



INJURY ASSESSMENT IN PENAL PROCEEDINGS: EXPERT WITNESSING PROBLEMS IN CASES WHERE PSYCHOLOGICAL INJURIES OCCUR

Elżbieta SKUPIEN¹, Krzysztof WOŹNIAK²

¹*Institute of Forensic Research, Kraków, Poland*

²*Department of Forensic Medicine, Collegium Medicum, Jagiellonian University, Kraków, Poland*

Abstract

The authors (a psychiatrist and a forensic physician) present issues related to medico-legal assessment of injuries (in the broadest sense) in cases interpreted as primarily falling under Article 157 § 2 of the Penal Code of the Republic of Poland and where a significant role has been ascribed not to “physical” injuries, but to psychological ones – caused by the stress of being a victim or witness of a crime. Two cases dealt with by the authors are presented to illustrate the problem.

Key words

Biological effect; Post-traumatic stress; Forensic experts.

Received 18 January 2010; accepted 7 June 2010

1. Introduction

The theory and practice of the assessment of the biological effects of sustained bodily injuries for (the purposes of) penal proceedings is one of the most important branches of forensic medicine. Specialists in this area belong to a small group of “professional” experts. Unlike clinicians, not only do they have knowledge allowing them to assess the medical effects of a given event, but they also have the necessary knowledge and training to establish whether a cause-effect relationship exists. It is also important that they are able to use language which is understandable to lawyers (and other persons outside the medical profession) and thoroughly justify the conclusions of an expert report. Because of the small number of forensic physicians in Poland in relation to demand, as well as a lack of understanding of the scope of knowledge and competencies of physicians of particular specialties by

lawyers (prosecutor’s offices and courts), quite often medical doctors qualified in other specialties are commissioned to prepare expert reports on the biological effect of the experienced injuries. These are usually clinicians, most often surgeons, whose preparation for such responsibilities is often limited to several hours of lectures on forensic medicine during their medical studies [9, 11]. There is also a tendency to commission very narrow specialist expert reports, closely related to the kind of injuries experienced by a person, which equates the ability to treat a given injury with the ability to opine on its biological effects. What is more, in cases where such assessments are carried out by a forensic physician, there are sometimes accusations that such an expert must have incorrectly assessed the results of injuries, because, for example, in the case of haematoma of an eyelid, assessment should be conducted by an ophthalmologist, in the case of nose injuries – a laryngologist, and assessment of the effect of

any injury to the epicranium requires assessment by a neurologist [4, 11].

As transpires from everyday forensic medical practice, when a court appoints a specific expert, it often causes expert witnessing misunderstandings, because the clinicians who have been summoned as experts – who are often outstanding authorities in their field – describe the state of health of a given person in broad terms, and present the used and recommended methods of treatment, but since they do not understand the basic principles of expert reporting on biological effects nor how the given case relates to provisions of the penal code, they quite often equate a relationship in time with a cause-effect relationship or equate the duration of sick-leave with the duration of a health disorder. Increasingly frequently, cases such as the following are dealt with in the expert witnessing practice of forensic medical departments: initially, just after an event, a first expert witness accepts a classification (of the case) on the basis of Article 157 § 2 of the Penal Code (health disorder lasting not longer than 7 days), but in the course of proceedings and the appointment of successive experts, the health results of an event (usually a beating, but also a transport accident) are interpreted as being more severe and falling under Article 157 § 1, or even Article 156 of the Penal Code (severe health loss, including permanent mental disorder) despite the fact that the dynamics of the post-traumatic changes have not encompassed the occurrence of qualitatively new consequences of experienced injuries, which would provide a basis for a change in the primarily accepted qualification. Cases in which an important role is attributed not to physical results of injuries, but to the influence of stress connected with a critical event constitute a specific group. The cases described below are some examples.

2. Case studies

2.1. Case 1

Female A. B., who, on the day of the incident in question was 18 years old, worked as a sales assistant in a country store owned by her family. A man who was clearly under the influence of alcohol barged into the shop and the examined woman witnessed a scene caused by him. From that time on, A. B. was supposed to have stuttered intensively. The event was reported to the police on the same day. The next day, the woman was examined by a specialist surgeon – a forensic expert, who in his written report stated that as a result of the critical event, A. B. demonstrated a situational re-

action conditioned by stress in the form of a speech disorder, but that it was not possible to determine how long this reaction would affect the functioning of body organs. On the same day, the woman visited a mental health clinic, where she obtained a certificate stating that she needed treatment and was unfit for employment caused by a situational reaction conditioned by stress. On successive days, she provided successive certificates attesting to the intensity of the experienced psychological trauma. Three days after the incident, a specialist in internal medicine stated that the patient had been treated for supraventricular arrhythmias, and after the stressful situation had worsening cardiac status. In the next days and weeks, case files were supplemented with successive certificates from physicians of different specialties and also a psychologist, describing complaints connected with the “shock” she had experienced. From these certificates it transpired that she was unable to work and study and required the assistance of another person in her everyday functioning. The medical treatment did not bring improvement – on the contrary, there was a worsening of the symptoms. These certificates led to the suspect being accused on the basis of Article 156 § 1 point 2 of the Penal Code (causing a different severe disability (from one mentioned in point 1)).

Case files were provided to the authors of this paper at the stage of judicial proceedings. At the request of the defendant’s counsel, an expert report prepared in a scientific institute concerning the injury experienced by the woman was accepted as evidence. Extensive evidence materials were collected in the files. A dozen or more witnesses were questioned: persons present in the shop at the moment of the incident and the woman’s family; relevant medical documentation was also included in the case files. This allowed experts to conclude that during the event, woman A. B. did not sustain any physical injury. There was also no real danger – a counter separated the woman from the rowing person, and at the first sound of the row, her two older brothers came out from the back office; people present in the shop also intervened and led out the man (defendant) who had caused the disturbance.

During the examination of the woman, commissioned by the court and conducted about nine months after the event, the authors of the present paper ascertained a speech disorder involving repetition of the first syllable of every word, with relatively fast and smooth speech without any signs of chanting (repetition of whole words). As transpired from the interview, these abnormalities had persisted continuously since the incident. A. B. herself, together with her mother, strongly denied the occurrence of any previ-

ous problems in this area. In archival outpatient medical records of the woman, there was a lone note concerning an observation of speech (“slurred speech”) made when she was 3.5 years old. Among data concerning later periods there was no information about problems with speech.

When the expert report was being drawn up by the authors of the present paper – a forensic physician and a forensic psychiatrist – they drew attention to the fact that preparing expert opinions on speech disorders for the needs of a criminal trial is a totally unique, almost unheard of occurrence. The state ascertained during the examination indicated an uncharacteristic type of stuttering; however, no simulation was suspected in this area. It was ascertained that the type of stuttering of the woman does not prevent her from communicating effectively with other persons, although it may be a significant hindrance. In conclusion it was accepted that in this case, where the woman did not suffer a head injury, one cannot consider an organic injury as the cause of the speech disorder. They have a functional nature, being reactive symptoms of the experienced stress. In similar cases, a very important, even decisive, role is played by the individual characteristics of the person involved in the event. In other words – for the observed symptom, the occurrence itself is a trigger, but the result depends on individual conditions. In such a situation, one cannot accept stuttering as a violation – as understood under the Penal Code – of the functioning of body organs or as a health disturbance.

After three years, the case was subjected to another expert study. This time the authors were commissioned to prepare a report in a civil case, because A. B. had filed for damages and redress. Upon re-examination, it was observed that the plaintiff was calm and emotionally balanced. She spoke at length on neutral subjects, only stammering slightly. Since the experts did not pose questions concerning the event being the subject of the claim, the examined person at some point tried to take the initiative. Spontaneously, she began to talk in detail of her unpleasant experiences, numerous failures in life, and she did not respond to information that she did not have to return to them, as the experts knew the contents of the criminal case files. In this part of the account, the speech disorders grew significantly and were accompanied by nervous tics of the eyelids. From information included in the case files, it transpired that the plaintiff after the event was on sick leave for 6 months, then she was granted a work incapacity pension due to the event. At this time she enrolled in secondary school for working people, passed her “matura” exam and then attended a vocational course. She also participated in the TV

programme “Talks in progress” as a victim of an assault. When she talked about her appearance, she revived, smiled, and there was a clear discrepancy between the extra-verbal signals and the content of her speech, from which it would appear that participation in the programme was a difficult experience for her, but that “she had decided that she had to take part”. We were not able to determine why she “had to” take such a decision and how her problem reached the journalists. A. B. claimed that she was treated regularly by a psychiatrist and a speech therapist, and when necessary, she also benefited from the help of other doctors. After obtaining the original medical records, it turned out that the declared treatment consisted primarily of obtaining numerous certificates for the court and for social security (ZUS). The following diagnosis was made: “adaptive disorder with predominant stuttering after experienced stress”. The case files also contained a psychiatric forensic report prepared with the assistance of a psychologist. From the report it transpired that the “acute reaction to stress and impaired adaptation” observed in the plaintiff may be a normal consequence of the actions of the defendant, but a speech disorder in the form of stuttering does not meet the criteria of “normality”. Against the background of all the evidence, a letter sent by the head of one of the psychiatric wards at the request of the court was particularly interesting. The letter stated that the plaintiff had visited the outpatient ward twice because of stuttering and personality disorders; both times, treatment did not yield improvement and was discontinued due to difficulties in its completion and complex motivation to achieve improvement, distorted by claim expectations. In response to questions raised in the court during compensatory proceedings, the authors explained that, following the deep stress caused by the critical event, the plaintiff could operate in a disturbed way in social and working life for about six months. During this time, with proper motivation for treatment, the effects of stress should retreat. In the following part of the expert report, attention was paid to the fact that the plaintiff, the eighth child in a rural family, as a result of the event, achieved certain advantages: she remained at the centre of attention of the family, she received a pension, she was counting on obtaining satisfactory compensation. This privileged position deprived her of motivation for effective treatment.

2.2. Case 2

A 20 year old waitress, B. C., in a restaurant in a small town was attacked while at work by an assailant, who entered the premises for the purposes of rob-

bery. She was repeatedly hit on the head with a hard object (as later determined, a pistol butt); she fell, but did not lose consciousness: she saw the attacker take money from a drawer behind the bar. In less than an hour after the event she was admitted to hospital. Five contusions of the epicranium in the frontal and parieto-occipital region of length from 2 cm to 4 cm. The wounds were stitched and dressed. Neurological examination and computer tomography did not indicate the possibility of the victim having sustained damage to the anatomical structures of the brain. Headaches and horizontal nystagmus lasted for a few days. On the sixth day after the occurrence, B. C. was discharged in a good general and local condition with a diagnosis of head injury with numerous contusions to the epicranium.

Two days after the described event, the local pathologist issued an expert report on the effects of the injuries suffered by the victim, stating that the head injury in the form of the five contusions to the epicranium constituted a "violation of normal functioning of the body organs for a period not exceeding seven days". Another expert who prepared a report about six weeks after the incident, a specialist in general surgery, on the basis of analysis of hospital records and archival materials, without examination of B. C., accepted that the effects of the event were the same. In a subsidiary expert report, he considered in detail the weight and shape of the gun, the method of striking, and came to the conclusion that the use of this gun as described in the case file did not cause immediate danger to life or grievous bodily harm.

The deputy auxiliary prosecutor objected to this opinion, saying that the defendant must have been aware that multiple strong blows to the head with a metal object can cause injuries which may be fatal in their effects. He also questioned the accepted classification of the victim's injuries, claiming that "she spent full 7 days just in hospital, and the head of the ward sent her on sick leave for another 21 days". He offered further criticisms, stating that "the potential repercussions of the whole incident on the mental health of the victim should be the criteria that are taken into account when deciding on the need to summon an expert neurologist or psychiatrist". Further on in the case files, there was documentation showing that the injured woman started psychological therapy four weeks after the assault, and due to lack of improvement in her condition, after another four weeks she started psychiatric treatment. In a certificate issued five months after the assault, the psychiatrist made a diagnosis of "post-traumatic stress disorder". It was also described that the patient was clearly depressive, anxious, afraid to

be alone, and had recurring intrusive thoughts about the attack and the current threat. The administered combined treatment reduced the severity of these symptoms, but B. C. still required maintenance therapy. The neurological documentation revealed that the injured woman after the attack began treatment for headaches, which she had never had previously. It was also stated that the patient suffered a transient loss of consciousness, because she remembered the circumstances of the attack "vaguely". Neurological examination revealed "discrete convergent strabismus of both eyes and discreet nystagmus" as effects of the sustained head injury.

In preparing an expert report in this case, the authors of this article ruled out ocular symptoms as neurological consequences of the head injury, because the available documentation revealed that the injured woman had undergone strabismus surgery in her childhood. Her testimonies submitted on the day of the attack and on successive days also made it possible to exclude even short-term loss of consciousness. In this situation, the classification of the physical effects of the attack remained unchanged. However, the problem of mental effects remained to be solved. Assessing these effects in the context of all of the evidence material, the authors concluded that while a person's response to stress largely depends on individual characteristics and as such is rarely taken into account in medico-legal expert witnessing in criminal trials, given the circumstances, however, in which B. C. sustained injuries, they had to acknowledge that they fulfilled criteria relating to diagnosis of stress that is "substantially in excess of adaptive capacity". Thus, the authors concluded that in the present case, the mentioned stress resulted in a state that could be described as a health disorder lasting more than seven days, as defined in Article 157 § 1 of the Penal Code.

3. Discussion

The described cases concern assessment in criminal trials of injuries sustained in apparently identical situations. Both examined women reported that they had been assaulted. After becoming familiar with the evidence, it turned out, however, that in the case of A. B., there was no physical injury, and her safety was not threatened in any way. At the same time, the examined woman on the day following the incident mobilized all her energies in order to prove that she had suffered "shock", which resulted in serious consequences for her health. It is difficult to talk about treat-

ment in this case, because the aim of each successive medical visit was to obtain a successive certificate.

In the case of B. C., the assault was connected with a real threat to her health and even life. The resultant afflictions which she experienced were so onerous that she decided to undergo treatment. However, information about this fact appeared in the file only at a later date thanks to her attorney; the injured woman herself did not demonstrate any activity in the process.

Both expert reports were complex ones, involving collaboration between a psychiatrist and a forensic physician (in the second case, the team also included a specialist neurologist). Thanks to the fact that the authors could take advantage of all the evidence material, it was possible to make adequate qualifications to draw valid conclusions. However, it often happens that a forensic expert has access to incomplete evidence material, and finds out from the injured person about the course of events, without attempting to verify this information. S/he also does not have access to the complete documentation prepared by a psychiatrist, but only to certificates of treatment. Expert reporting on an injury in such a case involves a high risk of presentation of an erroneous opinion. While in civil cases, there is no statutory right to request to fill the gaps in evidence material, in criminal proceedings the expert is entitled to this right and s/he should use it [8].

The effects of injuries to other parts of the body do not cause as great problems in expert reporting as the effects of head injuries [4]. Victims are often convinced that even if immediately after the incident there are no clinical signs of trauma, and imaging examinations show no bruising or bleeding focuses, in the future there may be a serious disability. Such convictions on the part of the injured person are often reinforced by the treating physician, neurologist or psychiatrist, who, without objective information on the nature and circumstances of the injury, with complete conviction, at the patient's request, prepares a certificate describing the lasting effects of a serious head injury, without thinking about the iatrogenic significance of such certificates. Attention has been drawn to this issue by authors who are professionally involved in the drawing up of expert reports [2, 5].

The situation of the expert reporting in a criminal case becomes particularly difficult when the evidence shows that the injured person has not suffered a head injury, and the serious health effects are due to experienced stress. Post-traumatic stress disorders are more and more often diagnosed in psychiatric consulting rooms, and they have also found a place in the ICD-10 classification [1] and also in injury percentage tables drawn up by insurance companies. However, these

disorders are not strictly definable, largely depending on previously formed personality characteristics, and their translation into concrete specifications as required by the Penal Code is often impossible. It is not always possible to assess whether medical symptoms demonstrated during an examination and described in documentation are actually occurring and (if they are) with what intensity. Simulation or aggravation of symptoms by persons participating in court proceedings are reported relatively frequently [5, 6, 10, 13]. This problem does not just concern Polish conditions, but has also been noted by psychiatrists in other countries [3].

4. Conclusions

Looking through the current literature, one can observe that expert reporting in criminal trials on injuries in victims, in whom "post-traumatic" mental disorders predominate over physical effects, is still in its infancy. Both handbooks of psychiatry [13] and current reports [6, 7, 12] mainly describe the assessment of symptoms connected with stress in relation to compensatory proceedings. In penal cases these symptoms, often described as reactive, are considered in the context of Article 31 of the Penal Code or else when opining on the defendant's ability to participate in the proceedings. The issue of how to treat symptoms in the psychological sphere defined as "connected with stress" in expert reporting in the case of injured persons has not yet found a place in forensic medicine textbooks.

Therefore, it would be advisable to encourage the adoption of certain principles conducive to unification of opinions. When preparing an expert report, in addition to ascertained symptoms or ones declared by an injured person, it is necessary to know the circumstances of the particular event in order to assess whether it was associated with (a level of) stress which justified the occurrence of such disorders. Furthermore, it is advisable to become acquainted with full documentation drawn up by a psychiatrist and a psychologist and to compare it with the way of functioning of the injured person, transpiring from other information in the file. Fulfilling these conditions can be very difficult for an inexperienced expert, and therefore – and this is a demand addressed to lawyers – one would have to assume that in those cases where initially the consequences of the events are defined as those referred to by Article 157 § 2 of the Penal Code, but at a further stage of the proceedings, psychiatric disorders associated with this event become of primary significance, a team of experts composed of specialists in psychiatry and forensic medicine would be competent to draw up

an expert opinion. Appointment of separate experts of various clinical specialties may result in a judicial body receiving opinions containing different conclusions, and explaining the contradictions – which are sometimes only apparent – will greatly prolong the proceedings.

References

1. Aleksandrowicz J. W., Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10), Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków 1997.
2. Chowaniec C., Chowaniec M., Rozbieżności w opiniowaniu następstw pourazowych pomiędzy psychiatrami a medykami sądowymi w sprawach karnych i cywilnych, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, 9, supl. 4, 121–128.
3. Gaughwin P. C., Problemy pacjentów z zespołem stresu pourazowego w kontekście medycyny sądowej, [w:] Trudne problemy w praktyce psychiatrycznej, Krzyżowski J. [red.], Wydawnictwo Medyk, Warszawa 2009.
4. Głowacki J., Marek Z., Urazy czaszki i mózgu. Rozpoznawanie i opiniowanie, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2000.
5. Hajdukiewicz D., Nieuprawnione zaświadczenia lekarzy psychiatrów w postępowaniu karnym, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005, 14, 371–376.
6. Heitzman J., Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych – klinika, orzecznictwo, *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002, 2, 21–38.
7. Jabłoński C., Chowaniec C., Kobek M. [i in.], Trudności opiniodawcze w ocenie pourazowych zaburzeń neuropsychiatrycznych dla potrzeb postępowania karnego i cywilno-odszkodowawczego, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007, 57, 101–103.
8. Kowalski P., Składzień J., Opiniowanie w sprawach cywilnych i karnych jako problem w praktyce biegłego, *Otolaryngologia* 2004, 97–99.
9. Kunz J., Błąd opiniodawczy w świetle materiału Zakładu Medycyny Sądowej Coll. Med. UJ w Krakowie w latach 1991–1996, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 1998, 48, 35–46.
10. Marcinkowski J. T., Kis-Wojciechowska M., Sobol J., Instrumentalne traktowanie własnej choroby na przykładzie padaczki, *Orzecznictwo Lekarskie* 2008, 118–121.
11. Mądro R., Raport z realizacji zadań i uprawnień Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny sądowej, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2006, 56, 281–287.
12. Nowak A., Chowaniec C., Chowaniec M. [i in.], Całkowita lub znaczna trwała niezdolność do pracy w zawodzie. Uwagi o możliwości weryfikacji kryteriów w opiniowaniu sądowo-lekarskim w sprawach karnych, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2008, 58, 96–99.
13. Przybysz J., Psychiatria sądowa. Opiniowanie w procesie karnym, Fundacja Tumult, Toruń 2005.

Corresponding author

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

OCENA USZCZERBKU NA ZDROWIU DLA POTRZEB POSTĘPOWANIA KARNEGO: PROBLEMY OPINIODAWCZE W PRZYPADKU WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

1. Wstęp

Teoria i praktyka oceny skutku biologicznego doznanych obrażeń ciała dla potrzeb postępowania karnego jest jedną z najważniejszych gałęzi medycyny sądowej. Specjaliści tej właśnie dziedziny należą do nielicznej grupy „zawodowych” biegłych. W odróżnieniu od lekarzy klinicyistów, dysponują nie tylko wiedzą pozwalającą na dokonanie oceny medycznych skutków konkretnego zdarzenia, ale i znajomością zasad poszukiwania przesłanek koniecznych do przyjęcia związku przyczynowo-skutkowego. Istotne jest także, że potrafią się posługiwać językiem zrozumiałym dla prawników (i innych nie-medyków) oraz szczegółowo uzasadnić wnioski wynikające z opinii. Z powodu małej liczebności kadry medyków sądowych w Polsce w stosunku do zapotrzebowania, jak i niezrozumienia zakresu wiedzy i kompetencji lekarzy poszczególnych specjalności przez prawników (prokuratury i sądy), nierzadko do wydania opinii na temat skutku biologicznego doznanych obrażeń powoływani są lekarze wykształceni w zakresie innych specjalności – klinicyści, najczęściej chirurdzy, których przygotowanie do takich obowiązków ogranicza się niejednokrotnie do kilku godzin zajęć z medycyny sądowej podczas studiów medycznych [9, 11]. Zarysowuje się też tendencja do uzyskiwania opinii wąkospecjalistycznych, ściśle związanych z rodzajem doznanych przez pokrzywdzonych obrażeń, utożsamiająca umiejętności leczenia danego obrażenia z opiniowaniem na temat jego skutku biologicznego. Co więcej, w przypadku dokonania takiej oceny przez medyka sądowego niejednokrotnie pojawia się zarzut, że taki biegły musiał niewłaściwie ocenić skutki obrażeń, bo np. w przypadku krwiaka powieki powinien to uczynić okulista, przy obrażeniach nosa laryngolog, a ocena skutku każdego urazu godzącego w powłoki czaszki wymaga oceny neurologa [4, 11].

Jak wynika z codziennej praktyki sądowo-lekarskiej, przyjęcie przez sąd wniosku o powołanie konkretnego specjalisty powoduje niejednokrotnie nieporozumienia opiniodawcze, bowiem klinicyści, będący często wybitnymi autorytetami w danej dziedzinie, powołani w charakterze biegłego, opisują szeroko stan zdrowia badanej osoby, przedstawiają stosowane i zalecane sposoby leczenia, natomiast nie znając podstawowych zasad opiniowania na temat skutku biologicznego i odniesień do dyspozycji kodeksu karnego, nierzadko chociażby utożsamiają związek czasowy ze związkiem przyczynowo-skutkowym czy też czas przebywania na zwolnieniu le-

karskim z okresem, przez jaki trwał rozstrój zdrowia. W praktyce opiniodawczej zakładów medycyny sądowej coraz częściej pojawiają się więc sprawy, w których wcześniej, wkrótce po zdarzeniu, pierwszy opiniujący biegły przyjął kwalifikację z art. 157 § 2 k.k. (rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni), a w miarę trwania postępowania i powoływania kolejnych biegłych skutki zdarzenia (zwykle pobicia, a także wypadku komunikacyjnego) rozrastały się do następstw z art. 157 § 1, a nawet z art. 156 k.k. (ciężki uszczerbek na zdrowiu, w tym trwała choroba psychiczna), mimo że dynamika zmian pourazowych nie obejmowała pojawienia się nowych jakościowo następstw doznanych obrażeń dających podstawy do zmiany początkowo przyjętej kwalifikacji. Szczególną grupę stanowią przypadki, w których istotna rola przypisywana jest nie fizycznym następstwom urazów, ale działaniu stresu związanego z krytycznym zdarzeniem. Ilustrują to opisane poniżej przypadki.

2. Opis przypadków

2.1. Przypadek 1

Kobieta A. B., w dniu krytycznego zdarzenia 18-letnia, pracowała jako ekspedientka w wiejskim sklepie będącym własnością jej rodziny. Do tego sklepu wtargnął mężczyzna znajdujący się pod wyraźnym wpływem alkoholu, a badana była świadkiem wywołanej przez niego awantury. Od tego momentu A. B. miała zacząć się intensywnie jąkać. Zdarzenie zostało zgłoszone policji w tym samym dniu. Następnego dnia pokrzywdzona była badana przez specjalistę chirurga – biegłego sądowego, który w pisemnej opinii stwierdził, że w wyniku krytycznego zajścia u A. B. wystąpiła uwarunkowana stresem reakcja sytuacyjna pod postacią zaburzeń mowy, a nie można stwierdzić, na jak długo reakcja ta naruszy czynność narządów ciała. Tego samego dnia pokrzywdzona zgłosiła się do poradni zdrowia psychicznego, gdzie otrzymała zaświadczenie o konieczności leczenia i niezdolności do pracy zarobkowej z powodu reakcji sytuacyjnej uwarunkowanej stresem. W kolejnych dniach donosiła następne zaświadczenia mające świadczyć o ciężkości doznanego urazu psychicznego. Specjalista internista w trzy dni po zajściu stwierdził, że pacjentka była leczona z powodu nadkomorowych zaburzeń rytmu serca, a po sytuacji stresowej nastąpiło zaostrzenie stanu kardiologicznego. W kolejnych dniach i tygodniach do

akt dołączone zostały następne zaświadczenia lekarzy różnych specjalności, a także psychologa, opisujące dolegliwości związane z „szokiem”, jaki przeżyła. Z zaświadczeń tych wynikało, że jest ona niezdolna do pracy i nauki oraz wymaga pomocy innej osoby w codziennym funkcjonowaniu. Stosowane leczenie nie przynosi poprawy – przeciwnie, obserwuje się pogłębianie się objawów. Te zaświadczenia doprowadziły do postawienia podejrzanemu zarzutu z art. 156 § 1 p. 2 k.k. (spowodowanie innego ciężkiego kalectwa).

Akta sprawy trafiły do autorów niniejszego opracowania na etapie postępowania sądowego. Na wniosek obrońcy oskarżonego dopuszczono dowód z opinii instytutu naukowego na okoliczność doznanego przez pokrzywdzoną uszczerbku na zdrowiu. W aktach zgromadzony został obszerny materiał dowodowy. Przesłuchano kilkunastu świadków: osoby obecne w sklepie w momencie zajścia oraz rodzinę pokrzywdzonej; włączono także do akt stosowną dokumentację medyczną. Pozwoliło to biegłym na stwierdzenie, że w czasie zajścia pokrzywdzona A. B. nie doznała jakiegokolwiek urazu fizycznego. Nie istniało także takie realne zagrożenie – od awanturującej się osoby pokrzywdzona była oddzielona szerokością lady, a na pierwszy odgłos kłótni z zaplecza wyszli jej dwaj starsi bracia; interweniowali także ludzie obecni w sklepie, którzy sprawnie wyprowadzili awanturującego się mężczyznę (oskarżonego).

Podczas badania pokrzywdzonej przeprowadzonego na zlecenie sądu około dziewięć miesięcy po zajściu autorzy niniejszej pracy stwierdzili zaburzenia mowy polegające na powtarzaniu pierwszej sylaby w każdym słowie przy stosunkowo szybkiej i płynnej mowie bez cech skandowania. Jak wynikało z wywiadu, zaburzenia te utrzymywały się nieprzerwanie od momentu zajścia. Sama badana A. B. i jej matka stanowczo zaprzeczyły występowaniu jakichkolwiek wcześniejszych zaburzeń w tym zakresie. W archiwalnej ambulatoryjnej dokumentacji lekarskiej pokrzywdzonej znajdował się jedyny zapis mówiący o obserwacji mowy („mowa u dziecka niewyraźna”) dokonany, gdy miała 3,5 roku. Wśród danych dotyczących późniejszego okresu nie było żadnej informacji o problemach z mową.

Przy opracowywaniu opinii, w którym uczestniczył medyk sądowy i psychiatra, autorzy niniejszej pracy, zwrócono uwagę na fakt, że rozpatrywanie zaburzeń mowy w praktyce opiniowania dla potrzeb postępowania karnego jest zupełnie wyjątkowe, wręcz niespotykane. Stan stwierdzany w czasie badania wskazywał na niecharakterystyczny typ jąkania, jednocześnie nie podejrzewano symulacji w tym zakresie. Stwierdzono, że rodzaj jąkania się pokrzywdzonej nie uniemożliwia jej skutecznego porozumiewania się z otoczeniem, chociaż w istotny sposób może je utrudniać. W konkluzji przyjęto, że w przypadku, kiedy pokrzywdzona nie doznała urazu głowy, nie można rozważać organicznego uszko-

dzenia jako przyczyny wystąpienia zaburzeń mowy. Mają one charakter czynnościowy jako reaktywne objawy przebytego stresu. W podobnych przypadkach bardzo istotną, wręcz decydującą rolę, pełnią cechy osobnicze osoby uczestniczącej w zdarzeniu. Innymi słowy – dla obserwowanego objawu samo zdarzenie jest momentem wyzwalającym, zaś skutek zależy od indywidualnych właściwości. W takim stanie rzeczy nie można przyjmować jąkania jako naruszenia – w sensie kodeksu karnego – czynności narządów ciała czy też rozstroju zdrowia.

Sprawa ta wróciła do opiniowania po trzech latach. Tym razem autorzy powołani zostali do opracowania opinii w sprawie cywilnej wobec wniesionego przez A. B. pozwu o odszkodowanie i zadośćuczynienie. W czasie ponownego badania stwierdzono, że powódka była spokojna i zrównoważona emocjonalnie. Na tematy obojętne wypowiadała się obszernie, tylko nieznacznie się zacinając. Ponieważ biegli nie zadawali pytań dotyczących zajścia będącego przedmiotem roszczenia, w pewnym momencie badana usiłowała przejąć inicjatywę. Samorzutnie zaczęła drobiazgowo opowiadać o swoich przykrych przeżyciach, licznych niepowodzeniach życiowych, nie reagując na informację, że nie musi do nich wracać, ponieważ badający znają treść akt sprawy karnej. W tej części relacji zaburzenia mowy znacznie się nasiliły, a towarzyszyły im tiki mięśni powiek. Z informacji zawartych w aktach wynikało, że powódka po zdarzeniu przez 6 miesięcy przebywała na zwolnieniu lekarskim, następnie przyznano jej rentę z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem. W tym czasie podjęła naukę w liceum dla pracujących, zdała maturę, była słuchaczką studium zawodowego. Uczestniczyła także w programie telewizyjnym („Rozmowy w toku”) jako ofiara napadu. Opowiadając o nim, ożywiła się, uśmiechnęła, przy czym wyraźnie zaznaczała się rozbieżność pomiędzy sygnałami pozawerbalnymi a treścią wypowiedzi, z której wynikałoby, że udział w programie był dla niej ciężkim przeżyciem, ale „musiała się zdecydować”. Nie udało się ustalić, dlaczego „musiała” podjąć taką decyzję i w jaki sposób jej problem trafił do dziennikarzy. Jak twierdziła A. B., systematycznie leczyła się u psychiatry i logopedy, w razie potrzeby korzystała także z pomocy innych lekarzy. Po uzyskaniu oryginalnej dokumentacji medycznej okazało się, że deklarowane leczenie polegało głównie na uzyskiwaniu licznych zaświadczeń dla sądu i ZUS-u. Jako rozpoznanie wpisywano „zaburzenia adaptacyjne z dominującym jąkaniem po przeżytym stresie”. Akta zawierały także opinię sądowo-psychiatryczną opracowaną przy udziale psychologa. Z opinii tej wynikało, że stwierdzona u powódki „ostra reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne” mogą być następstwem normalnego działania pozwanego, natomiast zaburzenie mowy pod postacią jąkania nie wyczerpuje kryteriów „normalności”. Na tle całości materiału dowodowego szczególnie interesujące

było pismo ordynatora jednego z oddziałów psychiatrycznych nadesłane na życzenie sądu. W piśmie tym podano, że powódka dwukrotnie przebywała na oddziale dziennym z powodu zacinania się w mowie oraz zaburzeń osobowości; w obu terminach leczenie nie przyniosło poprawy i zostało przerwane z powodu trudności jego zakończenia i złożonej motywacji do uzyskania poprawy zakłóconej oczekiwaniami roszczeniowymi. Odpowiadając na pytania sądu postawione w postępowaniu odszkodowawczym, autorzy wyjaśnili, że w następstwie głębokiego stresu, jakim było dla powódki krytyczne zdarzenie, mogła ona funkcjonować w sposób zaburzony w życiu społecznym i zawodowym przez około sześć miesięcy. W tym czasie, przy prawidłowej motywacji do leczenia, skutki stresu powinny ustąpić. W dalszej części opinii zwrócono także uwagę na fakt, że powódka, ósme z kolei dziecko w wiejskiej rodzinie, na skutek zajścia osiągnęła określone korzyści: pozostawała w centrum uwagi rodziny, otrzymywała rentę, liczyła na uzyskanie satysfakcjonującego odszkodowania. Ta uprzywilejowana pozycja pozbawiała ją motywacji do skutecznego leczenia.

2.2. Przypadek 2

20-letnia kelnerka B. C. w lokalu w małej miejscowości w czasie pracy została zaatakowana przez napastnika, który wszedł do pomieszczenia w celach rabunkowych. Była kilkakrotnie uderzona w głowę twardym przedmiotem (jak potem ustalono, kolbą pistoletu), upadła, ale przytomności nie straciła: widziała, jak napastnik zabierał z szuflady za barem pieniądze. W niespełną godzinę po zajściu została przyjęta do szpitala. Tam opisano pięć ran tłuczonych powłok głowy w okolicach czołowych i ciemieniowo-potylicznych o długości od 2 cm do 4 cm. Rany zostały zaszyte i opatrzone. Badanie neurologiczne i tomografia komputerowa nie wskazywały na możliwość doznania uszkodzeń struktur anatomicznych mózgu. Przez kilka dni utrzymywały się bóle głowy i poziomy oczopląs. W szóstej dobie po zajściu B. C. została wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z rozpoznaniem przebytego urazu głowy z licznymi ranami tłuczonymi powłok.

W dwa dni po opisanym zajściu na temat skutków doznanych przez pokrzywdzoną obrażeń opinię wydał miejscowy patomorfolog, stwierdzając, że obrażenia głowy w postaci pięciu ran tłuczonych powłok stanowiły „naruszenie prawidłowej czynności narządów ciała na okres nieprzekraczający siedmiu dni”. Kolejny biegły opiniujący w około sześć tygodni po zdarzeniu, specjalista chirurgii ogólnej, na podstawie analizy dokumentacji szpitalnej i materiału aktowego, bez badania B. C., przyjął takie same skutki zdarzenia. W opinii uzupełniającej poddał szczegółowej analizie wagę i kształt pistoletu, sposób zadawania ciosów, aby w konkluzji dojść

do wniosku, że użycie tego pistoletu w sposób podany w aktach nie powodowało bezpośredniego zagrożenia życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała.

Pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego zakwestionował tę opinię, podnosząc, że oskarżony musiał zdawać sobie sprawę z faktu, iż kilkakrotne, mocne uderzenia metalowym przedmiotem w głowę, może spowodować obrażenia prowadzące do zgonu. Zakwestionował także przyjętą kwalifikację obrażeń pokrzywdzonej, zarzucając, że „w samym tylko szpitalu przebywała pełne 7 dni, a od ordynatora oddziału otrzymała zwolnienie lekarskie na 21 dni”. W dalszej części zarzutów podano, że „potencjalne reperkusje całego zajścia na zdrowie psychiczne ofiary powinny stanowić zasadę i niekwestionowaną konieczność powołania w charakterze biegłego lekarza neurologa lub psychiatry”. W dalszej części akt przedłożono dokumentację, z której wynikało, że pokrzywdzona w cztery tygodnie po pobiciu podjęła terapię psychologiczną, a wobec braku poprawy po kolejnych czterech tygodniach rozpoczęła leczenie u psychiatry. W zaświadczeniu wystawionym w pięć miesięcy po pobiciu psychiatra podał rozpoznanie „pourazowych zaburzeń lękowych”. Opisano także, że pacjentka była wyraźnie depresyjna, lękowa, bała się pozostawać sama, nawracały natrętne myśli dotyczące napadu oraz aktualnego zagrożenia. Podjęte skojarzone leczenie spowodowało zmniejszenie nasilenia tych objawów, ale B. C. nadal wymagała terapii podtrzymującej. Z dokumentacji neurologicznej wynikało, że po napadzie pokrzywdzona rozpoczęła leczenie bólów głowy, których wcześniej nigdy nie miała. Zapisano także, że pacjentka doznała krótkotrwałej utraty przytomności, ponieważ okoliczności napadu „nie-dokładnie pamięta”. W badaniu neurologicznym stwierdzono „dyskretny zez zbieżny obu oczu i dyskretny oczopląs” jako skutki przebytego urazu głowy.

Opracowując opinię w tej sprawie, autorzy niniejszego artykułu wykluczyli objawy oczne jako neurologiczne następstwa urazu głowy, bowiem z dostępnej dokumentacji wynikało, że pokrzywdzona w dzieciństwie była operowana na oddziale leczenia zezów. Jej zeznania składowane w dniu napadu i w dniach kolejnych pozwoliły także na wykluczenie nawet krótkotrwałej utraty przytomności. W tej sytuacji kwalifikacja fizycznych skutków napadu pozostawała niezmienną. Do rozstrzygnięcia pozostał jednak problem skutków psychicznych. Oceniając te skutki w kontekście całego materiału dowodowego, autorzy uznali, że co prawda sposób reagowania na stres w znacznym stopniu zależy od cech osobniczych i jako taki rzadko bywa uwzględniany w opiniowaniu sądowo-lekarskim dla potrzeb postępowania karnego, tym niemniej, biorąc pod uwagę okoliczności towarzyszące doznaniu przez B. C. obrażeń, należało uznać, że spełniają one kryteria wymagane do rozpoznania stresu „znacznie przekraczającego możliwości adaptacyjne”. Tym samym autorzy stanęli na stanowisku, że w oce-

nianym przypadku na tym tle doszło do stanu mieszczącego się w pojęciu rozstroju zdrowia trwającego dłużej niż siedem dni, czyli takiego, o jakim mowa w art. 157 § 1 k.k.

3. Dyskusja

Opisane przypadki dotyczą oceny w postępowaniu karnym uszczerbku na zdrowiu doznanego w pozornie takiej samej sytuacji. Obie badane podały, że zostały napadnięte. Po zapoznaniu się z materiałem dowodowym okazało się jednak, że w przypadku A. B. nie doszło do urazu fizycznego, a jej bezpieczeństwo nie było w żaden sposób zagrożone. Jednocześnie opiniowana od następnego dnia po zajściu całą swoją aktywność zmobilizowała w celu udowodnienia, że doznała „szoku” powodującego ciężkie skutki dla jej zdrowia. Trudno w tym przypadku mówić o leczeniu, bowiem każda wizyta lekarska miała na celu uzyskanie kolejnego zaświadczenia dołączanego do akt.

W przypadku B. C. napad łączył się z realnym zagrożeniem dla jej zdrowia a nawet życia. Dolegliwości, które odczuwała, były tak uciążliwe, że zdecydowała się na podjęcie leczenia. Jednak informacje o tym fakcie pojawiły się w aktach w okresie późniejszym dzięki jej pełnomocnikowi; sama pokrzywdzona nie przejawiała żadnej aktywności w procesie.

Obie opinie zostały opracowane w formie kompleksowej przy współpracy psychiatry z medykami sądowym (w drugim przypadku w zespole uczestniczył też specjalista neurolog). Dzięki temu, że autorzy dysponowali pełnym materiałem dowodowym, możliwe było dokonanie adekwatnej kwalifikacji. Często jednak zdarza się, że biegły otrzymuje niepełny materiał dowodowy, a o przebiegu zdarzenia dowiaduje się od osoby pokrzywdzonej, nie podejmując próby weryfikacji informacji z wywiadu. Nie dysponuje także pełną dokumentacją sporządzoną przez psychiatrę, a jedynie zaświadczeniem o leczeniu. Podjęcie się opiniowania o uszczerbku na zdrowiu w takim przypadku wiąże się z wysokim ryzykiem przedstawienia błędnej opinii. O ile w sprawach cywilnych biegły nie ma prawa występować o uzupełnienie braków w materiale dowodowym, to w postępowaniu karnym przysługuje mu to prawo i powinien z niego korzystać [8].

Skutki urazów innych okolic ciała nie budzą takich problemów opiniodawczych, jak urazy głowy [4]. Wśród pokrzywdzonych panuje przekonanie, że nawet jeśli bezpośrednio po zajściu nie było objawów klinicznych urazu, a w badaniach obrazowych nie wykazano ognisk stłuczenia czy krwawienia, to i tak w przyszłości może dojść do poważnego kalectwa. Często w takim przekonaniu osoba pokrzywdzona bywa utwierdzana przez lekarza leczącego, neurologa lub psychiatrę, który nie mając obiektywnych informacji o rodzaju i okolicznościach ura-

zu, z pełnym przekonaniem, na życzenie pacjenta, wypisuje zaświadczenia o trwałych skutkach poważnego urazu głowy, nie zastanawiając się nad jatrogennym znaczeniem tego typu zaświadczeń. Na problem ten zwracają uwagę autorzy zawodowo zajmujący się opiniowaniem [2, 5].

Sytuacja biegłego opiniującego w sprawie karnej staje się szczególnie trudna, kiedy z materiału dowodowego wynika, że osoba pokrzywdzona nie doznała urazu głowy, a poważne dla zdrowia skutki wywodzi z przeżytego stresu. Pourazowe zaburzenia stresowe coraz częściej są rozpoznawane w gabinetach psychiatrycznych; znalazły także swoje miejsce w klasyfikacji ICD-10 [1] oraz w tabelach procentowego uszczerbku na zdrowiu opracowanych przez firmy ubezpieczeniowe. Zaburzenia te mają jednak charakter niewymierny, w znacznym stopniu zależny od wcześniej ukształtowanych cech osobowości, a ich przełożenie na wymierne wymogi stawiane przez kodeks karny jest najczęściej niemożliwe. Nie zawsze też możliwe jest dokonanie oceny, czy demonstrowane przy badaniu i opisywane w dokumentacji lekarskiej objawy rzeczywiście występują i w jakim nasileniu. Zjawiska symulacji lub agravacji objawów przez osoby uczestniczące w postępowaniu sądowym opisywane są stosunkowo często [5, 6, 10, 13]. Problem ten nie dotyczy tylko polskich uwarunkowań, został także zauważony przez psychiatrów w innych krajach [3].

4. Wnioski

Śledząc aktualne piśmiennictwo, można zauważyć, że problem opiniowania dla potrzeb postępowania karnego o uszczerbku na zdrowiu osób pokrzywdzonych, u których zaburzenia psychiczne określane jako „pourazowe” dominują nad skutkami fizycznymi, nie został dotychczas opracowany. Zarówno podręczniki psychiatrii [13], jak i bieżące doniesienia [6, 7, 12] ocenę objawów związanych ze stresem odnoszą głównie do postępowania odszkodowawczego. W sprawach karnych objawy te, często określane jako reaktywne, bywają rozważane w kontekście art. 31 k.k. lub też w opiniowaniu o zdolności oskarżonego do uczestniczenia w postępowaniu. Problem, jak traktować występowanie objawów ze sfery psychicznej określanymi jako „związane ze stresem” przy opiniowaniu w przypadku osób pokrzywdzonych nie znalazł dotychczas miejsca także w podręcznikach medycyny sądowej.

Wobec powyższego celowe byłoby zatem przyjęcie pewnych zasad sprzyjających ujednoczeniu opiniowania. Przy opracowaniu opinii oprócz stwierdzanych czy też deklarowanych przez osobę pokrzywdzoną objawów konieczne jest zapoznanie się z okolicznościami konkretnego zdarzenia, aby dokonać oceny, czy związane ono było ze stresem uzasadniającym wystąpienie takich zaburzeń. Ponadto celowe jest zapoznanie się z pełną do-

kumentacją prowadzoną przez psychiatrę i psychologa i dokonanie jej konfrontacji ze sposobem funkcjonowania osoby pokrzywdzonej wynikającym z innych informacji znajdujących się w aktach. Spełnienie tych warunków może być trudne dla mało doświadczonego biegłego, dlatego też, i to już jest postulat do prawników, należałoby przyjąć, że w tych sprawach, w których pierwotnie skutki zdarzenia określone zostały jako te, o których mówi art. 157 § 2 k.k., a na dalszym etapie postępowania na plan pierwszy wysunęły się zaburzenia psychiczne związane z tym zdarzeniem, do opracowania opinii kompetentny byłby zespół biegłych złożony ze specjalistów psychiatrii i medycyny sądowej. Powoływanie odrębnych biegłych różnych specjalności klinicznych może bowiem sprawić, że organ procesowy otrzyma opinie zawierające odmienne wnioski, a wyjaśnianie sprzeczności, niekiedy tylko pozornych, znacznie przedłuży toczące się postępowanie.