach prowadzących obserwację, posiadających doświadczenie i wyspecjalizowaną kadrę pracowników. Wyniki naszej pracy, doświadczenia innych biegłych i cytowanych przez nich opracowań dowodzą, że niepokojąco wzrasta ilość błędnych orzeczeń, co zdaje się potwierdzać słuszność poglądu Pobochoy [34], iż „termin depresja udawana oznaczałby, iż opiniowany udaje, że ma depresję, a biegły udaje, że ją widzi”. Aktualne doniesienia prasowe zdają się potwierdzać tezę, iż można mieć obawy przed rozszerzaniem się epidemii „udawanych depresji”.

WNIOSKI

Powyższe wyniki, opracowane na podstawie analizy 520 opinii sądowo-psychiatrycznych w latach 1991–1997, zdają się

potwierdzać spostrzeżenia i uwagi wyrażone na wstępie.

1. Zaburzenia reaktywne występują obecnie częściej u osób podejrzanych o przestępstwa gospodarcze (co drugi z obserwowanych) oraz u sprawców przestępstw drogowych (co drugi) – natomiast zdecydowanie rzadziej niż w poprzednich latach (sześćdziesiątych-siedemdziesiątych) występują one u osób podejrzanych o zabójstwo lub jego usiłowanie (u co dziewiątego). Wskazuje to na potrzebę głębszej analizy tego zjawiska – chodzi o prześledzenie mechanizmów powodujących osłabienie oceny popełnionego czynu, wyjaśnienie roli i znaczenia tych mechanizmów, które rzutują na zmniejszenie poczucia winy, nadmierne wypieranie przykrych emocji i poczucie odpowiedzialności. Aktualne zmiany struktury przestępczości zdają się wynikać bardziej z uwarunkowań społecznych, politycznych i ekonomicznych, a także nieprawidłowej socjalizacji, niż ze zmian chorobowych.
2. Nie spotyka się obecnie na szerszą skalę stanów reaktywnych, utrzymujących się latami (poza odczynami paranoicznopieniaczymi).
3. Przeważają stany reaktywne o obrazie nerwicowym, lękowo-hipochondrycznym lub subdepresyjnym, wystąpiły one u prawie połowy osób obserwowanych – 48 (53,3%). Stosunkowo rzadziej występują obecnie psychozy reaktywne. Diagnozę taką ustalono u 21 (23,3%) badanych, u tak samo licznych (21, tj. 23,3%) rozpoznawano postawy symulacyjno-obronne.
4. Niepokoi znaczna rozbieżność w ocenie stopnia nasilenia zaburzeń reaktywnych, dokonywanej przez różne zespoły biegłych (w tym lekarzy z poradni zdrowia psychicznego, u których pacjenci ci leczyli się przed lub po uchyleniu aresztu). Dotyczyło to głównie osób podejrzanych o przestępstwa gospodarczo-finansowe i drogowe. Osoby te często dyspo-

nowały różnymi zaświadczeniami lekarskimi, które trudno było weryfikować.

5. Obecne tendencje zmian w częstości występowania i w obrazie spotykanych zaburzeń reaktywnych mogą być w pewnej mierze związane z przemianami społeczno-gospodarczymi ostatnich lat, które wpłynęły na zmianę systemu norm i wartości oraz stosunek sprawców do swego czynu. Dotyczy to szczególnie sprawców poważnych przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, wśród których zmniejszył się odsetek osób ujawniających zaburzenia reaktywne. Istotny wzrost zaburzeń reaktywnych, głównie pod postacią depresji, odnotowano wśród sprawców przestępstw gospodarczych i wypadków drogowych. Można wnosić, że na zachowanie ich wpływa odmienna motywacja. Jest ono także związane z relatywnym systemem wartości. Odczyny reaktywne osób podejrzanych o przestępstwa gospodarcze mają nikły związek z endogennymi zaburzeniami psychicznymi (najczęściej depresją), są wyrazem postawy obronnej („depresja udawana”) i asocjalności.
6. Nie można wykluczyć, że również zawieszenie wykonywania kary śmierci oraz mniej represyjne wyroki i warunki pobytu w zakładach karnych spowodowały zmniejszenie ilości występowania w tych zakładach ciężkich stanów reaktywnych. Coraz więcej oskarżonych uczy się umiejętnego korzystania z różnych przepisów prawnych dla przedłużenia postępowania procesowego lub uniknięcia odbywania kary. Nie ulega wątpliwości, że w tej sytuacji jakość opinii biegłych, ich umiejętności diagnostyczne i obiektywizm, mają szczególne znaczenie dla poprawienia wizerunku biegłych w oczach wymiaru sprawiedliwości i opinii społecznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Batawia S., Uszkiewiczowa L.: Problematyka zaburzeń reaktywnych i symulacji w praktyce sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej.

- Pam. Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich, Kraków, 22–25.09.1961. PTP, Kraków 1963, 133–135.
2. Bilikiewicz A.: *Psychiatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1960.
 3. Bilikiewicz A., Dolmierski R.: Ekspertyza sądowo-psychiatryczna przypadków symulacji i zespołów sytuacyjnych uwarunkowanych patologicznie. Pam. Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich, Kraków, 22–25.09.1961. PTP, Kraków 1963, 155–158.
 4. Brinbaum K.: *Die psychopathischen Verbrecher*. Leipzig 1926.
 5. Bukowski J., Kocur J.: Analiza działalności biegłych sądowych i lekarzy w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 75–81.
 6. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991, 348–357.
 7. Dąbrowski S.: Z zagadnień symulacji w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Pam. Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich, Kraków, 22–25.09.1961. PTP, Kraków 1963, 146–154.
 8. Dreszer R.: *Zarys psychiatrii sądowej*. PZWL, Warszawa 1964.
 9. Gilarowski W.A.: *Staryje i nowyje problemy psychiatrii*. Moskwa 1946.
 10. Gierowski J.K.: Zaburzenia reaktywne z perspektywy widzenia współczesnej psychologii. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 35–41.
 11. Gruszczyńska W., Bielawski E., Komorowski A.: Zaburzenia reaktywne u kobiet odbywających karę pozbawienia wolności. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 93–97.
 12. Hajdukiewicz D.: Nowe niepożądane zjawiska w praktyce psychiatrycznej, spotykane podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 85–93.
 13. Hajdukiewicz D., Gołębiowska M., Skowrońska J.: Poglądy na znaczenie wyników badań dodatkowych mózgu i ich wpływ na ocenę podatności. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 133–139.
 14. Heitzman J.: Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze. *Psychiatr. Pol.* 1995, 6, 751–766.
 15. Heitzman J.: Zespół pourazowego stresu i ostra reakcja na stres jako diagnostyczna alternatywa zaburzeń reaktywnych w psychiatrii sądowej. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 55–65.
 16. Janikowski A.: *Patologia i terapia chorób umysłowych*. Skład w księgarni Rudolfa Friedleina, Warszawa 1864, 116–143.
 17. Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin 1959.
 18. Kocur J., Majchrzyk Z., Bukowski J.: Zagadnienia etyczne-deontologiczne i prawno-społeczne w psychiatrii sądowej. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 27–31.
 19. Kocur J., Trendak W., Bukowski J.: Zaburzenia reaktywne w medycynie katastrof jako potencjalne zagrożenie porządku prawnego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 31–35.
 20. Kocur J., Trendak W., Bukowski J.: Dowód z opinii biegłych lekarzy psychiatrów w postępowaniu przygotowawczym. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 113–117.
 21. Kocur J., Bukowski J., Majchrzyk Z.: Depresja w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7 (w tym zeszytcie).
 22. Korzeniowski L.: Reaktywne zaburzenia psychopatów i tzw. psychozy więzienne. *Nowiny Psychiatryczne* 1936, z. 1–4.
 23. Korzeniowski L.: Etiologia, patogenez i klinika psychoz reaktywnych u przestępców. Pam. Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich, Kraków, 22–25.09.1961. PTP, Kraków 1963, 135–145.
 24. Łuniewski W.: Pierwiastek reaktywny w psychozach osób więzionych. *Rocznik Psychiatryczny* 1934, z. 23.
 25. Łuniewski W.: *Zarys psychiatrii sądowej*. PZWL, Warszawa 1950, 148–149.
 26. Majchrzyk Z.: *Motywacje zabójczyń*. Alkohol i przemoc w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995, 11–19, 114–117.
 27. Majchrzyk Z.: Niektóre powody relatywizmu twierzeń w opiniach sądowo-psychologicznych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, 115–121.
 28. Majchrzyk Z.: Niektóre teorie psychologiczne wyjaśniające zachowania reaktywne u inwalidów. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 97–105.
 29. Majchrzyk Z.: Zaburzenia reaktywne a psychologiczne reakcje obronne inwalidów. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 65–75.
 30. Majchrzyk Z., Gordon T., Szablewska E.: Zmiany w obrazie reaktywnych zaburzeń psychicznych i ich związek z rodzajami popełnionych przestępstw. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 105–113.

31. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99). ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994, 120–125.
32. Pilecka O.: Zespoły paranoidalno-reaktywne w świetle orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego. *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.* 1960, 1, 105–115.
33. Pobocho J.: Jaki kodeks etyczny biegłego psychiatry? *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 143–149.
34. Pobocho J.: Depresja udawana. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7 (w tym zeszytcie).
35. Pużyński S. (red.): *Leksykon psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1993, 527–528.
36. Pużyński S.: Depresja reaktywna – obraz kliniczny, pozycja klasyfikacyjna. *Lęk i Depresja* 1997, 2, 73–82.
37. Reykowski J.: *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. PWN, Warszawa 1966.
38. Stanik J.: Możliwości diagnozy różnicowej stanów reaktywnych za pomocą testu SUI. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 41–55.
39. Szumowski W.: *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. Wyd. II. PZWL, Warszawa 1971.
40. Szymusik A., Teleśnicki J.: Aktualny obraz zespołów reaktywnych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 9–15.
41. Uszkiewiczowa L.: *Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej*. PZWL, Warszawa 1966.

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