



DEPRESSION AS A PROBLEM IN FORENSIC CERTIFICATION

Elżbieta SKUPIEN¹, Filip BOLECHAŁA²

¹ *Institute of Forensic Research, Krakow, Poland*

² *Chair and Department of Forensic Medicine, Collegium Medicum of Jagiellonian University, Krakow, Poland*

Abstract

The present work focuses on commonly encountered problems and mistakes in forensic reports and psychiatric certificates, concerning persons with a diagnosis of broadly understood depressive syndrome. It was found to be useful to draw attention to the necessity of more precise legal-medical guidelines on the concept of mental illness and to work out uniform criteria of expert reporting in particular groups of cases. The authors have observed that recently the focus of psychiatric expert reporting has increasingly been shifting from the issue of accountability to an assessment of state of health, both in criminal cases and in civil cases. In more than 90% of such cases subjected to expert opinions at the Department of Forensic Medicine, the examined persons had various types of depression diagnosed. In the present work, problems resulting from confrontation of medical documentation with the results of examinations, the commonly occurring problem of a lack of treatment that is appropriate to the diagnosis, and the results for the patient – discontinuation of fulfilment of social roles and marginalisation linked with the iatrogenic influence of a too hasty diagnosis are discussed. To support the conclusions, a justification of a verdict issued by the European Court of Human Rights in Strasbourg has been presented relating to one of the expert reports issued by us. It was found necessary to inform physicians taking part in treatment about the importance of particular medical documents and the responsibility of the doctor issuing them, as well as differences between the approach of the doctor diagnosing and treating patients and the approach of the doctor who is responsible for the difficult task of drawing up a forensic expert opinion.

Key words

Depression; Expert reporting; Psychiatric certification.

Received 21 April 2008; accepted 23 May 2008

1. Introduction

The subject of the present paper is a diagnosis which can be found in the medical documentation of over 90% of persons who are examined in the Krakow Department of Forensic Medicine on the orders of courts and prosecutor's offices. The diagnosis is that of broadly understood "depressive syndrome", mainly of the reactive variety.

From an analysis of the literature, it transpires that this diagnosis is not problematic when certifying in cases connected with expert opining within the limits defined by Article 31 of the Penal Code, or when de-

termining about the manner of protecting persons detained in psychiatric wards and their future. In such cases, depressive disorders are much less frequent than other diagnoses, and when they do occur, then they are of the endogenous or organic mood disorder type [10]. However, our observations indicate that contrary to the general perception of forensic psychiatry as being linked with the issues mentioned above, in recent years the burden (focus) of forensic opining has shifted increasingly to other problems. Even when expert reporting on the basis of Article 31 of the Penal Code, we also have to take into account Article 202 §4 of the Code of Penal Proceedings, which states clearly that

a psychiatrist's opinion must also include, apart from statements concerning accountability when the given act was perpetrated, an assessment of the current mental state of the examined person and her/his ability to participate in judicial proceedings. Hence – independently of the questions posed to the expert, she/he is obliged to make such an assessment [8]. And here there are broad possibilities of diagnosing reactive depressive disorders. It is also obvious that the mental state of a suspect or defendant changes during judicial proceedings. Usually it is not a change for the better, especially in the case of persons in isolation. The amount of times during proceedings that such a person is examined by expert physicians depends on the actions of the counsel for the defence.

In cases being heard at civil courts, forensic opinions concern assessment of ability or inability to make a widely understood declaration of will. These relate not only to attempts to invalidate a will, but also other civil-legal contracts, e.g. a deed of gift, sale, or loan.

In compensation proceedings, forensic psychiatrists have a duty to determine if and what kind of psychological effects were caused by the accident in question, especially when there are no physical effects which could justify the compensation. Courts also frequently turn to experts in order to establish whether sudden loss of a close person might result in the examined person suffering effects that are “more severe than usual”.

Another problem which is especially interesting from a social point of view and that of the media is court rulings in cases of pensions and in cases concerning level of disability.

2. Methodological problems linked to preparation of forensic reports

Each of the problems presented above and giving an answer to questions posed in a decree requires a slightly different approach from the forensic physician to material evidence, and a different method of formulating final conclusions in the report. This is obvious to experienced forensic experts, but the number of these experts is very small. A judgement by the Supreme Court in 1974 stating that it is the court that summons forensic experts at the court's discretion and that experts can be from the register of experts or not, as long as it is known that they have specialist knowledge and there are no reservations as to their impartiality, is still in force. According to the majority of courts, every psychiatrist has such “specialist knowledge”. However, this is only partially true. Physicians, even

distinguished clinicians, cannot always effectively fulfil the role of the expert. The issue of the conflict between the role of the physician and the expert has been raised in various reports, as has the necessity to change one's attitude from an empathic to a neutral one, and a series of other reasons for which an excellent physician may be an imperfect expert [12]. In the experience of the authors of the present work, it transpires that the majority of physicians (not only psychiatrists) have very limited legal knowledge. This manifests not only in the person who is being examined on the orders of the court being perceived as a patient, but also sometimes in the mixing up of basic concepts. That is why before we start further deliberations, it may be advisable to quote some information that is the basis of technical preparation of an expert report.

In criminal proceedings, the state, through its institutions, penalises those people who have acted against binding law. Hence it is difficult to talk about a real equality of rights of both sides, and it is essential to take special care that legal procedure proceeds correctly. In order to fulfil this condition, apart from numerous legal prerequisites there are also two medical ones – ascertainment that the person who is to be punished was able to understand the meaning of her/his act and was able to control her/his behaviour and is currently able to correctly understand the proceedings in progress and submit reasonable declarations. Expert psychiatrists opining alone or together with a forensic psychologist are the ones who assess whether these prerequisites have been fulfilled [2].

In civil proceedings, two parties with equal rights meet in court, but it is the plaintiff who must prove the assertions that are the basis of her/his claim. Such proof can be, among other things, medical documentation or an expert opinion prepared by a forensic physician [10].

Cases heard at courts concerning employment and insurance are among those where forensic experts, on the one hand, have at their disposal especially rich medical documentation, most frequently not corresponding to the clinical state of the examined person, and on the other – because of a lack of unequivocal legal regulations – it is extremely difficult for them to objectively assess the actual state [14].

The court is not interested whether the examined person is healthy or not in any of these cases. Usually a diagnosis is not required either. For the needs of the proceedings, it is necessary to determine if and to what extent a specific function of the organism of the examined person is limited by the state of her/his health [7]. It is also important that the final conclusion of the expert report, being an answer to the question formulated

in the court decree, is written in language understandable by a lawyer. Furthermore, the conclusion must be unequivocally “positive” or “negative”, for only in expert opinions concerning accountability is it acceptable to have an intermediate conclusion [6]. From the observations of the authors of the present work it transpires that this kind of conclusion is the most difficult for physicians who have been summoned ad hoc in the role of forensic expert. It is very common to settle all doubts in favour of the ill person (“the good of the patient”), which in practice results in drawing up of an expert report according to the wishes of the examined. Until now the authors have not seen any definition of how, in this context, one should understand the patient’s good – a central principle of the physician’s code and mission. Observations show that the physician and the patient do not always understand it in the same way. It is also crucial to differentiate short-term good from good understood from the point of view of the patient’s long term future. Depression is a type of illness where there can be clear differences between short-term benefit and long-term good.

The Department of Forensic Medicine does not usually receive cases at the first stage of proceedings. Usually the examined persons have been under the pressure of a specific legal problem for months, and sometimes even years. It is understandable that this situation has certain effects on their life and social functioning, including their state of health. As was mentioned above, physicians who had earlier been in contact with these persons would usually diagnose depressive disorders. Other diagnoses were given exceptionally seldom [13].

Previous observations [1] have allowed us to single out several problems which are important both for the efficient functioning of the law, and, above all, for the future of patients. The word “patient” is used on purpose, because it is not equivalent to the word “ill”. Experience shows that among persons seeking help in psychiatrists’ clinics and hospital wards, apart from people who are really ill, there are also persons manipulating physicians and trying to secure appropriate medical documentation for themselves in anticipation of problems which may occur as a result of their present activity. Such persons, constituting an increasingly numerous group, are among the most disciplined patients, scrupulously keeping their appointments. When appearing for an examination ordered by the court, they arrive with extensive medical documentation, are very knowledgeable about it, and draw the physician’s attention to those records which they consider especially important. They speak at great length and describe their diseases using specialist terms, as if they

were reading from a textbook. They emphasise how ill they are and, without prompting, reveal suicidal thoughts. When asked about the prescription drugs they use, they answer that “everything is in the medical documentation”. Usually, they are not able to give the names of these prescription drugs or they recall them with difficulty, distorting the names. They explain that they are so ill that they are not able to administer the medicines by themselves – they must be “dispensed” by someone from their family. The behaviour of these people is at complete variance with the clinical picture corresponding to their diagnosis.

At the other extreme are patients who are totally passive, hardly answering questions, with whom contact is difficult (difficult to establish a rapport), and with almost no medical documentation. Between these extremes are intermediate stages, where the clinical picture justifies a diagnosis of depressive syndrome or depressive-anxiety disorder of minor or medium intensity, most often, but not always, being of a reactive nature. The first group of examinees consists mostly of persons receiving various pensions and disability allowances/benefits or persons applying for these, whereas the latter two groups are mainly composed of persons who have violated criminal law and so are suspects, defendants or convicted persons. Analysis of the life span of these people shows that the majority of them before being sentenced had exhibited strong psychological resistance. They had run their own businesses on a wide scale, organised efficient criminal groups and had enjoyed respect in their circles. Symptoms of diseases manifested only at the moment when explanatory or penal proceedings against them were commenced. One may thus venture the opinion that the future of these persons depends on the attitude of the first psychiatrist that these people consult in their difficult situation.

3. Conflicting roles of the physician – a real or ostensible problem?

The empathetic, supportive and protective attitude of a physician towards a patient has to be modified in situations where the patient requests a health certificate. Usually a physician is unaware that at this juncture her/his role has changed – from that of a friend and therapist to that of an adjudicator, who can decide whether specific benefits should be awarded. This change of roles requires from them a change in the way they think, and full trust must be replaced by rational thinking and criticism. Contrary to appearances, such an attitude does not conflict with the patient’s inter-

est – however, “interest” here must be correctly understood and does not refer to the short-term interest of the patient. This is especially visible when assessing retrospectively from the perspective of penal proceedings [9].

It is understandable that contact with a prosecutor is a type of stress that exceeds the normal, everyday burdens everyone of us has to deal with, even if we have a clear conscience. It is also understandable that someone who has for years been reaping benefits from activities that are against the law and has become accustomed to a certain way of living, when confronted with a situation of penal proceedings with potentially disadvantageous consequences, threatened not only by loss of property and possessions acquired, but also by the prospect of detention in a penal institution, becomes dejected. Moreover, each suspect has a right to defend her/himself in a way she/he finds appropriate. Escape into illness is very common in such situations, and the psychiatrist is often perceived as a life raft [4].

It is beyond doubt that if a person is in a situation that is difficult for her/him, she/he requires specialist help, so the duty of the physician is to help her/him. But is it really helpful to prepare a certificate that she/he “is being treated because of a severe life-threatening depression that prevents her/him from participation in judicial proceedings”? This kind of certificate starts a vicious cycle, which it is sometimes impossible to stop.

To avoid misunderstanding, it should be emphasised that we are not dealing with feigned depression here, namely the kind where a patient pretends that she/he is suffering from depressive disorders, and the physician pretends she/he can diagnose them. We are referring to those persons, who, as a result of dejection that is natural in their life situation, requiring mostly psychological support, go into a phase of gradually intensifying reactive depressive disorder, usually with an anxiety component, moving on to severe depression with suicidal thoughts or even attempts. These disorders are usually deeper the greater is the threat of punishment, but at least as important, and maybe even more important, is the lengthiness of the proceedings.

To convince a patient who for the first time is asking for a certificate, that it will not solve her/his problems and s/he has to face a difficult situation (in which she/he can have a therapist’s support), requires much more time and effort than preparation of the requested certificate. Tiredness, overloading with work and chronic lack of time mean that physicians very seldom undertake such activity. As a result, the patient believes she/he has found a satisfactory solution.

Often not only the patient, but also the physician is unaware that one certificate does not stop the proceedings. Legal regulations being in force in Poland require monitoring of the state of health of a participant in proceedings and updating of the expert opinion (certificate) every six months. Improvement in state of health results in the necessity of a confrontation with the law. Hence it is understandable that such patients have no motivation for treatment, and the chronic stress which accompanies them translates into a specific style of life. Out of concern that the certificate should be credible, they not only focus on symptoms of dejection and cultivate them assiduously, but also, taking advantage of the accessibility of information in the media, they find more and more symptoms relating to them. At the same time, they do not undertake any professional or social activity because they are worried that someone will see them and inform on them. After some time, they not only neglect their family duties and roles, but also lose interest in their own appearance and hygiene [12]. A growing fear of reality, a lack of prospects for the future and comparing own (current) image with the one remembered from the past – these are factors conducive to a suicide attempt.

4. Suicidal threat – iatrogenic result of therapy?

In this very state, after a dozen or more months, or even years of “treatment”, mainly with the help of certificates, the accused are directed to the authors for consultation. Seeing a patient in such a shape as described above, we are helpless. On the one hand, we know very well that there is no chance of remission of reactive disorders without removing their cause, and hence only a reasonably fast conclusion of proceedings will enable effective treatment. In the correctly understood interest of the examined person, one should then put them on trial as fast as possible and bring the proceedings to an end. On the other hand, the intensification of symptoms not only limits their ability to think rationally, but also the risk of a suicide attempt becomes very high. Even if such an attempt is only a form of protest, it may, just by accident, end fatally.

When preparing an expert report in such cases, it is often difficult to contain one’s astonishment that not only the patient’s family share her/his opinion concerning the necessity to be ill at all costs, but also the physician preparing the certificate for the court has not noticed that her/his patient is becoming really ill. An appropriate intervention at the earlier stages of the dis-

order might have saved the patient from further suffering and from gradually becoming an invalid.

In documentation made accessible by the prosecutor's office or by the court, the brevity of notes which do not correspond to the diagnosis is noticeable, as is the rather inactive, "lightweight" treatment. The reasons for running such documentation constitute material for another article. Here one should only emphasise that writing on the certificate that the health state of a patient constitutes a real threat to her/his life (suicide attempt), requires from the physician not only that she/he undertakes certain actions, but also that she/he documents that such actions have been undertaken. Otherwise, the physician him/herself may become the subject of prosecution.

Suicide attempts and other forms of autodestructive behaviours of persons being in conflict with the law are sometimes treated as evidence for severe depression and usually act as an alarm bell both for forensic experts and for lawyers, resulting in long-term, practically permanent suspension of proceedings. In other countries, attitudes towards such dangers are definitely less liberal than in Poland. The European Court of Human Rights in a judgement issued on October 2000, dealing among other things with an expert report issued by the Krakow Department of Forensic Medicine together with the Clinic of Psychiatry, points out that autodestructive behaviours are not always symptoms of illness – they may result from a subjective feeling of suffering and harm, or they may be a method of putting pressure on prison authorities and the administration of justice, i.e. a form of demonstrative behaviour. Referring to a specific case, the Court acknowledged that personality disorders manifesting as reactive depressive disorders or other predispositions to situational reactions, are not in themselves obstacles to participation in proceedings, or even detention of a suspect. All they require is appropriate medical help [3].

In civil proceedings, including proceedings concerning pensions, diagnosis of severe anxiety-depressive disorders is as common as in penal proceedings. However, the clinical picture is definitely different, and the risk of suicide is very much lower.

5. Problems with interpretation of the law as a cause of varying expert opinions

From the quite broad perspective of assessment of evidence material carried out by the authors, the most puzzling thing is the fact that, on the basis of the same documentation and the same clinical picture, different

forensic experts, sometimes outstanding clinicians with unquestionable authority, come to different conclusions. Situations happen, where the same person, within a short time span, is diagnosed as totally capable of working, partially incapable, or totally incapable of working. Of course it is widely known that depressive disorders are characterised by a considerable quantitative and qualitative variability, which may explain the apparently contradictory opinions. But how should one interpret differences in assessment of the same clinical picture?

The main reason for such a situation, apart from the personality of the expert and how pro-social his/her attitude is, is surely a lack of precise legal regulations. In German law, it has been defined that "incapability to work occurs when an insured person because of an illness or impairment at an unpredictable time is not able to carry out paid work with some regularity or gain remuneration exceeding one seventh of comparable monthly remuneration". Further, it states that "a person who is doing independent work is not incapable of paid work" [5].

In Polish legal regulations, it is not known what partial or total incapability to work means, especially in a situation where a specific person requesting such a certificate does work – about which fact she/he does not always consider it appropriate to inform the physician. Present legal regulations allow a person that is certified as being completely incapable of work to work in a position that is "appropriate to her/his health state". Whether or not a specific position really fulfils this criterion, is left to the subjective judgement of the reporting physician.

6. Discontinuation of professional work as a factor worsening prognosis in psychiatry

Currently psychiatrists are fighting for work for their patients, and also a lot of social advertising campaigns are prepared with the motto "disabled in life, capable in work". Within the framework of this campaign in Krakow, posters have been put up with portraits of distinguished persons (for example Hemingway) with the motto "the mentally ill can work"; however, at the same time patients of psychiatrists receive long-term sick leave without difficulty. One wonders whether in the case of depressive disorders such action (granting long-term leave) is well-grounded; should one not restrict these sick-leaves to short-term periods encompassing only the most difficult time and motivate the patient to go back to work? Long-term sick-leaves for patients with authentic depression, followed

by not very active treatment, are to a patient's disadvantage. Discontinuation of work by these patients results in a loss of motivation to take it up again. Furthermore, inactivity and a worsening financial situation are conducive to deepening of depression. A lack of money to meet the needs of the family and to buy medicines, about which physicians are usually not told, are additional disadvantageous factors deepening the pathological process. If such a patient receives a disability pension for a short period – and binding regulations for adjudicators from the Social Security Agency (ZUS) state that the decision refers to a temporary period – then she/he additionally loses motivation for treatment, because better health means loss of the disability pension. Similarly to penal cases, a vicious circle occurs, which is sometimes impossible to stop.

7. Summary

In this paper, the authors wish – not for the first time – to mobilise the milieu of forensic physicians and lawyers to focus attention on the necessity for more precisely defined medico-legal indicators of the concept of mental illness and to work out clear and uniform criteria of forensic reporting in particular groups of cases. It is also necessary to inform medical doctors about particular types of medical documents and the responsibilities of physicians who prepare them; for example, knowledge of principles concerning what a medical certificate is and what it is for. One of the significant tasks of experienced forensic experts is to educate as many clinical physicians as possible who are already issuing expert opinions or who wish to do so, concerning the difference between the attitude of the physician who is diagnosing and treating the person, and the attitude of the physician who is issuing expert opinions for the justice system. Another important problem that requires broad discussion is the negative iatrogenic influence of the inappropriately applied compassionate attitude of a physician, which especially concerns depressive disorders.

References

1. Bolechała F., Skupień E., Rozpoznanie depresji a zdolność do udziału w czynnościach procesowych, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2006, 56, 48–55.
2. Cieślak M., Spett K., Szymusik A. [i in.], *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991.
3. Kudła v. Poland, no. 30210/96, ECHR, Reports of Judgments and Decisions 2000-XI.
4. Freckelton I., Rationality and flexibility in assessment of fitness to stand trial, *International Journal of Law and Psychology* 1996, 19, 39–59.
5. Freyberger H. J., Schneider W., Stieglitz R. D. [red.], *Kompendium psychiatrii, psychoterapii i medycyny psychosomatycznej*, PZWL, Warszawa 2005.
6. Gierowski J. K., Szymusik A. [red.], *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
7. Greenberg S. A., Shuman D. W., Meyer R. G., Unmasking forensic diagnosis, *International Journal of Law and Psychology* 2004, 27, 1–15.
8. Kolasiński B., Wymagania wymiaru sprawiedliwości wobec biegłych psychiatrów i ich orzeczeń, *Prokurator* 2005, 21, 24–59.
9. Mądro R., Teresiński G., Wróblewski K., Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz na stosowanie środków i wykonywanie kar, *Prokuratura i Prawo* 1998, 4, 46–56.
10. Przybysz J., *Psychiatria sądowa – opiniowanie w postępowaniu cywilnym*, Tumult, Toruń 2005.
11. Przybysz J., *Psychiatria sądowa – opiniowanie w procesie karnym*, Tumult, Toruń 2005.
12. Rogers T., Diagnostic validity and psychiatric expert testimony. *International Journal of Law and Psychology* 2004, 27, 281–290.
13. Skupień E., Kołodziej J., Uwagi biegłych do opiniowania o stanie zdrowia dla potrzeb procesowych, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2000, 50, 301–304.
14. 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, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2004, 54, 65–71.
15. Zyss T., *Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii*, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2005.

Corresponding author

Elżbieta Skupień
Instytut Ekspertyz Sądowych
ul. Westerplatte 9
PL 31-033 Kraków
e-mail: eskupien@ies.krakow.pl

DEPRESJA JAKO PROBLEM ORZECZNICZY

1. Wstęp

Przedmiotem niniejszych rozważań jest rozpoznanie, które pojawia się w dokumentacji lekarskiej u ponad 90% osób badanych w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej na zlecenie sądów i prokuratur. Jest to szeroko rozumiany „zespół depresyjny”, głównie reaktywnie uwarunkowany.

Z analizy piśmiennictwa wynika, że rozpoznanie to nie stanowi problemu przy orzekaniu w sprawach związanych z opiniowaniem w granicach określonych przez artykuł 31 k.k. czy też podejmowaniu decyzji o sposobie zabezpieczenia i dalszych losach osób pozostających na detencji. W takich przypadkach zaburzenia depresyjne znacznie ustępują w swej częstości innym rozpoznaniom, a jeśli się już pojawiają, to mają charakter endogennych lub organicznych zaburzeń nastroju [11]. Jednak spostrzeżenia autorów wskazują na to, że wbrew powszechnemu kojarzeniu psychiatrii sądowej z wyżej wymienionymi zagadnieniami w ostatnich latach ciężar opiniowania coraz bardziej przesuwają się w stronę innych problemów. Nawet przy opiniowaniu w myśl artykułu 31 k.k. należy także uwzględnić art. 202 § 4 k.p.k., który określa wyraźnie, że opinia psychiatrów winna zawierać oprócz stwierdzeń dotyczących poczytalności odnośnie do zarzucanego czynu, także ocenę aktualnego stanu psychicznego osoby badanej i jej zdolności do udziału w postępowaniu. A zatem, niezależnie od kierowanych do biegłego pytań, zobowiązany on jest do dokonania takiej oceny [8]. A tu istnieje już szerokie pole do rozpoznania reaktywnych zaburzeń depresyjnych. Oczywiście jest też tak, że stan psychiczny osoby podejrzanej czy oskarżonej zmienia się w trakcie toczącego się postępowania. Zwykle nie jest to zmiana na korzyść, szczególnie w przypadku osób przebywających w warunkach odosobnienia. Od aktywności obrońcy zależy, ile razy w toku postępowania taka osoba badana będzie przez biegłych lekarzy.

W sprawach toczących się przed sądami cywilnymi opiniowanie dotyczy oceny zdolności lub niezdolności do składania szeroko rozumianego oświadczenia woli. Odnosi się to nie tylko do starań o unieważnienie testamentu, ale także innych umów cywilno-prawnych, np. dokonanej darowizny, sprzedaży czy też zaciągniętego kredytu.

W postępowaniu odszkodowawczym biegli psychiatrzy mają za zadanie dokonanie oceny, czy i jakie skutki psychiczne pozostawił przebyty wypadek, szczególnie wówczas, kiedy nie pozostały skutki fizyczne uzasadniające przyznanie odszkodowania. Wielokrotnie także sądy zwracają się o ustalenie, czy nagła utrata osoby bliskiej

pociągnęła za sobą u osoby badanej skutki „cięższe, niż bywa to zwykle”.

Kolejnym problemem, szczególnie interesującym społecznie i medialnie, jest orzecznictwo rentowe i orzekanie o stopniu niepełnosprawności.

2. Problemy metodologiczne opracowania opinii

Każdy z przedstawionych wyżej problemów i udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w postanowieniu wymaga od biegłego lekarza nieco innego podejścia do materiału dowodowego i innego sposobu formułowania ostatecznych wniosków z opinii. Jest to oczywiście dla doświadczonych biegłych sądowych, jednak liczba tych biegłych jest wyjątkowo nieliczna. Nadal aktualny jest wyrok Sądu Najwyższego z roku 1974 mówiący o tym, że to sąd według swego uznania powołuje biegłych, zarówno z listy, jak i spoza niej, jeśli wiadomo, że posiadają wiadomości specjalne i nie ma zastrzeżeń co do ich bezstronności. W przekonaniu większości sądów każdy lekarz psychiatra takie „wiadomości specjalne” posiada. Jest to jednak tylko częściowa prawda. Nie zawsze lekarz, nawet wybitny klinicysta, potrafi odnaleźć się w roli biegłego. W różnych doniesieniach zwraca się uwagę na konflikt ról lekarza i biegłego, konieczność przedstawiania się z postawy empatycznej na neutralną i szereg innych przyczyn, dla których doskonały lekarz bywa niedoskonałym biegłym [12]. Z doświadczenia autorów niniejszego artykułu wynika, że większość lekarzy (nie tylko psychiatrów) ma niewielką wiedzę prawną. Przejawia się to nie tylko utożsamianiem osoby badanej na zlecenie sądu z pacjentem, ale niekiedy myleniem podstawowych pojęć. Dlatego przed dalszymi rozważaniami wskazane może być przytoczenie pewnych informacji leżących u podstaw technicznego opracowania opinii.

W postępowaniu karnym państwo poprzez swoje instytucje realizuje powinność ukarania człowieka, który postąpił niezgodnie z obowiązującym prawem. Trudno tu zatem mówić o rzeczywistym równouprawnieniu stron. Tym bardziej konieczne jest czuwanie nad prawidłowym przebiegiem procedur. Aby warunek ten był zachowany, oprócz szeregu przesłanek prawnych konieczne są dwie medyczne – stwierdzenie, że osoba, która ma ponieść karę, potrafiła zrozumieć znaczenie czynu i była zdolna do kierowania swoim postępowaniem (poczytalność) oraz obecnie jest zdolna do prawidłowego rozumienia toczących się czynności i składania sensownych oświadczeń. Ocena, czy przesłanki te są zachowane, należy do biegłych psychiatrów opiniujących samodzielnie lub też wspólnie z biegłym psychologiem [2].

W procesie cywilnym przed sądem spotykają się dwie równouprawnione strony, ale to zadaniem powoda jest udowodnienie faktów stanowiących podstawę roszczenia. Dowodem takim bywa między innymi dokumentacja lekarska czy też opinia biegłego lekarza [10].

Sprawy toczące się przed sądami pracy i ubezpieczeń społecznych należą do tych, w których z jednej strony biegli dysponują szczególnie bogatą dokumentacją lekarską, najczęściej nie korespondującą ze stanem klinicznym osoby badanej, a z drugiej – wobec braku jednoznacznych uregulowań prawnych – wyjątkowo trudno im dokonać obiektywnej oceny stanu faktycznego [14].

W żadnym z tych przypadków sądu nie interesuje, czy osoba badana jest zdrowa, czy też chora. Zwykle nie jest także istotne podanie diagnozy. Dla potrzeb procesu konieczne jest określenie, czy i w jakim stopniu konkretna funkcja organizmu badanej osoby jest ograniczona przez jej stan zdrowia [7]. Istotne jest także, aby ten wniosek końcowy opinii stanowiący odpowiedź na pytanie z postanowienia, był sformułowany językiem zrozumiałym dla prawnika. Musi to być także wniosek jednoznacznie „pozytywny” lub „negatywny”, bowiem jedynie w opiniowaniu o poczytalności dopuszczalne jest stadium pośrednie [6]. Z obserwacji autorów niniejszej pracy wynika, że właśnie taki wniosek jest najtrudniejszy do opracowania dla lekarzy powoływanych doraźnie w charakterze biegłych. Powszechnie jest rozstrzyganie wszystkich wątpliwości na rzecz dobra chorego, co często przekłada się w praktyce na opracowywanie opinii takiej, jakiej oczekuje badany. Autorzy nie spotkali się dotychczas z określeniem, jak należy rozumieć owo wynikające z posłannictwa lekarza dobro chorego. Obserwacje wskazują, że nie zawsze lekarz i pacjent rozumieją je jednakowo. Konieczne jest także odróżnienie dobra doraźnego od dobra rozumianego w aspekcie przyszłych losów chorego. Depresja jest takim schorzeniem, w którym wyraźnie zarysowuje się sprzeczność pomiędzy doraźną korzyścią a dobrem perspektywicznym.

Do Zakładu Medycyny Sądowej najczęściej nie trafiają sprawy w pierwszym etapie postępowania. Zwykle badane są osoby, które pozostawały pod presją konkretnego problemu prawnego przez szereg miesięcy, a niekiedy i lat. Zrozumiałe jest, że sytuacja ta powoduje określone skutki w ich życiu i funkcjonowaniu społecznym, w tym także w stanie zdrowia. Jak wspomniano wyżej, lekarze mający wcześniej kontakt z tymi osobami, powszechnie rozpoznawali zaburzenia z kręgu depresji. Inne rozpoznanie zdarzało się zupełnie wyjątkowo [13].

Poczynione obserwacje [1] pozwalają na wyodrębnienie kilku problemów, które są ważne zarówno dla sprawnego funkcjonowania prawa, jak i przede wszystkim dla dalszych losów pacjentów. Słowo „pacjent” zostało użyte świadomie, gdyż nie jest ono równoważne z określeniem „chory”. Doświadczenie wskazuje bowiem na to, że wśród osób poszukujących pomocy w ga-

binetach psychiatrów i na oddziałach szpitalnych oprócz rzeczywiście chorych pojawiają się osoby manipulujące lekarzem i starające się o zabezpieczenie sobie stosownej dokumentacji lekarskiej w przewidywaniu kłopotów, jakie mogą wystąpić w wyniku prowadzonej aktualnie działalności. Osoby takie, stanowiące coraz większą grupę, należą do wyjątkowo zdyscyplinowanych pacjentów skrupulatnie przestrzegających ustalonych terminów wizyt. Zgłaszając się na polecenie sądu do badania, legitymują się obszerną dokumentacją lekarską, są w niej doskonale zorientowani, zwracają uwagę biegłych na te zapisy, które uważają za szczególnie ważne. Wypowiadają się obszernie, opisują swoje dolegliwości w sposób podręcznikowy, używając fachowego słownictwa. Podkreślają, jak bardzo są chorzy, spontanicznie, bez pytania, ujawniają myśli samobójcze. Zapytani o zażywane leki, oznajmiają, że „przecież wszystko jest napisane w dokumentacji”. Zwykle nie potrafią podać nazw tych leków lub też przypominają sobie je z trudem, zniekształcając nazwę. Tłumaczą się, iż są tak chorzy, że nie potrafią dysponować lekami, „wydziela je” ktoś z rodziny. Zachowanie tych osób zupełnie nie odpowiada obrazowi klinicznemu wynikającego z rozpoznania, którym dysponują.

Na drugim biegunie należy umieścić badanych zupełnie biernych, ledwie odpowiadających na pytania, trudnych w kontakcie, a przy tym prawie pozbawionych dokumentacji. Pomiędzy tymi skrajnościami występują pośrednie stadia, w których obraz kliniczny uzasadnia rozpoznanie zespołu depresyjnego czy też zaburzeń depresyjno-lękowych o niewielkim lub średnim nasileniu, najczęściej, chociaż nie zawsze, o charakterze reaktywnym. Pierwsza grupa badanych składa się głównie z rencistów i osób kwalifikujących się do otrzymania renty, dwie pozostałe to głównie osoby mające problem z prawem karnym, a zatem – podejrzani, oskarżeni czy skazani. Analiza linii życiowej tych osób wskazuje, że większość z nich przed pociągnięciem do odpowiedzialności karnej wykazywała dużą odporność psychiczną. Prowadzili oni działalność gospodarczą na szeroką skalę, organizowali sprawnie działające grupy przestępcze, cieszyli się znacznym autorytetem w środowisku. Objawy chorobowe pojawiły się dopiero w momencie wdrożenia wobec nich postępowania wyjaśniającego lub karnego. Można więc zaryzykować twierdzenie, że od postawy pierwszego lekarza psychiatry, do którego zwracają się w tej trudnej dla siebie sytuacji, zależą ich dalsze losy.

3. Konflikt ról lekarza – problem rzeczywisty czy pozorny?

Obowiązująca lekarza postawa empatyczna, wspierająca i ochraniająca pacjenta, wymaga modyfikacji w chwili, w której pacjent ten zwraca się o wydanie za-

świadczenia o stanie zdrowia. Zwykle lekarz nie zdaje sobie sprawy, że w tym momencie zmienia rolę – z przyjaciela i terapeuty staje się orzecznikiem, dysponentem określonych korzyści. Ta zmiana ról wymaga od niego zmiany sposobu myślenia, w miejsce pełnego zaufania konieczne jest włączenie racjonalnego myślenia i krytycyzmu. Wbrew pozorom taka postawa nie jest sprzeczna z interesem chorego, ale interesem właściwie rozumianym, a nie doraźnym. Szczególnie jest to widoczne przy ocenie *ex post* z perspektywy procesu karnego [9].

Zrozumiałe jest, że kontakt z prokuratorem jest stresem przekraczającym zwykle, codzienne obciążenia każdego z nas, nawet jeśli mamy czyste sumienie. Jest także zrozumiałe, że ktoś czerpiący przez lata korzyści z działalności sprzecznej z prawem, przyzwyczajony do określonego trybu życia, w konfrontacji z niekorzystną dla niego pozycją procesową, zagrożony nie tylko utratą zdobytego majątku, ale także perspektywą pobytu w zakładzie karnym, popada w przygnębienie. Ponadto każdy z podejrzanych ma prawo do obrony w taki sposób, jaki uważa za właściwy. Ucieczka w chorobę jest w takiej sytuacji powszechna, a psychiatra bywa postrzegany jako trawata ratunkowa [4].

Nie podlega dyskusji, że jeśli człowiek postawiony w sytuacji dla niego trudnej wymaga fachowej pomocy, to obowiązkiem lekarza jest udzielenie mu tej pomocy. Ale czy na pewno pomocą taką jest wystawienie zaświadczenia, że „pozostaje w leczeniu z powodu ciężkiej, zagrażającej życiu depresji, co uniemożliwia udział w czynnościach procesowych”? Tego typu zaświadczenie uruchamia mechanizm błędnego koła, którego przerwanie bywa niemożliwe.

Dla uniknięcia nieporozumień należy podkreślić, że nie chodzi tu o tzw. depresję udawaną, to znaczy taką, w której pacjent udaje, że cierpi na zaburzenia depresyjne, a lekarz udaje, że je dostrzega. Mówimy o takich osobach, które od naturalnego w ich sytuacji życiowej przygnębienia, wymagającego głównie wsparcia psychologicznego, przechodzą przez fazę stopniowo nasilających się reaktywnych zaburzeń depresyjnych, przeważnie z komponentem lękowym, aż do ciężkiej postaci depresji z myślami, a nierzadko i próbami samobójczymi. Zaburzenia przeważnie są tym głębsze, im większe zagrożenie karą, ale co najmniej równie istotna, jeśli nie istotniejsza, jest przewlekłość postępowania.

Przekonanie pacjenta, który po raz pierwszy zwraca się o wydania zaświadczenia, że to nie rozwiąże jego problemów i musi on stawić czoła trudnej sytuacji (w czym może liczyć na wsparcie terapeuty), wymaga znacznie więcej czasu i wysiłku niż wypisanie oczekiwanego zaświadczenia. Zmęczenie, przeciążenie pracą i chroniczny brak czasu lekarzy sprawiają, iż wyjątkowo tylko podejmują oni takie działanie. W efekcie pacjent jest przekonany, że znalazł satysfakcjonujące go rozwiązanie.

Często nie tylko pacjent, ale także lekarz nie orientują się, że jedno zaświadczenie nie zamyka postępowania. Obowiązujące w Polsce uregulowania prawne wymagają kontroli stanu zdrowia uczestnika postępowania i aktualizowania opinii co sześć miesięcy. Uzyskanie poprawy stanu zdrowia skutkuje koniecznością konfrontacji z prawem. Zrozumiałe jest zatem, że taki pacjent nie ma motywacji do leczenia, a przewlekły stres, jaki mu towarzyszy, przekłada się na konkretny tryb życia. W trosce o wiarygodność zaświadczenia nie tylko skupia się on na objawach przygnębienia i pielęgnuje je starannie, ale także, korzystając z dostępności informacji znajdujących się w mediach, wynajduje coraz więcej objawów, które go dotyczą. Jednocześnie w obawie, że ktoś go zobaczy i „doniesie”, nie podejmuje żadnej aktywności zawodowej, społecznej czy towarzyskiej. Po pewnym czasie zaniedbuje się nie tylko w rolach rodzinnych, ale także traci zainteresowanie swoim wyglądem i higieną [12]. Potęgający się lęk przed rzeczywistością, brak perspektyw na przyszłość i porównywanie własnego obrazu teraz z tym, co było w przeszłości, to czynniki sprzyjające podjęciu próby samobójczej.

4. Zagrożenie samobójstwem – jatrogenny efekt terapii?

Właśnie w takim stanie, po kilkunastu miesiącach, a często i latach „leczenia”, głównie przy pomocy zaświadczeń, oskarżeni trafiają do autorów niniejszej pracy. Oglądając pacjenta w takim stanie, jak opisany wyżej, stajemy bezradni. Z jednej strony wiadomo doskonale, że nie ma szans na ustąpienie zaburzeń reaktywnych bez usunięcia przyczyny, która je wywołała, a zatem tylko możliwie szybkie zakończenie postępowania umożliwi skuteczne leczenie. We właściwie rozumianym interesie badanego należałoby zatem jak najszybciej postawić go przed sądem i doprowadzić do zakończenia postępowania. Z drugiej jednak strony nasilenie objawów nie tylko ogranicza jego zdolność racjonalnego myślenia, ale i stwarza wysokie ryzyko podjęcia próby samobójczej. Nawet, jeśli próba taka ma charakter demonstracji, to zupełnie przypadkiem może skończyć się tragicznie.

Opiniując w takich przypadkach, często nie można się oprzeć zdziwieniu, że nie tylko rodzina takiego chorego podziela jego pogląd o konieczności bycia chorym za wszelką cenę, ale i lekarz wydający zaświadczenia dla sądu nie zauważył, że jego pacjent staje się naprawdę chory. Właściwa interwencja na wcześniejszym etapie zaburzeń mogłaby uchronić takiego pacjenta przed dalszym cierpieniem i stopniowym stawianiem się inwalidą.

W dokumentacji udostępnianej przez prokuraturę czy sąd zwraca także uwagę lakoniczność zapisów nie korespondujących z rozpoznaniem i mało aktywne, niezwykle „delikatne” leczenie. Przyczyny takiego, a nie innego

prowadzenia dokumentacji, stanowią materiał na odrębne opracowanie. W tym miejscu należy tylko podkreślić, że pisanie w zaświadczeniu, że stan chorego stanowi poważne zagrożenie dla jego życia (próba samobójcza), wymaga od lekarza leczącego nie tylko podjęcia określonych działań, ale i udokumentowania, że działania te podjął. W przeciwnym wypadku sam może stać się przedmiotem zainteresowania organów ścigania.

Próba samobójcza i inne formy zachowań autodestrukcyjnych osób pozostających w konflikcie z prawem traktowane bywają jako dowód na ciężką depresję i są zwykle sygnałem alarmowym zarówno dla biegłych, jak i dla prawników, skutkującym wieloletnim, praktycznie trwałym zawieszeniem postępowania. W innych krajach podejście do takich zagrożeń jest zdecydowanie mniej liberalne niż w Polsce. Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z października 2000 r., zajmując się między innymi opinią sądowo-psychiatryczną wydaną właśnie przez krakowski Zakład Medycyny Sądowej łącznie z Kliniką Psychiatrii, wskazuje, że zachowania autodestrukcyjne nie zawsze są przejawem choroby – 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 odniesieniu do konkretnego przypadku Trybunał uznał, że zaburzenia osobowości przejawiające się w postaci reaktywnych zaburzeń depresyjnych lub innych predyspozycji do reakcji sytuacyjnych, nie stanowią same w sobie przeszkody do udziału w rozprawach, a nawet pozostawania oskarżonego w areszcie. Wymagają jedynie zapewnienia mu odpowiedniej pomocy medycznej [3].

W postępowaniu cywilnym, w tym rentowym, rozpoznanie ciężkich zaburzeń lękowo-depresyjnych jest równie powszechne, jak w procesie karnym. Jednak obraz kliniczny jest zdecydowanie inny, a zagrożenie samobójstwem znacznie mniejsze.

5. Problemy z interpretacją prawa jako przyczyna odmiennych opinii

Z dość szerokiej perspektywy oceny materiału dowodowego dokonanej przez autorów, zastanawia głównie fakt, że na podstawie tej samej dokumentacji i tego samego obrazu klinicznego różni biegli, niekiedy wybitni klinicyści o niekwestionowanym autorytecie, dochodzą do odmiennych wniosków. Zdarzają się sytuacje, w których ten sam wnioskodawca, w zbliżonym czasie, zostaje uznany całkowicie za zdolnego do pracy, częściowo niezdolnego i całkowicie niezdolnego. Oczywiście wiadomo powszechnie, że zaburzenia depresyjne cechują się znaczną zmiennością ilościową i jakościową, co może tłumaczyć pozornie sprzeczne opinie. Jak jednak inter-

pretować różnice w ocenie tego samego obrazu klinicznego?

Głównym powodem takiej sytuacji, oprócz osobowości biegłego i jego bardziej lub mniej prospołecznego nastawienia, jest z pewnością brak precyzyjnych uregulowań prawnych. W prawie niemieckim zostało określone, że „niezdolność do pracy zarobkowej występuje wtedy, kiedy ubezpieczona osoba z powodu choroby lub upośledzenia w nie dającym się przewidzieć czasie nie jest w stanie wykonywać z pewną regularnością pracy zarobkowej lub osiągać wynagrodzenia przekraczającego jedną siódmą porównywalnego miesięcznego wynagrodzenia”. Dalej zostało określone: „nie jest niezdolna do pracy zarobkowej osoba, która wykonuje pracę samodzielnie” [5].

W uregulowaniach polskich nie wiadomo, co oznacza częściowa lub całkowita niezdolność do pracy, szczególnie w sytuacji, kiedy konkretna osoba ubiegająca się o takie orzeczenie faktycznie pracuje, o czym nie zawsze uważa za stosowne poinformować lekarza. Aktualne uregulowania ustawowe pozwalają osobie uznanej za całkowicie niezdolną do pracy pracować bez ograniczeń na stanowisku „dostosowanym do jej stanu zdrowia”. Ocenę, czy konkretne stanowisko spełnia te kryteria, pozostawia się subiektywnemu osądowi lekarza orzecznika.

6. Zaprzestanie pracy zawodowej jako czynnik pogarszający rokowanie w psychiatrii

Obecnie lekarze psychiatry walczą o pracę dla swoich pacjentów, a także prowadzone są kampanie reklamowe pod hasłem „niepełnosprawni w życiu, pełnosprawni w pracy”. W ramach tej kampanii w Krakowie pojawiły się plakaty z portretami osób wybitnie zasłużonych dla kultury i nauki (np. Hemingway) i hasłem „chorzy psychicznie mogą pracować”, a jednocześnie pacjenci psychiatrów bez problemu otrzymują wielomiesięczne zwolnienia. Należałoby się zastanowić, czy w przypadku zaburzeń depresyjnych jest to uzasadnione, czy nie warto ograniczyć tych zwolnień do krótkotrwałych okresów obejmujących jedynie najcięższy okres i motywować chorego do powrotu do pracy. Wielomiesięczne zwolnienia lekarskie wystawiane chorym autentycznie depresyjnym, przy mało aktywnym leczeniu, są w istocie działaniem na niekorzyść tych osób. Zaprzestanie przez takich chorych pracy szybko powoduje utratę motywacji do jej ponownego podjęcia. Z kolei beczynność i pogarszająca się sytuacja finansowa sprzyjają pogłębieniu się depresji. Brak środków finansowych na zaspokojenie potrzeb rodziny i na leki, o czym zwykle nie mówi się lekarzowi, to dodatkowe niekorzystne czynniki pogłębiające proces chorobowy. Jeśli taki chory otrzyma rentę na krótki okres, a wytyczne obowiązujące w tym zakresie orzeczników ZUS mówią właśnie o okresowym

orzekaniu, to dodatkowo traci motywację do leczenia, bowiem uzyskanie poprawy stanu zdrowia wiąże się z utratą świadczenia. Podobnie jak w sprawach karnych, powstaje sytuacja błędnego koła, niekiedy niemożliwa do przerwania.

7. Podsumowanie

W niniejszej pracy nie po raz pierwszy autorzy pragną zmobilizować środowisko – zarówno lekarzy biegłych sądowych, jak i prawników – do zwrócenia uwagi na konieczność doprecyzowania prawno-medycznych wykładników pojęcia choroby psychicznej oraz wypracowania jasnych i jednolitych kryteriów opiniowania w poszczególnych grupach przypadków. Za konieczne należy uznać także propagowanie wśród lekarzy leczących wiedzy na temat znaczenia poszczególnych rodzajów dokumentów medycznych i odpowiedzialności ciążyącej na wystawiającym je lekarzu. Przykładem może tu być znajomość zasad, czym jest i czemu służy zaświadczenie lekarskie. Niebagatelną rolę doświadczonych biegłych sądowych jest edukacja szerokich rzesz lekarzy klinicyistów już opiniujących lub pragnących zajmować się tą dziedziną, na temat tego, czym różnić się powinna postawa osoby diagnozującej i leczącej pacjentów od podejścia osoby pragnącej wziąć na swoje barki ciężar zadań opiniodawczych dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości. Za kolejny ważny problem wymagający szerokiej dyskusji, należy uznać również zwrócenie uwagi na błędne i jatrogenne działanie źle rozumianej współczującej postawy lekarza, co szczególnie dotyczy zaburzeń z kręgu depresji.