

Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności

Passing opinions in psychic disturbances – difficulties and mistakes

JERZY POBOCHA

Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej

Streszczenie

Praca zawiera zwięzły opis różnic pomiędzy psychiatrią sądową i kliniczną, wskazując na konieczność dokonania przez psychiatrów sądowych weryfikacji objawów, rozpoznań oraz zastosowanego leczenia, w każdym badaniu zleconym przez sąd, oraz znajomości metod i sposobów pozwalających wykryć wiarygodność zebranego wywiadu, zarówno od osób oskarżonych lub pozwanych, jak i świadków określonego zdarzenia. W pracy omówiono trudności na jakie napotyka biegły opiniujący dla sądu i przedstawiono (z konieczności w sporym skrócie) metody i sposoby wykorzystywane do wykrywania symulacji lub agravacji objawów. Podkreślono błędy lekarskie w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychiatrycznych skutkujących procesami sądowymi z powództwa rodziny chorego. Zasygnalizowano potrzebę poszerzenia wachlarza testów psychologicznych stosowanych w Polsce. Wskazano także na potrzebę wykształcenia kadry psychiatrów i psychologów, którzy po wykazaniu stosownej wiedzy i umiejętności otrzymaliby stosowny certyfikat upoważniających ich do orzekania i opiniowania w zakresie zaburzeń psychicznych dla potrzeb instytucji ubezpieczeniowych i sądów.

Słowa kluczowe: *psychiatria sądowa, metodologia, opiniowanie*

Summary

The work briefly distinguishes between the forensic and clinic psychiatry and points out the importance of court psychiatrists to verify the symptoms, diagnoses and treatment used in each medical examination ordered by court. These psychiatrists should also know the methods and techniques that would allow them to check the credibility of the medical history collected from the accused or defendant, as well as the witnesses of a given event.

The thesis describes the difficulties that the court expert meets, and shows the methods and techniques used to detect symptom simulation or aggravation. The work also stresses the doctors' mistakes in the diagnosis and treatment of psychotic disturbances which lead to lawsuit brought in by the patient's family. It indicates the need to widen the range of psychological tests used in Poland. As well as the need to educate a group of psychiatrists and psychologists who would have the necessary knowledge and skills, confirmed with the proper certificate, entitling them to issue medical opinions on psychic disturbances for the court purposes and those of insurance institutions.

Key words: *forensic psychiatry, methodology, issuing opinions*

© Orzecznictwo Lekarskie 2010, 7(1): 50-60

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 12.02.2010

Zakwalifikowano do druku: 03.03.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

ptps@ptps.com.pl

Wstęp

*W zasadzie nie ma takiej niegodziwości,
której nie popełniliby rodacy,
aby otrzymać zaświadczenie o niepełnosprawności,
a co za tym idzie comiesięczne świadczenia finansowe*
www.makbet.pl

Diagnozowanie i opiniowanie psychiatryczne osób starających się o rentę czy odszkodowanie, podobnie jak opiniowanie sądowo-psychiatryczne, wymaga znajomości specyficznej metodologii i praktycznych umiejętności posługiwania się nią [1, 30, 31, 32]. Wynika to ze swoistej dla takich badań innej sytuacji prawnej i psychologicznej,

jaka występuje w relacji pacjent – lekarz, a także potrzeby uzyskania większej niż zwykle trafności i pewności diagnozy oraz oceny prawdopodobieństwa jej pewności [17, 21, 32]. Kiedy sprawa trafia do sądu, to z przepisów prawa wynika, że biegły sądowy ma określone miejsce w procesie jako „osobowe źródło dowodowe” [6, 21, 33, 40], jest „pomocnikiem wymiaru sprawiedliwości” [2, 27]. Jednak psychiatria, podobnie jak i cała medycyna, ma określone wymagania wobec prawa w zakresie interpretacji pojęć prawnych (ustawowych), a nawet ich definiowania [29, 31]. Np. w medycynie sądowej wypracowano definicję „rozstroju zdrowia”, jako następstwa szeroko rozumianego urazu, która

wskazuje na konieczność obiektywizacji objawów i ocen, a nie ich subiektywizacji [24, 41].

Według tej definicji: „Rozstrojem zdrowia [...] może być każda zmiana parametrów fizjologicznych, biochemicznych lub o charakterze psychicznym, [...] która spełnia następujące kryteria:

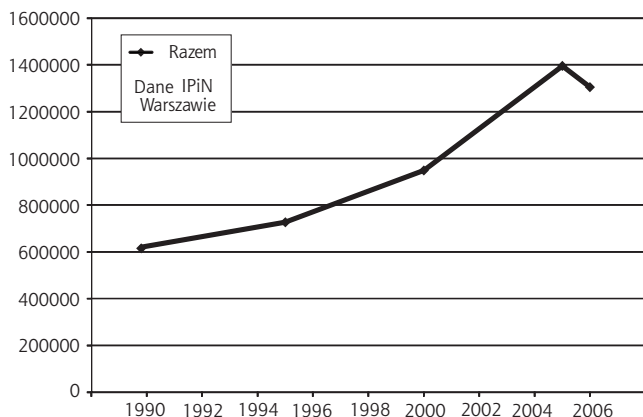
- została zobiektywizowana,
- wykracza poza zakres fizjologicznej reakcji kompensacyjno-adaptacyjnej,
- jest skutkiem konkretnego, szeroko rozumianego urazu, tzn. można wykluczyć jego etiologię chorobową, wpływ wcześniejszego urazu oraz tendencji agrawacyjno-symulacyjnych” [24].

Dlatego reakcja żałoby po śmierci bliskiej osoby, która co do stopnia nasilenia i czasu trwania ma przebieg przeciętny, według kryteriów klasyfikacji ICD-10 nie jest diagnozowana jako zaburzenie psychiczne. Natomiast zespół stresu pourazowego czy depresja mogą i powinny być uznane, jako zaburzenia kwalifikujące do opiniowania uszczerbku na zdrowiu, jeżeli spełniają kryteria diagnostyczne i są potwierdzone obiektywnie: symptomatologią, wywiadem i niezafałszowaną dokumentacją. Wskazuje się jednak, że w przypadku rozstroju zdrowia psychicznego istnieje „ograniczona zdolność metod badawczych i problemy w określeniu etiologii i związku przyczynowego sprawcy” [19, s. 221].

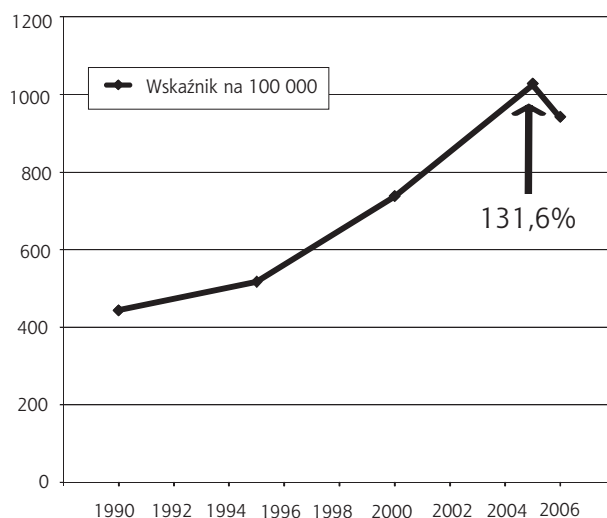
Sytuacja diagnostyczno-orzecznicza zaburzeń psychicznych w Polsce

Oceniając aktualną sytuację diagnostyczno-orzeczniczną w Polsce, należy uwzględnić dane o narastaniu liczby osób leczonych z powodu chorób i zaburzeń psychicznych. Dotyczy to liczby osób leczonych ambulatoryjnie, jak przedstawiono to w tabeli poniżej.

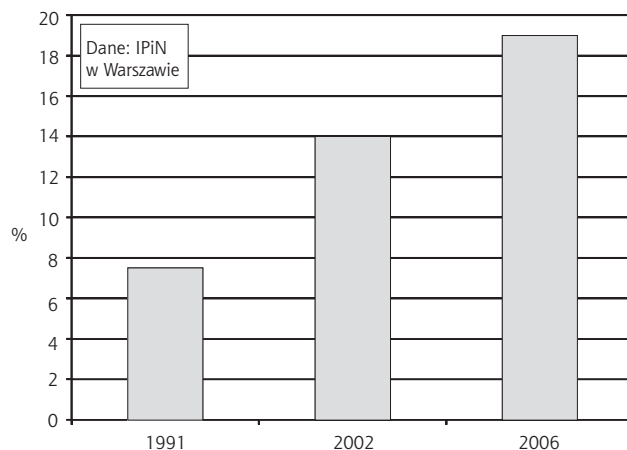
W latach 1990-2006 wskaźnik chorych, u których rozpoznano po raz pierwszy zaburzenia psychiczne na 100 000 populacji, wzrósł o blisko 132%.



Ryc. 1. Liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych ambulatoryjnie w Polsce w latach 1990-2006



Ryc. 2. Wskaźnik na 100 000 ludności pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych po raz pierwszy, w Polsce, w latach 1990-2006

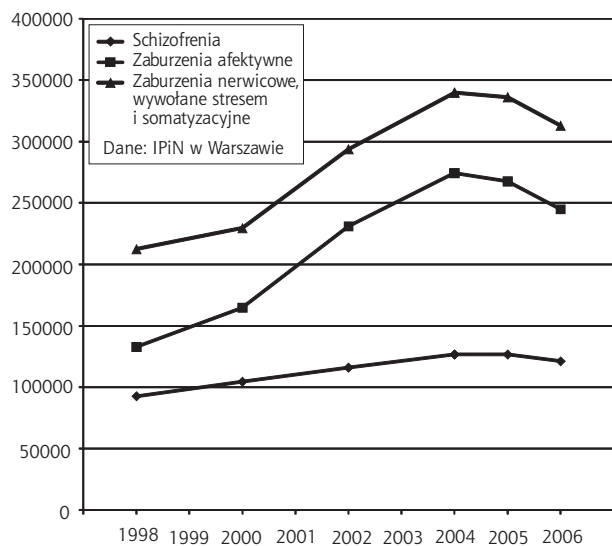


Ryc. 3. Epidemiologia zaburzeń psychicznych w Polsce w latach: 1991, 2002, 2006, w stosunku do całej populacji (dane szacunkowe)

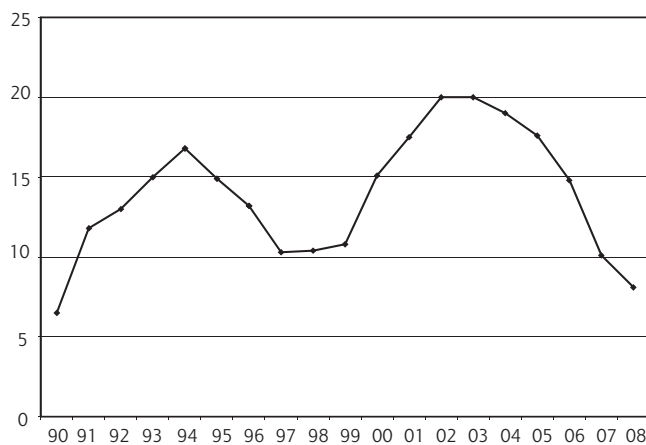
Nastąpił wzrost liczby osób leczonych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych, nerwicowych, wywołanych stresem i somatyzacyjnych.

Pokreślić należy, że zanotowano też wzrost zachorowań na schizofrenię. Jest to nieprawdopodobne, ponieważ zapadalność na tę chorobę na całym świecie utrzymuje się na stałym poziomie – wynoszącym około 0,6-0,8% całej populacji.

Prawdopodobną przyczyną takiego wzrostu jest rozpoznawanie przez lekarzy schizofrenii u osób, które wykazują inne zaburzenia, podobne do schizofrenii, a kodowane w klasyfikacji ICD-10 od F22 do F28 i inne, po to, aby mogli też otrzymywać refundowane leki, które według przepisów NFZ mogą otrzymywać właśnie chorzy na schizofrenię. Sytuacja ta nie wywołała na razie reakcji ze strony np. NFZ.



Ryc. 4. Pacjenci leczeni w poradniach zdrowia psychicznego w Polsce w latach 1998-2006



Ryc. 5. Skala bezrobocia w Polsce w latach 1990-2008 (w procentach)

Wzrost zachorowalności i zapadalności zapewne spowodowany był głównie czynnikami wymienionymi w piśmiennictwie [15] – tj.: stopniem nierówności między klasami społecznymi, kumulacją niepowodzeń i zdarzeniami losowymi (utrata pracy, niski status ekonomiczny itp.). Mimo że w Polsce w latach 2002-2007 wystąpił drastyczny spadek bezrobocia, to jednak dla wielu ludzi, szczególnie w 2009 r., realna utrata pracy stała się problemem ekonomicznym i psychicznym.

Cel pracy

Praca ma na celu przedstawienie specyficznych metod psychiatrii sądowej odróżniających ją od psychiatrii klinicznej, oraz trudności na jakie napotyka psychiatra opiniując dla potrzeb sądu zaburzenia psychiczne wcześniej ustalane przez innych lekarzy. W celu odróżnienia rzeczywistych zaburzeń psychicznych występujących u badanego od udawanych,

motywowanych różnymi przyczynami, psychiatrzy i psycholodzy opracowali szereg sposobów i testów, które mają na celu uściślenie diagnozy i opinii. Od trafności opinii uzależniona jest kara i jej wysokość w sprawach karnych lub wartość świadczenia czy odszkodowania w sprawach cywilnych.

Specyfika psychiatrii sądowej

Metody badania stosowane w psychiatrii mają swoiste możliwości, ale i ograniczenia [13, 31, 32, 34]. Szczególnie dotyczy to przypadków, kiedy badany nie podaje prawdziwych informacji [1, 20, 32, 34].

Badanie w psychiatrii polega na:

- zebraniu wywiadu od badanej osoby,
- ocenie stanu psychicznego – ustaleniu objawów psychopatologicznych:
 - metodą introspekcyjną (badany mówi, pytany lub spontanicznie, o swoim stanie psychicznym),
 - metodą obserwacyjną (rejestruje się i ocenia jego ruchy, mimikę, ogólnie zachowanie w trakcie jego wypowiedzi jw.),
- uzyskaniu informacji (wywiadów) obiektywnych: od rodziny, świadków, danych z akt sprawy np. ubezpieczeniowej itp.,
- wykorzystaniu dokumentacji medycznej [31, 32].

Na pewność diagnozy i oszacowania uszczerbku na zdrowiu wpływ ma, poza wiedzą i umiejętnością psychiatry, stopień prawdomówności badanego i jego zdolności przekazywania kłamliwych wypowiedzi i demonstrowanie nieprawdziwych dolegliwości, np. zaburzeń pamięci, bólów itd. [1, 2, 20, 42].

Tradycyjnie relacje pacjent – lekarz oparte są na zaufaniu i mówieniu prawdy, co leży w interesie pacjenta. Jednak w przypadku chęci uzyskania zwolnienia od pracy, odszkodowania czy renty ten układ często zawodzi [2, 43]. Osoba starająca się o odszkodowanie, jeżeli przekazuje informacje firmie ubezpieczeniowej, jest uprzedzana o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Natomiast nie musi tego robić, jeżeli udziela lekarzowi informacji o sobie i swojej chorobie wtedy, gdy chce uzyskać rentę czy zwolnienie od pracy. Stanowi to swoiste „prawo do kłamstwa” [1, 32, 43].

Dlatego w wielu krajach firmy ubezpieczeniowe starają się kontrolować trafność m.in. badań i opinii psychiatrycznych, korzystając z własnych czy prywatnych detektywów, którzy obserwują zachowanie się i funkcjonowanie np. osoby poszkodowanej w codziennym życiu poza siedzibą firmy ubezpieczeniowej czy placówką służby zdrowia [5].

W USA Binder opisał przypadek 45-letniego mężczyzny, który starał się o uzyskanie inwalidztwa [5]. Badający go na zlecenie firmy ubezpieczeniowej psy-

Tabela I. Porównanie specyfiki psychiatrii klinicznej i psychiatrii sądowej

	Psychiatria kliniczna	Psychiatria sądowa
Metody badania	kliniczne (wywiad, obserwacja, badania specjalne)	kliniczne (wywiad, obserwacja, badania specjalne)
Kwalifikacje (kompetencje) Psychiatry	zróżnicowane, dopuszczalny brak kwalifikacji – specjalizacji	określone: specjalizacja z psychiatrii; w innych krajach: akredytacja, certyfikat specjalizacji z psychiatrii sądowej
Wynagrodzenie psychiatry	mało zależne od jakości i ilości badań	ściśle określone, zależne od ilości badań (niekiedy i jakości)
Specyfika badania	badanie kliniczne aktualnego stanu psychicznego, niekiedy opiniowanie	zawsze badanie aktualnego stanu psychicznego, odtwarzanie stanu psychicznego, np. w okresie czynu, testamentu i opiniowanie
Specyfika kategorii diagnostycznych	zgodne z epidemiologią zaburzeń psychicznych	zgodne z epidemiologią, częściej zaburzenia osobowości, uzależnienia; zaburzenia spotykane tylko w psychiatrii sądowej – np. upicie patologiczne
Symulacja	rzadko	często
Wpływ podkultury	rzadko	bardzo często
Ryzyko agresji, zemsty badanego	małe	duże
Kryteria diagnostyczne	ICD-10, DSM-IV	ICD-10, DSM-IV i specyficzne dla psychiatrii sądowej
Pewność diagnozy	rzadziej analizowana	zawsze analizowana
Dane od pacjenta	nie zawsze weryfikowane	zawsze weryfikowane
Dane obiektywne	często	zawsze
Wywiad środowiskowy	niekiedy	zawsze
Odpowiedzialność lekarza za błąd	rzadko	częściej
Kontrola poprawności diagnozy	wewnątrz instytucjonalna	wewnątrz instytucjonalna oraz prawna (prokuratura, sąd, firma ubezpieczeniowa)
Kontrola poprawności opinii	niekiedy	zawsze

chiatra, opierając się na informacjach od badanego, w opinii stwierdził istnienie „nawracającej depresji”. Po czym pracownik towarzystwa ubezpieczeniowego pokazał mu taśmę wideo z prowadzonej obserwacji tego biznesmena, który „po wyjściu z gabinetu psychiatry śmiało się i rozmawiał ze znajomym, ponieważ szedł na zakupy” [5]. Na tej podstawie psychiatra zmienił opinię, stwierdzając, że mężczyzna ten ma zaburzenia pozorowane (*malingering*).

Wyjątkowo trudne są sprawy, gdzie po kilkunastu latach trzeba odtworzyć i ocenić stan psychiczny osoby, tak jak ma to miejsce m.in. w sprawach o stwierdzenie ważności testamentu czy ustalenia wstecznej daty powstania niezdolności do pracy. W opiniowanej przeze mnie sprawie dotyczącej wyłudzenia od ZUS wielomiesięcznych zwolnień lekarskich m.in. „z powodu depresji”, ale kilkanaście lat wcześniej. Moje wnioski o uzupełnienie akt sprawy o „obiektywne” dane od świadków nie dały rezultatu. Udało się jednak ustalić, że jedna z osób, której miała dotyczyć moja opinia, uczestniczyła w imprezie marketingowej swojej firmy, i jak widać na zdjęciu, siedziała uśmiechnięta, podobnie jak pozostali uczestnicy.

W Australii, agent firmy ubezpieczeniowej obserwował zachowanie się mężczyzny, który od wielu miesięcy był leczony i korzystał ze zwolnień lekarskich z powodu zespołu bólowego, który miał być skutkiem urazu doznanego w czasie wypadku

komunikacyjnego. Wychodząc z kolejnego badania lekarskiego, mężczyzna ten zobaczył, że w jego samochodzie w dwóch kołach nie ma powietrza, co wcześniej spowodował pracownik firmy ubezpieczeniowej. Widząc to, mężczyzna zaczął pompować koła ręczną pompką, nie wykazując przy tym żadnych dolegliwości bólowych, które wcześniej przez wiele miesięcy zgłaszał.

W latach 1995-2005 w Oddziale Psychiatrii Sądowej ZOZ Aresztu Śledczego w Szczecinie przeprowadzaliśmy obserwacje sądowo-psychiatryczne czterech sprawców zabójstw i innych przestępstw, u których uprzednio biegli psychiatrzy, i to po obserwacji sądowo-psychiatrycznej, rozpoznali schizofrenię i uznali za niepoczytalnych. Nieprawidłowe diagnozy w tych opiniach wynikały:

- z błędnej lub celowo zafałszowanej szpitalnej dokumentacji medycznej (lekarz, który ją sporządził został pociągnięty do odpowiedzialności karnej),
- ze zdolności aktorskich i manipulacyjnych tych osób,
- z otrzymania przez opiniowanych neuroleptyków, które utrudniały ocenę ich stanu psychicznego,
- z nieuwzględnienia w ocenie stanu psychicznego obiektywnych danych z akt sprawy: okoliczności i przedbiegu czynu, życiowej i przestępczej sprawności tych osób, włączającej istnienie schizofrenii,

- w jednym przypadku z powodu nieznamości symptomatologii psychiatrycznej padaczki skroniowej.

Częstym skutkiem urazu głowy jest staranie się o uzyskanie orzeczenia o niezdolności do pracy, jednorazowego odszkodowania czy renty. Osoby cierpiące i poszkodowane w wyniku niewielkich urazów głowy szczególnie często szukają odszkodowania na drodze prawnej, jeżeli tylko istnieje taka możliwość, i rzadko zniechęcają się lub rezygnują z powodu czasu i potrzebnego wysiłku, aby wygrać sprawę przed sądem [20, s. 76]. Metaanaliza przeprowadzona przez Bindera i Rohlinga wykazała, że „pacjenci, u których pourazowe badanie neurologiczne wykazało mniej poważne urazy, częściej dążą do uzyskania rekompensaty finansowej” [20, s. 76].

Ocena stanu psychicznego u osób po urazie

Obrażeniom ciała może towarzyszyć również uraz psychiczny. Skutkiem tego może być zespół stresu pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD) oraz skutki neuropsychologiczne po urazie głowy [1, 17, 23]. Przy dokonywaniu oceny stanu psychicznego należy ustalić następujące fakty [1]:

- funkcjonowanie przed urazem,
- stopień narażenia na uraz,
- istnienie wsparcia społecznego (rodzina, znajomi),
- skłonność do innych chorób,
- ryzyko symulowania i chęć uzyskania wtórnych korzyści,
- reakcje po urazie.

Według Simon i Wettstein [1, s. 62] w przypadku roszczeń o odszkodowanie należy zadać pięć pytań:

1. Czy stwierdzone objawy spełniają rzeczywiście kryteria kliniczne zespołu stresu pourazowego.
2. Czy podawany stres był dość silny by mógł wywołać to zaburzenie.
3. Czy badany był w przeszłości badany psychiatrycznie.
4. Czy rozpoznanie zespołu stresu pourazowego opiera się wyłącznie na subiektywnym opisie objawów podawanych przez badanego.
5. Jaki jest aktualny poziom pogorszenia funkcjonowania psychicznego osoby, która stara się o odszkodowanie.

Objektywizacji i standaryzacji diagnoz i ocen psychiatrycznych służą badania psychologiczne, które w Polsce nadal stosowane są zbyt rzadko z powodu braku m. innymi stosownych a przydatnych testów [1].

W badaniach psychologicznych stosuje się test (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Revised*, MMPI-2), który zmniejsza potrzebę stosowania długotrwałej, kosztownej psychiatrycznej obserwacji szpitalnej [1, 10, 13, 23]. Przeprowadzono liczne badania nad trafnością testu MMPI-2 w populacji weteranów wojny wietnamskiej i poszkodowanych, gdzie ustalono, jaki profil testu pozwala z większym prawdopodobieństwem przyjąć istnienie PTSD [1].

W USA opracowano trzy skale służące do pomiaru poziomu urazu doświadczonego przez jednostkę [1]:

1. inwentarz objawów urazu (*Trauma Symptom Inventory* – TSI),
2. lista symptomów urazu u dzieci (*Trauma Symptom Checklist for Children* – TSCC),
3. skala diagnostyczna stresu pourazowego (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* – PDS), oparta na ustrukturalizowanym kwestionariuszu składającym się z 49 pozycji, który wypełnia badany.

Ocena skutków urazu głowy może też być obiektem badań neuropsychologicznych, w którym stwierdzono przydatność szeregu testów [1]:

- baterii testów neuropsychologicznych Halsteada-Reitana,
- baterii testów psychologicznych Łuria-Nbraska.

Uwagę i koncentrację można badać przy pomocy testu rytmów Seashore’a, testu łączenia punktów, skali inteligencji Wechslera dla dorosłych). Do badania języka (afazji) stosowane są: bostoński test diagnostyczny do badania afazji, test percepcji dźwięków mowy, skala inteligencji Wechslera dla dorosłych, test pamięci wzrokowej Bentona, test złożonej figury Reya, test dotykowy Halsteada, test tappingu (uderzania). Wnioskowanie i rozwiązywanie problemów można zbadać testem sortowania kart Wisconsin. Zdolności wizualno-przestrzenne i konstrukcyjne bada się testem wzrokowo-motorycznym Laurenty Bender, testem pamięci wzrokowej Bentona, testem złożonej figury Reya, testem dotykowym Halsteada, skalą inteligencji Wechslera (podtesty: klocki, układanki, porządkowanie obrazków, braki w obrazkach).

Jednak przeprowadzenie większości testów psychologicznych i neuropsychologicznych wymaga wielogodzinnych badań, dlatego opracowano krótki neuropsychologiczny test funkcji poznawczych *Brief Neuropsychological Cognitive Examination* – badanie, który trwa pół godziny [1].

Wykrywanie symulacji

Osoby chcące uzyskać odszkodowanie często wyolbrzymiają (agrawują) objawy chorobowe dla osiągnięcia korzyści albo uzyskania współczucia ze strony otoczenia (rodziny, znajomych). Już w 1879 r. użyto terminu „nerwica kompensacyjna”, która występuje u osób poszkodowanych w wypadkach drogowych [1, s. 75]. Ustalono też, że u części poszkodowanych zespół pourazowy utrzymuje się pomimo zakończenia postępowania przed sądem. Nadal jednak nie ma badań na dużych populacjach, które ustaliłyby, jaki odsetek wśród osób starających się o odszkodowanie stanowią symulanci.

Symulowanie (symulacja) to udawanie objawów choroby w celu oszukania, wprowadzenia w błąd otoczenia, celowe, świadome wprowadzanie w błąd lekarza poprzez podawanie nieprawdziwych objawów, udawanie choroby dla uzyskania określonej korzyści, np. zwolnienia lekarskiego, renty, odszkodowania. Symulacja według autora to indywidualne kreowanie, udawanie choroby, np. w celu uniknięcia odpowiedzialności karnej, uzyskania nienależnych przywilejów czy świadczeń [20, 30, 34].

Symulowanie objawów choroby psychicznej dla osiągnięcia jakiegoś celu odnotowano już w dawnej literaturze. Odys, król Itaki, nie chcąc iść na pomoc Troi, udawał obłąkanego, wrzącąc do pługa wołu i osła, siejąc sól zamiast ziarna. Do wykrycia symulacji położono jego syna w bruzdę przed zbliżającym się pługiem. Wtedy udający obłąkanego Odys wstrzymał zaprzęg [30]. Obłąkanego udawał król Dawid, aby nie być rozpoznany, i Edgar w dramacie Szekspira, a być może inny bohater jego dramatów, Hamlet, także tylko pozorował chorobę [30].

Amerykański Podręcznik Diagnostyki i Statystyki Medycznej (DSM-IV) twierdzi, że należy podejrzewać symulację wtedy, gdy:

- osoba została skierowana na badanie przez adwokata,
- obiektywne wyniki badań różnią się znacznie od poziomu stresu lub pogorszenia funkcjonowania zgłaszanego przez pacjenta,
- pacjent nie współpracuje w procesie diagnostycznym czy procesie leczenia,
- istnieją dowody wskazujące na antyspołeczne zaburzenia osobowości [1].

Według Resnicka [1, 34] symulację można diagnozować na podstawie:

- zauważanej motywacji jednostki do wyolbrzymiania objawów,
- zatrudniania się tylko dorywczo i niezadowolonia ze swojej pracy,
- dochodzenia odszkodowań w przeszłości,
- zachowanej zdolności do wyczynku i jednocześnie niezdolności do pracy,

- opisywanie przez pacjenta koszmarów sennych, które są dosłownymi obrazami, albo braku koszmarnych snów u badanego,
- istnienia antyspołecznych zaburzeń osobowości,
- udzielania wymijających lub sprzecznych odpowiedzi,
- słabej współpracy z osobą badającą,
- stwierdzenia kłamstwa w testach na prawdziwość.

Rodzaj i nasilenie symulowania objawów zaburzeń psychicznych zależy od stopnia znajomości psychopatologii, istnienia wzorców choroby psychicznej w otoczeniu (np. w trakcie pobytu w szpitalu psychiatrycznym czy w rodzinie), otrzymanych informacji i „instrukcji” jak udawać, niekiedy od zaprzyjaźnionego lub opłaconego psychiatry itp. [30, 32]. „Obraz kliniczny” zależy od zdolności aktorskich takiej osoby, stopnia motywacji do osiągnięcia celu udawania, siły woli, odporności psychicznej, panującej (np. wśród więźniów) „mody”, wiedzy o powodzeniu symulacji innych osób, osobowości tej osoby i stopnia jej nieprawidłowości [30]. Osoby chcące uzyskać nienależne świadczenia mogą symulować: depresję, padaczkę, zespół urojeniowy (psychozę), otępienie – niedorozwój, nerwicę (np. tiki, jękanie).

Stosunkowo łatwo jest symulować depresję. Dlatego australijscy studenci psychologii, którzy mieli w celach eksperymentalnych symulować dowolne zaburzenie psychiczne, w większości przypadków wybrali właśnie depresję [30]. W Polsce w latach dziewięćdziesiątych wśród więźniów często rozpoznawano depresję. Osoby te były zwalniane z aresztu, ponieważ niektórzy psychiatry wyrażali wtedy pogląd, że w instytucji takiej mogą przebywać tylko osoby wesołe. Na jednej z konferencji na temat psychiatrii sądowej zaproponowałem termin „depresja udawana” – gdy badany udaje, że ma depresję, a badający go psychiatra udaje, że ją widzi [30]. W pracy tej opisałem przypadki depresji udawanej w wykonaniu członków grup przestępczości zorganizowanej. Osoby te były dokładnie obserwowane przez nas, nie tylko w szpitalu, ale na terenie AS. Konieczne było też weryfikowanie dokumentacji medycznej. W jednym przypadku z karty informacyjnej wynikało, że osoba zwolniona wcześniej z AS z powodu depresji przebywała w szpitalu psychiatrycznym przez dwa miesiące. Natomiast na podstawie wpisów w historii choroby stwierdzono, że faktycznie była tam tylko dwa dni – w dniu przyjęcia, kiedy uzyskała przepustkę na dwa miesiące, i w dniu wypisu [30]. Z dokumentacji medycznej wynikało, że osoby te były przez wiele miesięcy leczone małymi dawkami leków przeciwdepresyjnych.

nych. Jeden ze sprawców, przebywający przez wiele miesięcy w Oddziale Chorób Wewnętrznych ZOZ AS, wykazywał na objawy uszkodzenia wątroby, spowolnienia, usztywnienia postawy – mimo, że od roku nie miał podawanych żadnych leków psychotropowych. Dopiero wykonane badania toksykologiczne wykazały, że musiał mieć dostarczany przez nieustaloną osobę neuroleptyk, ponieważ wykryto go w surowicy krwi w stężeniu wyższym niż przy jego dawce terapeutycznej [30].

Symulację należy odróżnić od naiwnego, błędnego myślenia sprowadzającego się do rozumowania, że skoro po wypadku mam jakieś dolegliwości, to przyczyną ich jest ten wypadek. Błąd myślenia znany od czasów rzymskich: *post hoc ergo propter hoc* (po tym, a więc na skutek tego).

Wskazuje się, że ofiary przestępstw wyolbrzymiają swoje objawy, ponieważ szukają sprawiedliwości, chcą zapobiec kolejnym nadużyciom seksualnym czy uniknąć wypadków samochodowych, aby otoczenie dostrzegło ich krzywdę [1]. Dlatego często wygranie samej sprawy w sądzie staje się już częścią rekompensatą.

Specjalnego postępowania diagnostycznego wymagają osoby wykazujące zaburzenia pozorowane (*malingering*) polegające nie tylko na udawaniu, ale i tworzeniu objawów somatycznych lub psychicznych bardziej po to, by być chorym, niż po to, by uzyskać korzyści [3, 4, 7, 11, 13, 34]. Zaburzenia te mają specyficzną, szczegółową symptomatykę. Natomiast symulacja polegająca na zniekształcaniu czy wymyślaniu objawów fizycznych bądź psychicznych ma na celu uzyskanie osobistej korzyści natury materialnej, prawnej czy społecznej [1, 4].

Symulowanie czy agraowanie bólu wymaga specjalnego postępowania [1, 25]. Symulanci opisują dolegliwości niejasno i ogólnikowo – „boli wszędzie” – ból nie rozprzestrzenia się według dróg neuroanatomicznych, nadmiernie reagują w czasie badania, opisywane objawy nie pasują do żadnej jednostki chorobowej, zmiennie podają dolegliwości, podejmują działania pozazawodowe, a równocześnie twierdzą, że są niezdolni do pracy, udzielają wymijających odpowiedzi, często nastawieni są podejrzliwie do badającego, mogą być agresywni słownie, wykazują sprzeczności między zgłaszanymi dolegliwościami, niezdolnością do pracy przy dużej aktywności w sądzie i poza sądem. Osoby te częściej miały wcześniej urazy i przebywały na zwolnieniach lekarskich [1, 13, 34].

„Nie tak rzadko zdarza się, że elokwentny pacjent bez najmniejszego trudu odpowiadający na pytania, podający bez zająknięcia dane życiorysowe zapytany o dolegliwości natury psychiatrycznej

mówi na przykład o strasznych problemach z pamięcią i „zapominaniu się” [43]. Już w 1923 r. prof. Wacholtz pisał, aby „podejrzanego o symulację znużyć dłuższą obserwacją, trwającą przez dzień i noc, bacznią i czujną” [30].

W wykrywaniu symulacji, udawania bólu i choroby stosuje się też badania psychologiczne i neuropsychologiczne [1, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 20, 22, 34].

Najczęściej używanym testem jest MMPI-2. W teście tym osoby chcące uzyskać odszkodowanie nie odpowiadają na więcej pytań. Test jest nieważny, gdy badany opuści ich więcej niż 30, indeks symulowania uzyskuje się przez odjęcie wyników w skali F od tych ze skali K. Gdy badany uzyska mniej niż 8 punktów – nie udaje, gdy ma więcej niż 25 – symuluje. Do badania postaw obronnych przy rozwiązywaniu testu MMPI służy skala innych oszustw. Wartość graniczna – 80 identyfikuje 90% przyjmujących postawy obronne [1].

Test Rorschacha – to test projekcyjny, a więc trudny do symulowania [1]. W teście tym symulanci m.in. mają mniejszą ilość wypowiedzi, dłuższy czas reakcji (choć może to wystąpić i u chorych na depresję).

Ustrukturalizowany wywiad na temat zgłaszanych objawów ma 172 pozycje do wykrywania symulowania. Zawiera pytania szczegółowe – objawy i ich nasilenie, powtarzanie – sprawdzanie powtarzalności i spójności wypowiedzi, ogólne – objawy, wzorce objawów. Służy do wykrywania: schizofrenii, zaburzeń nastroju, zespołu stresu pourazowego [1, 20].

Inny test to skala oczywistej i subtelnej symulacji Weinerja-Harmona (*Subtle-Obvious Scale*). Wyniki: do 74 – „nie symuluje”, ponad 150 – „symulowanie prawdopodobne”, powyżej 250 – „symulowanie wysoce prawdopodobne” [1, 20].

Do wykrywania symulowania zaburzeń pamięci służy: test pamięci wizualnej Reya (*Visual Memory Test for the Detection of Malingering*). Badanym pokazuje się łatwo kodowane bodźce i bada ich zapamiętywanie. Osoby z uszkodzeniem mózgu osiągają w tym teście dobre wyniki. Symulujący o tym nie wiedzą i wypadają gorzej (różnica 7-9 punktów).

W badaniu pamięci można też wykorzystać skalę pamięci Wechslera, gdzie symulanci uzyskują wynik odwrotny niż osoby z uszkodzeniem mózgu [1, 20].

Skala prawdopodobieństwa symulacji (*Malingering Probability Scale*), bada niespójność i nietypowość odpowiedzi. Posiada skale kliniczne depresji, niepokoju, objawów dysocjacyjnych, zespołu stresu pourazowego, schizofrenii [1, 20].

Do badania skutków urazu psychicznego stosuje się:

- inwentarz objawów urazu (Trauma Symptom Inventory – TSI),
- skala diagnostyczna stresu pourazowego (*Po-traumatic Stress Diagnostic Scale* – PDS), która posiada ustrukturalizowany kwestionariusz składający się z 49 pozycji, które wypełnia badany [1, 20].

Do badania symulacji stosuje się test inteligencji Wechslera dla dorosłych WAIS-R, w którym przy symulacji wyniki testu są niespójne – rozbieżne: odpowiedzi prawidłowe na pytania, na które osoby upośledzone odpowiadają błędnie, i na odwrót, odpowiedzi zbliżone do dobrych – np.: $2 \times 3 = 7$, zafałszowane wyniki podtestu powtarzania cyfr.

Do wykrycia symulacji można użyć testów neuropsychologicznych, w których pacjenci po urazie głowy uzyskują wyniki spójne, natomiast symulanci zmienne. W teście rozpoznawania cyfr, osoby z organicznym uszkodzeniem mózgu prawidłowo rozpoznają 90% cyfr, symulujący mają gorsze wyniki.

W teście identyfikacji dotykowej palców (*Tactile Finger Localization Test*) badany przy zasłoniętych oczach ma rozpoznać, którego palca dotyka lekarz. Symulujący popełniają więcej błędów.

Test łączenia punktów polega na rysowaniu linii łączącej kolejne liczby, łączeniu kolejnych liter i liczb. W tym teście symulujący wykonują go lepiej niż osoby po urazie głowy.

Test rozpoznawania (*Recognition Memory Test*):

- rozpoznawania słów – mniej niż 33 prawidłowych wypowiedzi wykrywa 90% symulantów,
- rozpoznawania twarzy – mniej niż 30 wypowiedzi wykrywa 80% symulantów i w 100% czy był uraz głowy [1, 20].

Według Rogersa przy wykrywaniu symulacji należy:

- stosować metody z użyciem różnych testów,
- zwracać uwagę na rzadkie/liczne, różnorodne objawy i objawy nieprawdopodobne,
- kombinacje różnych objawów,
- skrajnie ciężką symptomatologię [20, s. 91].

Błędy w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu psychiatrycznym

Wprowadzenie wspomnianych metod psychologicznych i neuropsychologicznych ułatwiłoby i uściśliło diagnozowanie i opiniowanie stanu psychicznego czy bólu, zmniejszyłoby liczbę błędów [1, 3, 12, 23, 32, 33].

W Polsce wzrasta liczba wniosków o odszkodowanie za błąd sztuki lekarskiej lub niewłaściwe postępowanie, które doprowadziło do uszczerbku

na zdrowiu. W psychiatrii najczęściej chodzi o samobójstwo lub uszkodzenie ciała chorego dokonane na terenie szpitala lub w trakcie ucieczki z placówki służby zdrowia [5, 35, 36, 37]. Odszkodowanie może dotyczyć też uszczerbku na zdrowiu, jakiego doznała najbliższa rodzina, dla której śmierć była ciężkim urazem psychicznym. Liczba tych wniosków faktycznie jest mniejsza od rzeczywiście występujących błędów postępowania [9]. W USA nawet w psychoterapii dopuszcza się możliwość powstania błędu postępowania – błędu w sztuce [9]. Wskazuje się na potrzebę określenia progu błędu, czyli większego w skutkach od zwykłego zaniedbania [36].

W 2006 roku zaproponowałem stosowanie w Polsce terminu „psychofarmakologia sądowa” dla błędów w sztuce leczenia psychiatrycznego, w wyniku których powstał uszczerbek na zdrowiu, a który był możliwy do przewidzenia i uniknięcia [16].

Oto przykłady takich chorych, których badałem osobiście:

- stosowanie neuroleptyków przy słabej kontroli pojawiających się objawów ubocznych w postaci zespołu Parkinsona i do powstania znacznych trudności w poruszaniu się chorego, przymusu chodzenia (akatyzi) lub utrwalonych dyskinez (przymusowych ruchów, np. żucia) – przypadki takie są bardzo częste;
- nierozpoznana, i w związku z tym nieleczona, depresja psychotyczna;
- błąd diagnostyczny polegający na rozpoznaniu psychozy w przypadku zaburzeń lękowych, stosowanie środków neuroleptycznych z pojawieniem się ciężkiego zespołu parkinsona;
- bezpodstawne informowanie pacjenta o możliwości „pełnego wyleczenia go ze schizofrenii”, co według tego psychiatry można osiągnąć przez stopniowe zmniejszanie dawek neuroleptyku aż do pełnego zaprzestania jego stosowania, co w efekcie doprowadziło do nawrotu psychozy z koniecznością kilkumiesięcznej hospitalizacji;
- zbagatelizowanie ustalonego wcześniej rozpoznania schizofrenii i traktowanie chorego jako mającego zaburzenia lękowe, z zastosowaniem psychoterapii dynamicznej zamiast użycia leków antypsychotycznych, co spowodowało samobójczą śmierć chorego, który na oczach matki wbił sobie nóż w serce.

Ocena prawidłowości zebranego wywiadu

W praktyce sądowo-psychiatrycznej zachodzi niekiedy potrzeba oceny i analizy okoliczności i przebiegu wypadku. W odtworzeniu zdarzenia zasadnicze znaczenie mają zeznania świadków lub ofiar. Jednak świadek czy osoba udzielająca wywiadu może mylić się i kłamać [38]. W psychologii kłam-

stwa [42] zwraca się uwagę na ocenę spostrzeganej wiarygodności ofiar i świadków oraz zgodności z rzeczywistością ich relacji (dokładności ich zeznań). W ocenie prawidłowości zeznania korzysta się z analizy ich treści – co zestawiono poniżej [24, 42].

Kryteria treściowe na podstawie, których dokonuje się analizy zeznania:

- ♦ Cechy ogólne: • logiczna struktura • niestrukturalizowany sposób prezentacji • duża liczba szczegółów;
- ♦ Szczegółowość treści: • osadzenie w kontekście • opisy interakcji • odtwarzanie wypowiedzi • nieoczekiwane komplikacje podczas incydentu • niezwykle szczegóły • niepotrzebne szczegóły • szczegóły dokładnie opisane i błędnie rozumiane • powiązane skojarzenia z innymi zdarzeniami • opisy stanu umysłu świadka • przypisywanie przestępcy określonego stanu umysłu.
- ♦ Treści związane z motywacją: • spontaniczne poprawki • przyznawanie się do niepamiętania czegoś • wysuwanie wątpliwości wobec własnego zeznania • obniżanie własnej wartości • wybaczenie przestępcy.
- ♦ Elementy specyficzne dla przestępstwa: szczegóły charakterystyczne dla danego przestępstwa.

Opracowano też listę kontrolną, która ułatwia analizę podanych wyżej prawdziwości:

- cechy psychologiczne:
 - niestosowność języka i wiedzy,
 - niestosowność emocji,
 - podatność na sugestie,
- cechy wywiadu:
 - zadawanie pytań w sposób sugerujący odpowiedź, naprowadzający na nią lub zmuszający do niej,
 - niedostateczna ogólna, jakość wywiadu,
- motywacja:
 - wątpliwe motywy złożenia doniesienia,
 - wątpliwy kontekst ujawnienia incydentu czy złożenia doniesienia,
 - nacisk na złożenie fałszywego doniesienia,
- pytania badawcze:
 - niezgodność z prawami natury,
 - niezgodność z innymi zeznaniami,
 - niezgodność z innymi dowodami.

W wykonanych przy pomocy tej metody dziełcu badaniach eksperymentalnych dzieci i dorosłych, uzyskano trafność w granicach od 55 do 100%. Ogólnie oceniono, że metoda ta jest skuteczniejsza w wykrywaniu prawdy niż w wykrywaniu kłamstwa [24, 35].

Do oceny wiarygodności wyjaśnień służy również obserwacja osoby przesłuchiwanej – zachowanie niewerbalne:

- cechy wokalne:
 - zaburzenia mowy „ykanie”, używanie słowa „ach”,
 - zaburzenia mowy „nie-ach”: powtarzanie słowa lub zdania, dokonywanie zmian w zdaniu, tworzenie zdań niepełnych (niedokończonych), przejęzyczenia itp.,
 - wysokość głosu: zmiany wysokości głosu, takie jak podniesienie lub obniżenie wysokości głosu,
 - szybkość (tempo) mowy: liczba słów wypowiedzianych w określonym czasie,
 - okres latencji: okres milczenia między pytaniami i odpowiedziami,
- cechy mimiczne:
 - spojrzenie: patrzenie partnerowi w twarz podczas rozmowy,
 - uśmiech: uśmiechanie się i śmiech,
- ruchy:
 - automanipulacje: drapanie się w głowę, nadgarstki itd.,
 - ruchy rąk i dłoni: funkcjonalne ruchy dłoni i całych rąk mające na celu modyfikowanie lub uzupełnianie tego, co komunikuje się werbalnie (gesty), lub niefunkcjonalne ruchy dłoni i rąk, w tym delikatne ruchy dłoni, palców itd.,
 - ruchy nóg i stóp,
 - ruchy głowy: kiwanie głową i kręcenie głową,
 - ruchy tułowia (którym zwykle towarzyszą ruchy głowy),
 - zmienianie pozycji: ruchy wykonywane w celu zmiany pozycji ciała podczas siedzenia (którym zwykle towarzyszą ruchy tułowia i stóp/nóg) na zachowanie się wpływa motywacja kłamcy, który gdy jest silnie motywowany wykonuje mniej ruchów głową i rzadziej zmienia pozycje, mówi wolniej i wyższym głosem [26, s. 59].

Ćwiczenia w zakresie wykrywania kłamstwa powodują, że np. 53% agentów tajnych służb osiągnęło wskaźnik dokładności wynoszący przynajmniej 70%, a 20% z nich wskaźnik równy 80% lub wyższy. Z przeprowadzonych badań wynika, że większość ludzi jest przekonana o swoich umiejętnościach wykrywania kłamstwa, ale okazuje się, że dotyczy to kłamstw prymitywnych i niezręcznych, a nie pomysłowych [26, s. 70].

Podsumowanie

Omówione tutaj problemy badania i opiniowania w psychiatrii i psychologii oraz nieprawidłowości, które mogą w tej pracy się pojawić, mają pomóc pracownikom firm ubezpieczeniowych podejmować działania weryfikująco-kontrolne, aby uzyskać prawdę obiektywną o faktycznym, a nie o oczekiwanym np. przez poszkodowanego, stopniu uszczerbku

na zdrowiu lub trwałej niezdolności do pracy.

Dla poprawy, jakości i trafności opiniowania sądowo-psychiatrycznego i orzecznictwa w Polsce konieczne jest:

- Stworzenie kadry psychiatrów i psychologów, którzy posiadają stosowną wiedzę i umiejętności w zakresie diagnozowania i opiniowania osób symulujących i agramujących, a starających się o rentę, odszkodowanie itp. świadczenia.

- Z pomocą firm ubezpieczeniowych zakupienie i adoptowanie do warunków polskich testów psychologicznych i neuropsychologicznych ułatwiających precyzyjną ocenę stanu psychicznego i wykrywających symulację i agramację.

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej takie działania uznało za swoje główne cele statutowe [39], jest to też wymogiem etycznym [8, 28].

Piśmiennictwo

- Ackerman MJ. Podstawy psychologii sądowej. GWP, Gdańsk 2005: 58-92.
- Berent J. Rola biegłych z zakresu medycyny sądowej w opiniowaniu dla potrzeb sądów i instytucji ubezpieczeniowych, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005, LV(4): 247-250.
- Bianchini KJ, Greve KW, Glyn G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *Spine J* 2005, 5(4): 404-417.
- Bianchini KJ, Curtis KL, Greve KW. Compensation and malingering in traumatic brain injury: a dose-response relationship? *Clin Neuropsychol* 2006, 20(4): 123, 831-847.
- Binder RL. Liability for the Psychiatrist Expert Witness. *Am J Psychiatry* 2002, 159(11): 1819-1825.
- Chowaniec C, Nowak A, Chowaniec M, Kobek M. Uwagi o pozycji lekarza biegłego sądowego w obowiązującym stanie prawnym. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2005, LV(4): 268-272.
- Curtis KL, Greve KW, Bianchin KJ, Brennan A. California verbal learning test indicators of malingered neurocognitive dysfunction: sensitivity and specificity in traumatic brain injury. *Assessment* 2006, 13(1): 46-61.
- Ethics guidelines for the practice of forensic psychiatry, American Academy Psychiatry and the Law, www.aapl.org.
- Feldman SR, Ward TM. Psychotherapeutic injury: reshaping the implied contract as an alternative to malpractice. *Specialty Law Digest Health Care* 1981, 3(12): 5-38.
- Greve KW, Bianchini KJ, Love JM, Brennan A, Heinly M. Sensitivity and specificity of MMPI-2 validity scales and indicators to malingered neurocognitive dysfunction in traumatic brain injury. *Clin Neuropsychol* 2006, 20(3): 491-512.
- Greve KW, Bianchini KJ, Doane BM. Classification accuracy of the test of memory malingering in traumatic brain injury: results of a known-groups analysis. *J Clin Exper Neuropsychol* 2006, 28(7): 1176-90.
- Greve KW, Bianchini KJ, Robertson T. The Booklet Category Test and malingering in traumatic brain injury: classification accuracy in known groups. *Clin Neuropsychol* 2007, 21(2): 318-37.
- Hall HV, Poirier J. Detecting malingering and deception: forensic distortion analysis. 2nd ed, CRC Press, Boca Raton 2000.
- Heinly M, Greve KW, Bianchini KJ, Love JM, Brennan A. WAIS digit span-based indicators of malingered neurocognitive dysfunction: classification accuracy in traumatic brain injury. *Assessment* 2005, 12(4): 429-44.
- Henderson C, Phelan M. Psychiatria społeczna i socjologia. (w:) *Psychiatria*, Sedno, red. P. Wright, J. Stern, M. Phelan, Urban & Partner, Wrocław 2008: 101-110.
- Howe EG. Legal aspects of psychopharmacology. *Psychiatric Clin North America* 1984, 7(4): 887-900.
- Jabłoński C, Chowaniec C, Kobek M, Kowalczyk-Jabłońska D. Możliwości różnicowania pourazowych schorzeń neuropsychiatrycznych dla opiniowania sądowo-lekarskiego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2007, LVII(2): 245-247.
- Jurek T, Świątek B. Rozstrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część I – ocena poprawności językowej, zakres znaczeniowy, przegląd orzecznictwa sądów. *Arch Med Sąd Kryminol* 2006, LVI(4): 209-215.
- Jurek T, Świątek B. Rozstrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część II – problemy opiniodawcze. *Arch Med Sąd Kryminol* 2006, LVI(4): 216-222.
- Kane AW. Opiniowanie dotyczące symulowania. (w:) *Podstawy psychologii sądowej*. Ackerman MJ (red.). GWP, Gdańsk 2005: 75-92.
- Kowalski P, Skupień E. Niestabilność systemu opieki zdrowotnej i współistniejące pojęcie częściowej niezdolności do pracy jak elementy determinujące dysfunkcjonalność systemu orzecznictwa rentowego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2005, LV(4): 282-284.
- Larrabee G.J. Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *Clin Neuropsychol* 2003, 17(3): 410-25.
- Maksymowicz K, Piechocki D, Drozd R. Ocena następstw urazów czaszkowo-mózgowych w aspekcie kryteriów neurologicznych, psychiatrycznych i orzecznicych. *Arch Med Sąd Kryminol* 2005, LV(4): 296-300.
- Mądro R, Teresiński G, Wróblewski K. Rozstrój zdrowia jako przestępstwa z ar157 k.k. *Prokuratura i Prawo* 1998 10: 33-46.
- McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clin North America* 2007, 12, 30(4): 645-62.
- Memon A, Vrij A, Bull R. Prawo i psychologia. Wiarygodność zeznań i materiału dowodowego. GWP, Gdańsk 2003.
- Piotrowska I. Pozycja i rola biegłego sądowego w świetle oczekiwań organu procesowego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2007, LVII(2): 196-199.
- Pobocho J. Jaki kodeks etyczny biegłego psychiatry. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1997, supl. 1 (14): 143-148.
- Pobocho J. Język prawa a język psychiatrii sądowej. (w:) *O języku i komunikowaniu się*. Materiały konferencyjne 29, red. Rzepa, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 1998: 105-114.

30. Pobocho J. Depresja udawana. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1998, 7, supl. 3 (8): 133-138.
31. Pobocho J. Metodyka opiniowania w sprawach testamentowych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, 9, supl. 1 (9): 51-59.
32. Pobocho J. Powstawanie błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych i ich wykrywanie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, 9, supl. 4 (12): 49-57.
33. Poznaniak W. Błędy w diagnozowaniu sądowo-psychiatrycznym i psychologicznym widziane z perspektywy procesów spostrzegania społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, 9, supl. 4 (12): 85-91.
34. Resnick PJ. Malingering, (w:) *Principles & practice of forensic psychiatry*, (red.) Rosner R. wyd. 2, Hodder Arnold, London 2003: 543-54.
35. Slawson PF. Psychiatric malpractice: some aspects of cause. *Psychiatric Hospital* 1984, 15(3): 141-143.
36. Slawson PF. Psychiatric malpractice: recent clinical loss experience in the Unites States. *Medicine and Law* 1991, 10(2): 129-138.
37. Slawson P. Psychiatric malpractice: the low frequency risks. *Medicine and Law* 1993, 12(608): 673-680.
38. Stanik JM. Badania nad psychologicznymi uwarunkowaniami wiarygodności zeznań świadków. (w:) *Świadek w procesie sądowym*. Waltoś S (red.). Wyd Prawnicze 1985: 324.
39. Statut Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej. www.ptps.com.pl.
40. Ustjanicz B. Pozycja i rola biegłego medyka w świetle oczekiwań organu procesowego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2007, LVII(2): 189-192.
41. Teresiński G, Mądro R. Zakres skutków wymienionych w §2 art157 kodeksu karnego z 1997 roku – ciąg dalszy sporu o granicę art156 i 182 kodeksu karnego z 1969 roku. *Arch Med Sąd Kryminol* 2000, L(4): 319-330.
42. Vrij A. Detecting lies and decei. *The psychology of lying and the implications for professional practice*. John Wiley & Sons, Chichester 2001.
43. Zyss Orzecznictwo rentowe z zakresu psychiatrii – z perspektywy biegłego sądowego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2005, LV: 338-348.