

Prof. dr Stanisław Batawia i dr Lidia Uszkiewiczowa

PROBLEMATYKA ZABURZEŃ REAKTYWNYCH I SYMULACJI W PRAKTYCE SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNEJ I PENITENCJARNEJ

Problematyka zaburzeń reaktywnych i symulacji zaburzeń psychicznych jest w odniesieniu do tematyki sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej ostatnio bardzo ubogo reprezentowana w piśmiennictwie psychiatrycznym i kryminologicznym. Może to nasuwać przypuszczenie, że problematyka ta została już tak wyczerpująco wyjaśniona i opracowana, że niewiele zasługuje na krytyczne omawianie i bliższą analizę.

Praca niniejsza ma przede wszystkim na celu zwrócenie uwagi na aktualność całego zagadnienia poprzez ujawnienie wielu znaków zapytania tkwiących w tej tematyce oraz oświetlenie źródeł wielu trudności i błędów diagnostycznych, z którymi ciągle jeszcze ma się do czynienia w praktyce przy rozpatrywaniu przypadków pod kątem widzenia pytania „zaburzenia reaktywne czy symulacja?”, trudności ściśle związanych z istotą stanów reaktywnych spotykanych u więźniów.

Praca oparta jest na wynikach analizy materiału, obejmującego 350 przypadków zaburzeń reaktywnych i 99 przypadków symulacji, który pochodzi z Oddziału psychiatrii sądowej Instytutu Psychoneurologicznego i 15 szpitali psychiatrycznych. Sposób, w jaki dokonano doboru tego materiału do badań czyni zadość wymogom próbki reprezentatywnej.

Na wstępie kilka uwag dotyczących podstawowych pojęć i kryteriów, stanowiących punkt wyjścia dalszych rozważań, a będących nieraz źródłem istotnych nieporozumień.

I. SYMULACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

1. Posiłkując się terminem symulacja należy treść tego pojęcia zawęzić do tego rodzaju zachowania (postępowania), które polega na świadomym produkowaniu określonych objawów psychopatologicznych, a więc pozorowaniu objawów nie istniejących w rzeczywistości, przez osobnika nie będącego chorym psychicznie. Zazwyczaj w definicji symu-

lacji uwzględnia się jeszcze jeden element — celowość takiego zachowania się, motyw wprowadzania w błąd celem osiągnięcia określonej korzyści przez osobnika symulującego — uniknięcia kary (lub znacznego jej złagodzenia) w przypadkach sądowych. Jak zobaczymy później, nie zawsze ten ostatni moment jest warunkiem koniecznym symulowania zaburzeń psychicznych, jakkolwiek występuje on z reguły przy symulacji.

Symulacja polega na pewnym zachowaniu się, postępowaniu, pozorującym zaburzenia psychiczne, które nie może ograniczać się jedynie do kłamliwych wypowiedzi, do podawania niezgodnej z prawdą anamnezy; kłamstwo, jak przekonywająco uzasadniał to niegdyś Utitz (1918), nie jest równoznaczne z symulacją. Osobnik, który kłamliwie twierdzi, że miewa napady padaczkowe, nie symuluje epilepsji; dopiero ustalenie, że produkuje on sztucznie napady drgawkowe, uprawnia do stwierdzenia symulacji.

Za symulację w prawdziwym tego słowa znaczeniu niepodobna uważać produkowania przez chorego psychicznie, np. schizofrenika, objawów nie swoistych dla danej jednostki chorobowej (schizofrenii). To co określane jest mianem *sur simulation*, jakkolwiek zawiera elementy symulacji, różni się od prawdziwej symulacji w sposób zasadniczy — produkcja psychopatologiczna jest wytworem chorego psychicznie osobnika, nawarstwieniem nowych pozorowanych objawów na istniejące inne objawy choroby psychicznej.

W związku z kwestią *sursimulation* wyłania się istotne pytanie, czy można posiłkować się pojęciem symulacji w odniesieniu również do takich symulujących osobników, którzy nie będąc chorymi psychicznie ujawniają patologiczne właściwości psychiczne, czy też tylko wówczas, gdy zachodzi symulowanie objawów chorobowych przez ludzi nie wykazujących odchyień od normy.

Jeśli zgodnie z poglądami znakomitej większości autorów, znajdującymi zresztą potwierdzenie w badanym materiale, uznamy, że symulacja występuje z reguły u osobników o wyraźnych cechach patologicznych, to wydaje się, że wymóg wyeliminowania tego pojęcia w tego rodzaju przypadkach jest zbyt daleko idący. Abstrahując od względności pojęcia „normy” i całej problematyki z tym związanej, zredukowanie posiłkowania się pojęciem symulacji tylko wobec osób, uznanych za w pełni normalne pod względem psychicznym, pozbawiłoby pojęcie symulacji niemal całkowicie przydatności w praktyce.

Dlatego też jest chyba słuszne i celowe, aby posiłkować się tym terminem w przypadkach produkowania przez osobników psychopatycznych, charakteropatycznych, debilnych itp. takich objawów, które nie stanowią objawów adekwatnych dla ich zasadniczego psychopatologicznego

obrazu. Wówczas natomiast, gdy chodzi o wyolbrzymianie, przejawianie istniejących cech patologicznych, gdy osobnik wykazujący nieznacznie nasilone objawy niedorozwoju, cechy charakteropatyczne, upośledzenie pamięci itp. świadomie wyolbrzymia te tylko objawy, mamy do czynienia z agrawacją, a nie symulacją i nie powinniśmy używać tego ostatniego terminu. Jak wiadomo agrawacja jest zjawiskiem niezmiernie częstym w praktyce nie tylko sądowo-psychiatrycznej, a mechanizm jej bynajmniej nie może być sprowadzony zawsze bez reszty do elementów świadomej motywacji.

Jakie zasadnicze kwestie wyłaniają się w obliczu przypadków, w których obraz symulacji wydaje się nie ulegać wątpliwości? (o trudnościach diagnostycznych i różnicowaniu z zaburzeniami reaktywnymi będzie mowa później). Jakie możliwości należy brać pod uwagę nawet wówczas, gdy rozpoznanie symulacji nie budzi żadnych zastrzeżeń?

Przede wszystkim zasługuje na uwagę problematyka metasymulacji. Fakt, iż obecnie mamy do czynienia z zachowaniem się przemawiającym za symulacją, nie świadczy jeszcze o tym, że uprzednio w okresie bezpośrednio poprzedzającym symulację nie występowały u tego osobnika zaburzenia reaktywne. Jeśli przekształcanie się zaburzeń reaktywnych w objawy symulacyjne występuje często w okresie obserwacji klinicznej, kiedy to po wyraźnych zaburzeniach reaktywnych ujawnia się w wielu przypadkach postawa symulacyjna, to w całej pełni uzasadnione jest pytanie, czy w pewnych przypadkach, wówczas gdy po skierowaniu więźnia do szpitala z rozpoznaniem „zaburzenia reaktywne” obserwowano w szpitalu tylko symulację, nie chodziło w rzeczywistości o metasymulację. Objawy reaktywne w okresie, z reguły dość długim, poprzedzającym przesłanie więźnia do szpitala mogły niemal całkowicie lub zupełnie wygasnąć, a na ich miejsce zjawiała się postawa symulacyjna, nader bliska, jak zobaczymy, niedawnym objawom reaktywnym.

W tego rodzaju przypadkach symulowania zaburzeń psychicznych powstaje zresztą z reguły pytanie, na które zazwyczaj niepodobna udzielić jednoznacznej odpowiedzi, czy obok elementów symulacyjnych nie ma również słabo zaznaczonych objawów reaktywnych, pozostałości patologicznej reakcji sytuacyjnej, mogących utrzymywać się przez pewien czas.

Metasymulacji nie można rozpatrywać pod tym samym kątem widzenia co zwykłą symulację. Przypadki takie, ujmowane wyłącznie jako symulacja, bez brania pod uwagę przebytego stanu reaktywnego, i zbyt szybko kierowane z powrotem do więzienia tylko z rozpoznaniem symulacji, mogą, jak uczy doświadczenie, dawać nawroty zaburzeń reaktywnych. Poza tym należy zdawać sobie sprawę z jeszcze jednej konsekwencji nieuwzględnienia w orzeczeniu metasymulacji. Osobników takich

po powrocie ze szpitala traktuje się zazwyczaj później w więzieniu i podczas śledztwa tylko jako symulantów — orzeczenie szpitalne o symulacji rzutuje wstecz w sposób krzywdzący więźnia na okres przebytych zaburzeń reaktywnych, nie wymienionych w opinii.

Drugą z kolei trudnością, zasługującą na uwagę, jest kwestia współistnienia, występowania obok siebie zaburzeń reaktywnych i objawów świadczących o symulowaniu objawów chorobowych. W tego rodzaju przypadkach, często uważanych błędnie wyłącznie za symulację, widoczne są przy bliższej analizie zarówno zespół reaktywny, z reguły w postaci mało nasilonej (np. depresja), jak i symulowanie objawów, nie związanych z zaburzeniami reaktywnymi (np. niepamięci). Dla obserwatora postawa symulacyjna zazwyczaj dominuje nad reaktywnymi zaburzeniami i nadaje całemu obrazowi piętno symulacji. Przebieg tych przypadków, niejednokrotnie przewlekły, uwidocznia jednak z czasem wyraźne podłoże reaktywne. W praktyce sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej właściwe ustosunkowanie się do tego rodzaju przypadków nastęrcza szczególne trudności.

Wreszcie możliwość przeoczenia komplikacji jeszcze jednego rodzaju. Mając do czynienia z wyraźną postawą symulacyjną, z świadomym, celowym produkowaniem takich objawów, które nie mogą być zaliczone do żadnego zespołu reaktywnego, należy brać pod uwagę możliwość stopniowego przekształcania się symulacji w zaburzenia reaktywne. Pewni symulujący osobnicy zaczynają po pewnym czasie ujawniać objawy, zaburzeń psychicznych — mechanizm symulacyjny utrwala się, ulega zautomatyzowaniu, przenikając w głębsze warstwy psychiki i uruchamia mechanizm histeryczny, działający już samoistnie w swoisty dla niego sposób, na skutek czego powstają zaburzenia psychogenne. Stan obecny nie może być kwalifikowany jako symulacja, mimo iż symulacja była nie tylko punktem wyjścia powstałych zaburzeń, ale je właściwie wywołała i poniekąd modelowała. Osobnik w tym stanie nie sprawuje już kontroli nad powstałymi objawami reaktywnymi, przestaje nad nimi panować; odgrywają one odtąd swą rolę samodzielnie, dawny mechanizm symulacyjny został już wyparty ze świadomości i przekształcił się w nowy, znacznie bardziej skomplikowany mechanizm histeryczny.

Nieufność i niedowierzanie, z jakimi tego rodzaju przypadki spotykają się z reguły u psychiatry, są zrozumiałe, ale nie usprawiedliwiają one błędnych niejednokrotnie rozpoznań symulacji w tym okresie, gdy klinicznie wystąpił już zespół zaburzeń reaktywnych.

Nie należy zapominać i o tym, że omawiane przypadki mogą mieć przebieg powikłany jeszcze w taki sposób, że po przekształceniu się symulacji w zaburzenia reaktywne pewne objawy tych ostatnich ulegają z kolei później, już po wygaśnięciu zaburzeń, sztucznemu świadomemu

utrwaleniu poprzez na nowo dochodzący do głosu mechanizm symulacyjny. Symulację można więc w takich przypadkach obserwować nie tylko na początku, ale i po ustąpieniu stanu reaktywnego jako meta-symulację.

Omówione powyżej pokrótce różnego rodzaju trudności, jakie zdarzają się wówczas, gdy symulacja bądź poprzedza zaburzenia reaktywne, bądź współlistnieje z nimi, bądź występuje bezpośrednio po nich, skłaniają nieraz różnych autorów do dopatrywania się powinowactwa między tymi w zasadzie zupełnie różnymi zjawiskami — świadomym udawaniem objawów chorobowych i rzeczywistymi zaburzeniami reaktywnymi, w których z „świadomym udawaniem” nie mamy już do czynienia.

2. Jak wiadomo w piśmiennictwie (niejednokrotnie podkreślano (w szczególności Braun i Felinską) analogiczny mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych i postawy symulacyjnej, wspólne zasadnicze tendencje, leżące u podłoża tych mechanizmów, duże podobieństwo ich obrazu zewnętrznego. Tłumaczy się to istotą zaburzeń typu histerycznego, do których sprowadza się większość reakcji psychogennych obserwowanych u więźniów (histeria jako *grande simulatrice*). Zaburzenia histeryczne zawierają często dobrze znane elementy sztuczności i gry, charakterystyczne dla postawy symulacyjnej, a w genezie tych zaburzeń leży również pragnienie uwolnienia się od trudnej sytuacji życiowej, tendencja ucieczki od dokuczliwej rzeczywistości, co realizuje się w przypadkach zaburzeń histerycznych poprzez mechanizm ucieczki w chorobę. Symulacja długotrwała, dobrze inscenizowana, mająca szanse wprowadzenia w błąd otoczenia, produkuje pseudoobjawy, które zostają wywołane dzięki temu, że symulacja biegnie zapewne po tych samych torach, co reakcja histeryczna, i mobilizuje poprzez autosugestię analogiczne mechanizmy, automatyzuje jakby pewne postawy. Osobnicy symulujący, z reguły panujący nad tym mechanizmem i świadomie nim sterujący, mogą utracić regulację nad nim, co doprowadza do powyżej już omówionych przypadków przeistoczenia się symulacji w zaburzenia reaktywne, w których główną rolę odgrywają procesy przebiegające poza kontrolą świadomości¹.

Umiejętność posługiwania się zbliżonym do histerycznego mechanizmem produkowania i utrwalania pewnych objawów dobrze imitujących zaburzenia jest, jak wiadomo, rzeczą nader trudną i dlatego długo trwająca, konsekwentnie przeprowadzana symulacja jest zjawiskiem

¹ E. Braun: *Psychogene Reaktionen* (w) *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1928, t. V, s. 208; N. Felinską: *Zagadnienie symulacji w klinice sądowo-psychiatrycznej* (ros.) *Problemy sudiebnoj psichiatrii*, 1947, t. VI, s. 134—146.

bardzo rzadkim. Osobnik symulujący w taki sposób musi posiadać swoiste właściwości, aby móc sprostać tego rodzaju zadaniom. Stąd znane powiedzenia, że „dobrze symulować można tylko to, co jest bliskie osobowości symulującego” (Lassegue), że „dobry symulant rodzi się już takim” (Braun). Dlatego też panuje na ogół zgodność poglądów wśród psychiatrów do co tego, że długo trwające, konsekwentne symulowanie zdarza się z reguły tylko u takich jednostek, które ujawniają wyraźne cechy patologiczne, których osobowość daleko odbiega od przeciętnej psychiki (Bleuler, Krasnuszkin)¹. Symulowanie ma tak bliski związek z mechanizmami psychopatologicznymi, wymaga tak udolnego ich uruchomienia, że pewni psychiatrzy wątpili w ogóle w możliwość symulowania zaburzeń psychicznych, i to autorzy tej miary co Krafft-Ebing i Serbski. W każdym razie powszechnie akcentuje się brak ostrej granicy pomiędzy symulacją a zaburzeniami histerycznymi oraz duże trudności diagnostyczne, które w pewnych przypadkach są w praktyce wręcz nie do pokonania.

Problematyka dotycząca osobowości więźniów symulujących zaburzenia psychiczne nie została dotąd metodycznie opracowana. Nie tylko brak jest publikacji, obejmujących wyniki badań większej ilości przypadków symulacji i czyniących zadość wymogom próbki reprezentatywnej, ale w podręcznikach i różnych pracach omawiających zagadnienie symulacji kwestie dotyczące osobowości potraktowane są w sposób bardzo ogólnikowy. Publikacje Moskiewskiego Instytutu Psychiatrii Sądowej im. Serbskiego, które wniosły tyle cennego materiału do problematyki zaburzeń reaktywnych, nie analizują bliżej podłoża, na którym wyrasta symulacja, poprzestając na stwierdzeniu, że prawdziwa „czysta” symulacja u osobników normalnych jest zjawiskiem bardzo rzadkim i że w przypadkach patologicznej symulacji („na patologicznym podłożu”) osobnicy symulujący wybierają formę symulacji „bliską ich psychicznemu defektowi” (Felinskaja). Jakie jednak swoiste cechy patologiczne ujawniają osobnicy symulujący, na czym owe defekty psychiczne najczęściej polegają, czy różnią się one od właściwości osób, które zapadają na zaburzenia reaktywne (pytanie nader istotne) — tego na podstawie owych publikacji dowiedzieć się niepodobna.

Rozpowszechniony jest pogląd, w myśl którego najbardziej istotną dyspozycją psychiczną właściwą osobnikom umiejącym symulować zaburzenia psychiczne jest duża sugestywność (Jung, Birnbaum, Bumke, Braun, Moersch); symulowane objawy są wytwarzane, w myśl tego poglądu, poprzez autosugestię, która realizuje zamierzony sposób zachowania.

¹ E. Bleuler: *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1955, s. 127; E. Krasnuszkin: *Izbrannyje trudy*, 1960, s. 173 i nast.

Symulowanie długotrwałe i pozornie udolne wymaga istotnie tego rodzaju wzięcia się w rolę, jaką zamierza się odegrać, takiej identyfikacji z postacią wyimaginowaną, że nie można tego osiągnąć bez udziału jakiegoś specjalnego mechanizmu. Jak wynika z eksperymentów (Utitz¹) są osobnicy, których nawet krótkotrwałe symulowanie szybko męczy i którzy mają w związku z postawą symulacyjną bardzo nieprzyjemne uczucia, są natomiast inni, którym symulowanie przychodzi z łatwością i sprawia zadowolenie, a nawet prawdziwą satysfakcję. Symulowanie stwarza zadania, które okazują się dla pewnych osobników trudniejsze, aniżeli tego oczekiwali, gdyż przekraczają ich możliwości psychiczne. Nie wystarcza bowiem wysiłek czysto myślowy i zwykłe wyobrażanie sobie jakiegoś zachowania; jeden z osobników dobrze symulujących w eksperymencie w ten sposób sformułował swoje przeżycia „...moje postępowanie było bardziej instynktowne aniżeli wyrozumowane...”. Symulujący ma w sobie jakby suflera, który podpowiada mu sposób zachowania się (Utitz). Kretschmer bez posilkowania się pojęciem auto-sugestii, nastęrczającym jak wiadomo wiele znaków zapytania, określił dość precyzyjnie mechanizm symulacji, analogiczny do mechanizmu powodującego reaktywne objawy histeryczne. Symulacja jest dlatego też według jego określenia „*eine kleine atypische Spielart der Hysterie*”.

Jednakże pozostaje kwestią otwartą, wymagającą metodycznych badań, czy osobnicy symulujący posiadają podobne cechy osobowości, jak ludzie reagujący na przeżycia traumatyzujące zaburzeniami typu histerycznego, czy są wśród nich również licznie reprezentowani osobnicy z cechami infantylności, zaburzeniami w przebiegu dojrzewania i rozwoju seksualnego, niedojrzałości, dużej labilności emocjonalnej i z innymi właściwościami, figurującymi w opisach tzw. osobowości hysteroidnej. Kwestia ta zresztą jest nader skomplikowana z tego względu, że, jak wiadomo, reakcje histeryczne występują u osobników o różnej strukturze psychicznej i sprowadzanie podłoża zaburzeń reaktywnych do jednolitego zespołu cech nie jest usprawiedliwione, podobnie jak nieusprawiedliwione jest schematyczne ujmowanie tzw. „charakteru histerycznego”². Chodziłoby więc raczej tylko o ustalenie, czy pewne cechy, pewne swoiste komponenty można stwierdzić u osób symulujących podobnie często, jak u osób z zaburzeniami histerycznymi.

Sprowadzanie do jednolitego podłoża różnych dyspozycji psychicznych ułatwiających symulowanie byłoby poza tym błędne i z tego względu, że wśród osobników symulujących mamy dość często do czy-

¹ E. Utitz: *Psychologie der Simulation*, 1918, s. 60 i nast.

² Por. H. Kranz: *Die Entwicklung des Hysterie — Begriffs*, Fortschritte der Neur. Psych, u. ihrer Grenzgebiete, t. 21, z. 5, 1953; L. Ljungberg: *Hysteria*, Acta Psych, et Neur. Scand., vol. 32, 1957.

nienia z przypadkami encefalopatii i innych zaburzeń na tle zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym.

3. Jak często zdarzają się w praktyce sądowej i penitencjarnej przypadki symulowania zaburzeń psychicznych? Oszacowanie rozmiarów tego zjawiska nie jest u nas możliwe wobec braku systematycznych badań psychiatrycznych w więzieniach, w szczególności niepodobna określić częstości występowania u więźniów kilkudniowego nieudolnego symulowania. Jeśli uwzględnimy tylko przypadki długo trwających symulacji, jedynie właściwie istotnych zarówno z punktu widzenia psychopatologii, jak i ze względu na praktykę sądową i penitencjarną, to należałoby oczekiwać, że tego rodzaju przypadki powinny być z reguły badane przez psychiatrów i kierowane często do szpitali na obserwację celem rozstrzygnięcia pytania: „symulacja, czy zaburzenia reaktywne”.

Opierając się na danych uzyskanych z 16 szpitali psychiatrycznych za okres 1953—1960 r. (pierwsze półrocze 1960 r.) — a więc obejmujący 7 i pół lat — można stwierdzić, że liczba więźniów skierowanych do tych szpitali na obserwację, u których stwierdzono wyłącznie symulację zaburzeń psychicznych, nie przekracza 100 mężczyzn (dokładnie 99 rozpoznań symulacji) i nie osiąga liczby 10 kobiet (dokładnie 7 rozpoznań symulacji).

Zestawienie wyników obserwacji szpitalnych, w których rozpoznano symulacje, i przypadków, w których stwierdzono zaburzenia reaktywne, wygląda następująco:

Ogółem w okresie 7 i pół lat przebywało na obserwacji sądowo-psychiatrycznej w 16 szpitalach 6760 więźniów, mężczyzn i kobiet¹.

W 5967 orzeczeniach, dotyczących mężczyzn, zaburzenia reaktywne rozpoznano w 711 przypadkach, co stanowi 11,9% ogółu orzeczeń; wyłącznie symulację zaburzeń psychicznych stwierdzono jedynie w 99 przypadkach² — 1,6% ogółu orzeczeń.

W 793 orzeczeniach, dotyczących kobiet³, zaburzenia reaktywne figurują w 73 przypadkach — 9,2% ogółu orzeczeń, tylko symulacja zaledwie w 7 przypadkach — 0,9% ogółu orzeczeń.

Analizując 99 orzeczeń z rozpoznaniem symulacji (pomijamy 7 przy-

¹ Dane te oparte zostały na odpisach orzeczeń sądowo-psychiatrycznych, nadsyłanych ze szpitali do Instytutu Psychoneurologicznego. Możliwe jest, że nie we wszystkich przypadkach przesyłano wydane orzeczenia i że liczba więźniów przebywających na obserwacji w tych szpitalach była nieco wyższa.

² Pomijamy przypadki, gdy symulowanie objawów chorobowych występuje dopiero w okresie obserwacji szpitalnej bezpośrednio po wygaśnięciu zaburzeń reaktywnych. Takich przypadków metasymulacji było w badanym materiale — obejmującym 350 przypadków zaburzeń reaktywnych — 87.

³ Kobiety stanowią u nas w populacji więziennej tylko 7,5% ogółu więźniów (dane za rok 1959).

padków u kobiet) okazuje się, że można wyodrębnić wśród nich dwie różne grupy przypadków. Pierwsza dotyczy 70 więźniów, u których rozpoznanie wyłącznie symulacji nie budzi istotnych zastrzeżeń diagnostycznych. W drugiej natomiast grupie, obejmującej 29 przypadków, mamy aż 10 niewątpliwych metasymulacji; poza tym jest jeszcze 19 przypadków, które należy zaopatrzyć znakiem zapytania z uwagi na dane w orzeczeniach, przemawiające bądź za współistnieniem zaburzeń reaktywnych (5 przypadków), bądź za ich obecnością w okresie bezpośrednio poprzedzającym symulację (3 przypadki), bądź wreszcie ze względu na opis nie pozwalający rozstrzygnąć wątpliwości, czy nie występowały raczej zaburzenia reaktywne aniżeli symulacja (11 przypadków).

W ten sposób spośród 99 rozpoznań symulacji tylko 70 można uznać za przypadki takiego symulowania zaburzeń psychicznych, które nie nastroczą zastrzeżeń diagnostycznych pod tym względem, iż występowała jedynie symulacja. Powtarzamy, zaledwie 70 przypadków w okresie 7 i pół lat w materiale pochodzącym z 16 szpitali psychiatrycznych, w porównaniu z 711 przypadkami zaburzeń reaktywnych, obserwowanymi w tym samym okresie. Jest to liczba tak znikoma w zestawieniu z całą populacją więzienną, że nawet po jej dwukrotnym powiększeniu — biorąc pod uwagę pewne braki w posiadanym materiale, gdyż nie uwzględniono danych z kilku klinik i mniejszych szpitali, które nie nadesłały orzeczeń — musi ona oczywiście powodować niedowierzenie i kwestionowanie możliwości opierania się na materiale szpitalnym przy próbie oszacowania częstości występowania wśród więźniów nawet długo trwających symulacji zaburzeń psychicznych. Jeśli bowiem posługiwać się będziemy liczbą wszystkich rozpoznanych symulacji w szpitalach (99), to po zastosowaniu mnożnika 2¹ „współczynnik symulacji” w odniesieniu do ogółu więźniów śledczych^{1 2} w okresie 1 roku kształtowałby się jak 2,64 na 10 000 więźniów. Wydaje się więc nie ulegać wątpliwości, iż część więźniów symulujących nawet przez długi okres czasu nie jest kierowana do szpitali.

Celem ustalenia, jak kształtują się dane dotyczące symulowania zaburzeń psychicznych na terenie samego więzienia i konfrontacji powyżej przeprowadzonego szacunku z danymi empirycznymi, uzyskano ostatnio z 2 dużych więzień w Warszawie, przeznaczonych w zasadzie tylko dla więźniów śledczych, dane o ilości przypadków symulacji stwierdzonych w okresie 1 roku. W więzieniach tych starano się w tym okresie badać wszystkich więźniów podejrzanych o symulowanie zaburzeń psychicznych i prawdopodobieństwo niezgłoszenia przez administrację więzień do psy-

¹ Mnożnik ten zastosowany został celem zabezpieczenia się przed brakami w materiale szpitalnym.

² Symulowanie zaburzeń psychicznych występuje głównie, jak wiadomo, u więźniów śledczych, a nie u więźniów karnych.

chiatrów znacznej większości przestępców, symulujących objawy patologiczne przez kilka tygodni, było niewielkie.

W ciągu 1 roku stwierdzono w jednym z tych więzień 9 symulacji, w drugim 5 symulacji. Biorąc pod uwagę liczbę wszystkich więźniów, którzy znajdowali się wówczas, tzn. w ciągu 12 miesięcy, w tych więzieniach (okres ich przebywania był bardzo różny) obliczony „współczynnik symulacji” na 1000 więźniów wynosi 1,86 ‰ i 0,96 ‰¹. Po dokonaniu poprawki — z uwagi na możliwość niezgłoszenia mimo wszystko pewnych przypadków do badania — współczynnik nie powinien przekraczać 2‰/oo.

Podkreślić należy, że w tych 2 więzieniach warszawskich rozpoznano w tym samym okresie u 50 więźniów zaburzenia reaktywne. Na 50 stanów reaktywnych było więc tylko 14 przypadków symulowania zaburzeń psychicznych w ciągu 1 roku (na każde 1000 więźniów przebywających w tych więzieniach przypadało 5 zaburzeń reaktywnych i 1,4 symulacji rocznie).

Spośród 14 więźniów, u których rozpoznano symulację, 7 więźniów skierowano po dłuższym czasie na obserwację do szpitali w związku z pewnymi wątpliwościami, które powstały przy długo trwającej symulacji i poważnymi trudnościami, jakie osobnicy ci sprawiali w więzieniach. Obserwacja szpitalna w 6 przypadkach potwierdziła rozpoznanie symulacji, w 1 przypadku stwierdzono objawy świadczące raczej o metasymulacji.

Jeśli posługiwać się będziemy liczbą empiryczną symulacji (z uwzględnieniem poprawki) uzyskaną w tych 2 więzieniach, to ekstrapolując 2‰ na całą populację więźniów śledczych przebywających we wszystkich więzieniach otrzymamy najwyżej liczbę 200 więźniów rocznie symulujących przez dłuższy czas zaburzenia psychiczne.

Nie bacząc na istotne zastrzeżenia, które są związane z takim sposobem ustalania rozmiarów symulacji, i na możliwość nieuchwycenia wszystkich przypadków symulacji, niepodobna liczby więźniów symulujących wytrwale zaburzenia psychiczne oceniać w rozmiarach wielokrotnie przekraczających powyżej podane liczby². Uwzględniając całą

¹ W okresie ostatnich kilku lat przebywało na dzień 31.XII każdego roku przeciętnie około 30 000 więźniów śledczych w zakładach penitencjarnych (Por. Roczniki statystyczne). Biorąc pod uwagę fakt stosunkowo krótkiego okresu przebywania osób podejrzanych o dokonanie przestępstw w więzieniach w charakterze więźniów śledczych, nie popełnimy zapewne błędu szacując ogólną liczbę więźniów śledczych we wszystkich więzieniach na co najmniej 100 000 rocznie.

² Dla uniknięcia nieporozumień podkreślamy raz jeszcze, że mowa jest przez cały czas o tego rodzaju długo trwających symulacjach, które nie są ani nawarstwieniami symulacji na inne objawy psychogenne (sursimulation), ani metasymulacjami, ani jedynie agrawacją pewnych właściwości patologicznych. Chodzi więc tylko o przypadki długo trwającej, co najmniej kilkutygodniowej „czystej, prawdziwej” symu-

bardzo liczną populację więzienną, ilość więźniów symulujących będzie minimalna również wówczas, gdy liczby te nawet podwoimy lub potroimy (4‰—6‰)¹.

Jeżeli obecnie powrócimy jeszcze na chwilę do naszego materiału szpitalnego, w którym odsetek symulacji wynosi 1,17% ogółu orzeczeń sądowo-psychiatrycznych (biorąc pod uwagę 70 przypadków prawdziwej symulacji nie budzących zastrzeżeń), to stwierdzić należy, iż odsetek ten jest nawet wyższy od danych figurujących w publikacjach Instytutu Psychiatrii Sądowej w Moskwie, gdzie odsetek „prawdziwej, czystej symulacji” nie przekracza 0,5—0,1% ogółu ekspertyz².

Rzadkość symulacji zaburzeń psychicznych jest faktem nie ulegającym właściwie wątpliwości od czasu, gdy stosunek nasz do zaburzeń reaktywnych stał się właściwy i gdy zaburzenia te, mimo ich powinowactwa do symulacji w wielu postaciach reakcji psychogennych, zaczęto rozpatrywać wyłącznie z psychopatologicznego punktu widzenia.

4. Przechodzimy obecnie do omówienia 70 przypadków „czystej prawdziwej” symulacji oraz 50 przypadków metasymulacji, pod kątem widzenia symulowanych zaburzeń, osobowości więźniów symulujących różne rodzaje zaburzeń oraz trudności diagnostycznych.

Wśród 70 przypadków symulacji 53 przypadki pochodzą z materiału szpitalnego, reszta (17) z Oddziału Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychoneurologicznego, skąd pochodzą również wszystkie omawiane przypadki metasymulacji (50).

W orzeczeniach szpitalnych, dotyczących 200 przypadków zaburzeń reaktywnych, ujawniono 37 (19,5%) przypadków metasymulacji — (200 tych przypadków wylosowano celem uzyskania próbki reprezentatywnej spośród ogółu 561 orzeczeń szpitalnych z rozpoznaniem „zaburzenia reaktywne”). Analizy przypadków metasymulacji dokonujemy tylko na podstawie materiału Oddziału Psychiatrii Sądowej Instytutu.

Łącznie u 350 więźniów z zaburzeniami reaktywnymi metasymulację stwierdzono w okresie obserwacji klinicznej w 87 przypadkach, co stanowi 24,8%. W materiale Instytutu odsetek metasymulacji jest znacznie

lacji zaburzeń psychicznych. Nieudolne usiłowania symulowania objawów patologicznych w okresie kilku dni są oczywiście niemal zupełnie nieuchwytnie dla psychiatry w naszych warunkach więziennych i zdarzają się zapewne o wiele częściej.

¹ Gdyby, biorąc pod uwagę fakt, że symulacja występuje z reguły u recydywistów, uwzględnić tylko więźniów recydywistów, to wychodząc z danych empirycznych uzyskanych w 2 więzieniach śledczych w Warszawie, gdzie na 2000 recydywistów (liczba szacunkowa) w okresie roku było 7 przypadków symulacji, otrzymamy dla ogółu więźniów śledczych recydywistów we wszystkich więzieniach liczbę 100 do 175 symulacji rocznie, a dla wszystkich więźniów recydywistów (śledczych i karnych) 150 do 250 symulacji w ciągu roku we wszystkich więzieniach.

² Por. A. Felinska: *Op. cit.*, s. 139.

wyższy (33,3%) niż w materiale szpitalnym (19,5%). Wśród 150 więźniów z zaburzeniami reaktywnymi, którzy przebywali na oddziale psychiatrii sądowej Instytutu Psychoneurologicznego, było 50 więźniów, u których rozpoznano metasymulację, natomiast w materiale szpitalnym w 200 przypadkach zaburzeń reaktywnych metasymulacje można było ustalić na podstawie orzeczeń w 37 przypadkach.

Rozpatrując dwie grupy przypadków „czystej” symulacji i metasymulacji, zastanawia przede wszystkim fakt, iż objawy symulowane wydają się odmiennie, że więźniowie, u których podczas obserwacji nie stwierdzono zaburzeń reaktywnych, symulują inne objawy chorobowe, aniżeli ci więźniowie, u których symulacja wystąpiła dopiero po wygaśnięciu w szpitalu zaburzeniach reaktywnych.

W grupie pierwszej 70 przypadków „czystej symulacji” najliczniej reprezentowane jest symulowanie zaburzeń pamięci i niedorozwoju względnie otępienia (28 przypadków), poza tym symulowane są objawy hysterii konwersyjnej (11 przypadków), omamy i urojenia (9 przypadków) oraz wyjątkowo osłupienie (w jednym tylko przypadku). W grupie tej występuje poza tym 26 przypadków o swoistym obrazie symulacji, nie dającym się zaklasyfikować według żadnych określonych zespołów.

W drugiej grupie 50 metasymulacji jest natomiast aż 26 osobników symulujących objawy pseudodementywne z elementami puerylizmu (których w pierwszej grupie w ogóle nie było), 8 przypadków osłupienia (przeszło 11 razy więcej), 8 przypadków fantazjowania z objawami pseudourojeń (których nie było zupełnie w pierwszej grupie) i tylko 6 osobników symulujących zaburzenia pamięci (przeszło 3 razy mniej).

Poprzestając chwilowo na podkreśleniu tylko tych istotnych różnic między przypadkami zwykłej symulacji a metasymulacji, omówimy nieco bliżej najpierw pierwszą grupę przypadków.

Wśród 70 przypadków symulacji „czystej” przypadki najliczniejsze, dotyczące przede wszystkim symulowania zaburzeń pamięci (28 przypadków), są interesujące z następujących względów. Przede wszystkim stwierdza się w 13 przypadkach dość prymitywny i niekonsekwentny sposób symulowania bądź głębokiego otępienia, bądź niedorozwoju z nieudolnym podkreśleniem niepamięci czynu przestępczego.

W 11 przypadkach symulowane są przede wszystkim luki pamięciowe, dotyczące przestępstwa i okoliczności z nim związanych, podczas gdy inne rzekome zaburzenia pamięci produkowane są zmiennie i niekonsekwentnie. Poza tym w 4 przypadkach symulowane są wraz z zaburzeniami pamięci mutyzm, napady drgawkowe i omamy wzrokowe.

Podkreślić należy, że w 17 przypadkach występuje wyraźne tło depresyjne (8) lub depresyjno-dysforyczne (9), które trzeba ujmować jako zaburzenia nastroju nie osiągające jednak stopnia depresji patologicznej.

Wśród więźniów symulujących zaburzenia pamięci stwierdzono charakteropatję pourazową w 10 przypadkach, psychopatię w 14 przypadkach (w tym 6 przypadków z cechami hysteroidnymi), 2 przypadki miażdżycy mózgu i 2 przypadki alkoholizmu.

Ta podgrupa 28 przypadków wyróżnia się dużym udziałem więźniów starszych w wieku powyżej 35 lat (44%), podczas gdy typowym zjawiskiem w innych postaciach symulacji jest znaczna przewaga roczników młodszych (77% do 88% więźniów symulujących inne objawy jest w wieku poniżej 30 lat, w tym powyżej 50% stanowią więźniowie w wieku do lat 25). W tej podgrupie jest poza tym mniej recydywistów (70%), podczas gdy wśród więźniów symulujących inne objawy odsetek recydywistów jest wyższy (84% i 92%).

W omówionych powyżej przypadkach figuruje najwięcej osobników, u których stwierdza się zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym; objawy symulowane nie mogą być jednak ujmowane pod kątem widzenia agrawacji istniejących zaburzeń.

W następnej podgrupie (20 przypadków) licznie reprezentowana jest symulacja objawów hysterii konwersyjnej (11 przypadków) — mutyzm, głuchoniemota, napady drgawkowe, porażenia, niedowłady — którym w 4 przypadkach towarzyszyło symulowanie zaburzeń pamięci oraz sporadycznie symulowanie omamów i urojeń¹. Są to z reguły osobnicy, którzy według anamnezy ujawniali cechy osobowości hysteroidnej, a nie raz i zaburzenia zbliżone do symulowanych obecnie. W 5 przypadkach symulacja ograniczała się niemal bez reszty do produkowania urojeń bądź omamów w sposób, który w żadnym z tych przypadków nie mógł sprawiać większych trudności diagnostycznych.

Przypadek symulowania wielomiesięcznego osłupienia należał natomiast do kategorii tych przypadków, w których wątpliwości czy można rozpoznać symulację były bardzo poważne. Wreszcie w 3 przypadkach obraz symulacji był niezmiernie zmienny z przewagą groteskowej postawy i mimiki, z rażąco niedorzecznymi wypowiedziami i domieszką elementów puerylizmu.

W omawianej podgrupie większość osobników symulujących rekrutowała się z reguły spośród recydywistów o wybitnie wyrażonych cechach psychopatycznych, przy czym poza wspomnianymi już powyżej osobowościami typu histerycznego (11) występują tu psychopaci nadpobudliwi, drażliwi, wybuchowi oraz agresywni (7).

Ostatnia kategoria 26 przypadków symulacji jest szczególnie interesująca z tego względu, iż w odniesieniu do nich zawodzi właściwie domnie-

¹ Przypadki te włączone zostały do poprzednio omówionych przypadków z symulacją zaburzeń pamięci.

manie, że symulujący zaburzenia psychiczne ma zawsze określony cel — spowodowanie mylnego wyobrażenia o istnieniu u niego objawów choroby psychicznej, która uniemożliwi zastosowanie kary i przebywanie w więzieniu, bądź doprowadzi do złagodzenia wyroku sądowego. W przypadkach tych bowiem cały sposób symulowania, treść produkowanych pseudoobjawów, całe zachowanie się są tego rodzaju, iż nieprawdopodobne jest, aby osobnik nie będący niedorozwiniętym umyślowo mógł przypuszczać, że może naprawdę wprowadzić w błąd lekarzy. Zasadnicza postawa tych 26 więźniów jest przekorna, a nieraz wręcz ironiczna i kpiąca wobec personelu lekarskiego, nacechowana elementami gry i błazeństwa (nie mającymi jednak powinowactwa do zachowania się puerylnego), demonstracyjnym nieraz ujawnianiem lekceważenia lub wrogości. Niedorzeczność zachowania jest rażąca, wypowiedzi mające świadczyć o zaburzeniach pamięci, całkowitej dezorientacji, omamach itp. są często wręcz groteskowe, pozorowanie lęku lub podniecenia naiwnie niekonsekwentne i teatralne. Wszystko to sprawia niejednokrotnie wrażenie, jak gdyby symulujący bawił się sam tym co produkuje i pragnął rozśmieszać otoczenie.

Należy jednak zaznaczyć, że w części przypadków (ok. $\frac{1}{3}$) okresowo, a zwłaszcza na początku pobytu, obserwuje się stan pewnego zahamowania bądź z brakiem kontaktu słownego, bądź z tendencją do odpowiedzi zbliżonych do typu pseudodementywnego (co może nasuwać podejrzenie stanu reaktywnego). Poza tym od czasu do czasu u wielu spośród tych więźniów widoczne są objawy, które niepodobna uważać za symulowane — nagłych zmian nastroju, dużego napięcia, gwałtownych wybuchów z agresywnymi wystąpieniami, tendencji do samouszkodzeń. Większość tych przypadków zbliżona jest chyba do tego rodzaju symulowania, które Felinskaja zalicza do bezcelowego produkowania zaburzeń przez osobników wybitnie psychopatycznych, a nie do prawdziwej symulacji. Ujmowane one być powinny, a przynajmniej znaczna ich część, pod kątem widzenia specjalnego typu symulacji, kiedy to staje się ona, według określenia Utitza, jak gdyby grą sprawiającą zadowolenie symulującemu („sztuka dla sztuki” — *spielerische Simulation*), uprawianą bez motywu typowego dla więźniów symulujących zaburzenia psychiczne.

Na tę swoistą postać symulacji, w której niepodobna dopatrzeć się zrozumiałego celu, zwrócił niegdyś uwagę Mönkenmöller. W tego rodzaju przypadkach może wchodzić w rachubę chęć zakpienia sobie z funkcjonariuszy więziennych, którym symulujący się przeciwstawia, pragnienie wydostania się na pewien okres czasu z monotonnej, męczącej atmosfery więziennej, tendencja do zademonstrowania otoczeniu swej wyższości i specjalnych jakoby umiejętności produkowania zaburzeń itp. Dodajmy, że nie można oczywiście zapominać i o zupełnie jednoznacznym moty-

wie — zamiarze ucieczki ze szpitala, o czym świadczy zresztą kilka ucieczek w okresie obserwacji.

W każdym razie obraz symulacji w omawianych 26 przypadkach zastawia swą specyfiką i wyróżnia się spośród innych rodzajów symulacji wyjątkowym wręcz prymitywizmem i niekonsekwencją. W przypadkach tych więźniowie symulujący są niemal zawsze wielokrotnie karanymi recydywistami (92%) w wieku nie przekraczającym 30 lat (w 88% przypadków). Niemal u połowy spośród nich w anamnezie występuje alkoholizm oraz urazy czaszki i inne przebyte schorzenia mózgu. Niemal wszystkich cechowała duża nadpobudliwość, wybuchowość, a szczególnie nasilone tendencje do agresji zanotowano niemal w połowie przypadków. Na uwagę zasługuje fakt, że przeszło połowa spośród nich dokonywała samouszkodzeń w więzieniach. Niemal wszyscy więźniowie (26) należą niewątpliwie do tej kategorii recydywistów z cechami patologicznymi, którzy sprawiają najpoważniejsze trudności w zakładach penitencjarnych.

Rozpatrując kwestię, jak długo trwała symulacja we wszystkich badanych 70 przypadkach, stoimy w obliczu trudności nie do pokonania. Nie wiemy bowiem od jak dawna więźniowie ci symulowali ani jak kształtowały się dalsze ich losy po wypisaniu ze szpitala do więzienia. Zaledwie 23% spośród nich przestało symulować w szpitalu (tylko 5 przynależało do symulacji) i tylko w 27 przypadkach udało się ustalić, że odpowiadali dorzecznie na rozprawie sądowej. Obserwacja szpitalna, w okresie której 77% badanych symulowało do końca pobytu, trwała tylko w 30% przypadków do 1 miesiąca, w 50% przypadków od 5 tygodni do 10 tygodni, a w 19,6% przypadków nawet powyżej 3 miesięcy.

Odmiennie kształtują się wyniki badań 50 więźniów na oddziale psychiatrii sądowej Instytutu Psychoneurologicznego, u których po zaburzeniach reaktywnych obserwowanych na oddziale wystąpiło symulowanie objawów chorobowych.

W tych 50 przypadkach metasymulacji zaburzenia reaktywne można ująć w następujące zespoły¹, o których wspomniano już uprzednio :

— zespół pseudodementywny z elementami puerylizmu	20	przypadków
— objawy pseudodemencji na wyraźnym podłożu depresyjnym	6	„
— łącznie symptomatyka otępienia rzekomego	26	„
— zespół osłupienia	8	„
— fantazjowanie o treści podobnej do pseudourojeń	8	„
— depresja psychogenna	5	„
— histeria konwersyjna	8	„

¹ Sprowadzanie do określonych zespołów reaktywnych złożonych obrazów klinicznych, z objawami występującymi nieraz i w innego rodzaju reakcjach psychogenicznych, budzi oczywiście zastrzeżenia w pewnych przypadkach.

Analizując objawy symulowane w okresie obserwacji klinicznej bezpośrednio po wygaśnięciu zaburzeń reaktywnych stwierdzono, że we wszystkich w zasadzie przypadkach symulowane są te objawy, które uprzednio wchodziły w zakres zespołu reaktywnego.

Więźniowie z zaburzeniami typu pseudodementywnego produkowali podobne charakterystyczne wypowiedzi i utrzymywali analogiczną groteskową postawę, jakkolwiek w części przypadków symulowali większe zahamowanie (9 przypadków), w części nawiązywali lepszy nieco kontakt (5 przypadków), w pewnych przypadkach (12) produkowali głównie niepamięć przestępstwa i okoliczności z nim związanych. We wszystkich przypadkach obserwowano dwoistość zachowania się — normalną postawę i dorzeczne wypowiedzi w stosunku do innych pacjentów, symulowanie zaburzeń wobec personelu lekarskiego.

Zaburzenia z objawami pseudodemencji trwały na oddziale w 11 przypadkach do 6 tygodni, w 5 przypadkach od 3 do 4 miesięcy, w 6 przypadkach — od 5 do 7 miesięcy.

Więźniowie po wygaśnięciu depresji psychogennej (którą obserwowano w ciągu wielu miesięcy), symulowali zaburzenia pamięci, wszyscy niepamięć przestępstwa, a dwaj poza tym omamy wzrokowe.

W przypadkach osłupienia, które szybko ustępowało w warunkach szpitalnych (w 7 przypadkach do 6 tygodni), późniejszą postawę symulacyjną wobec lekarzy cechowały objawy zbliżone do osłupienia; zachowanie się wobec pacjentów oddziału było normalne.

W przypadkach, w których zaburzenia reaktywne ujawniały się przede wszystkim w objawach opisywanych przez autorów radzieckich jako fantazjowanie o treści podobnej do pseudourojeń, późniejsza symulacja posiłkowała się pewnymi elementami przypominającymi poprzednie objawy. W zachowaniu się tych osób brak było jednak charakterystycznych cech poprzedniego stanu, przede wszystkim napięcia, lęku i zahamowania oraz komponentów zbliżonych do pseudodemencji i puerylizmu.

W 3 przypadkach mutyzmu, któremu towarzyszyła postawa z cechami puerylizmu, obserwowano później symulowanie niemoty w 2 przypadkach, a w 1 przypadku — symulowanie niepamięci przestępstwa. Zaznaczyć należy, że w 2 spośród nich już po wyroku mutyzm utrzymuje się podobno nieprzerwanie w okresie półtora roku; rozpoznanie symulacji zostało tym samym poważnie zakwestionowane, jakkolwiek postawa symulacyjna wydawała się uprzednio niewątpliwa.

W badanych 50 przypadkach metasymulacji u 12 spośród tych pacjentów stwierdzono zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym (w 20 przypadkach anamneza od rodziny wskazywała na przeżyty uraz mózgu), systematyczne nadużywanie alkoholu występowało aż w 26 przypadkach.

56% tych więźniów stanowili osobnicy poniżej lat 30, odsetek recydywistów wynosił 84,1%.

Cechy wybitnej niedojrzałości psychicznej ujawniało 26% badanych, a 20% cechy osobowości z reakcjami histerycznymi; wśród innych osobowości psychopatycznych jaskrawo występowały dyspozycje do wybuchowości i agresywności; cechy schizoidalne posiadało tylko 10% badanych. Zaledwie w 2 przypadkach anamneza nie dostarczała danych świadczących o zaburzeniach osobowości.

Jak widać z powyższych danych, przypadki metasymulacji różnią się istotnie od przypadków zwykłej symulacji omówionych poprzednio, jakkolwiek osobowości więźniów występujących w tych 2 grupach wydają się podobne.

Brak katamnez w przypadkach metasymulacji uniemożliwia ustalenie czy, w ilu przypadkach i kiedy występowały ponowne zaburzenia reaktywne u tych 50 więźniów, którzy wypisani zostali z oddziału szpitalnego do więzienia w okresie, gdy obserwowano już tylko objawy uznane za symulację. Jakkolwiek katamnezy mają nader ważne znaczenie we wszystkich przypadkach zaburzeń reaktywnych¹ z uwagi na niejednokrotne stwierdzanie nawrotów tych zaburzeń, to jednak szczególnie ważne jest badanie dalszych losów pacjentów, u których rozpoznano metasymulację.

W tych przypadkach przejście od stanu reaktywnego do postawy symulacyjnej odbywa się stopniowo — przez pewien okres czasu, niezmiernie trudny do dokładnego ustalenia, zaburzenia reaktywne istnieją jeszcze obok pojawiających się elementów symulacji, które stopniowo zaczynają dominować i później dopiero panują niepodzielnie. Ustalenie, czy stan reaktywny istotnie wygasł bez reszty, jest oczywiście niezmiernie trudne i może być niejednokrotnie zbyt pochopnie i w sposób niedostatecznie umotywowany decydowane w praktyce.

Zaznaczyć należy, że w 3 przypadkach metasymulacji udało się ustalić, iż stan reaktywny poprzedzała symulacja. Brak danych z więzień z okresu poprzedzającego skierowanie do szpitala uniemożliwia ustalenie w ilu przypadkach, zarówno metasymulacji, jak i zaburzeń reaktywnych, istniał uprzednio mechanizm symulacji, który później przyczynił się do powstania zaburzeń. Kwestia ta, nader interesująca z psychopatologicznego punktu widzenia i ważna praktycznie, nie może być wyjaśniona bez systematycznych badań psychiatrycznych w więzieniach.

¹ Katamnezy mają oczywiście również istotne znaczenie w przypadkach uznanych za zwykłą symulację, co tak wyraźnie podkreślał już Kraepelin, gdyż przypadki takie badane katamnestycznie niejednokrotnie okazują się przypadkami bądź stanów reaktywnych, bądź zaburzeń psychotycznych innego rodzaju i poprzednie rozpoznanie symulacji okazuje się błędne.

II. ZABURZENIA PSYCHICZNE REAKTYWNE

1. Rozpatrując problematykę zaburzeń reaktywnych należy zdawać sobie sprawę z tego, że przypadki obserwowane w praktyce szpitalnej są zazwyczaj przypadkami, które nie są kierowane do szpitali w początkowym okresie zaburzeń. Wówczas, gdy stan reaktywny nie ujawnia się w postaci jaskrawo wyrażonych objawów chorobowych, gdy zachowanie się więźnia nie stwarza specjalnych trudności funkcjonariuszom więziennym, przypadki takie bądź pozostają niezauważone, bądź ujmowane są z początku przez personel więzienny mylnie pod kątem widzenia złośliwego łamania dyscypliny albo symulacji i nie są kierowane od razu do psychiatrii.

Wobec braku systematycznych badań psychiatrycznych w więzieniach i niewielkiej ilości psychiatrów zatrudnionych w zakładach penitencjarnych, okres który dzieli początek zaburzeń od rozpoznania ich przez lekarza i umieszczenia takiego więźnia w szpitalu jest w wielu przypadkach zapewne długi. Co więcej, należy się również liczyć zarówno z tym, że pewne przypadki zaburzeń reaktywnych dość szybko przemijających nie są w ogóle badane, bądź nie są kierowane przez lekarzy do szpitala, jak i z tym, że niektóre przewlekłe zaburzenia, przebiegające z symptomatyką dyskretnie wyrażoną u więźniów nie wyłamujących się z dyscypliny więziennej, pozostają niejednokrotnie nieuchwytnie (np. pewne przypadki depresji psychogennych).

Zaburzenia reaktywne obserwowane w praktyce szpitalnej sądowo-psychiatrycznej nie mogą więc być identyfikowane ze stanami reaktywnymi spotykanymi w więzieniach. W praktyce penitencjarnej, biorąc pod uwagę bardzo liczną populację więzienną, przypadki zaburzeń reaktywnych są nie tylko niewątpliwie liczniejsze aniżeli w materiale szpitalnym — ale mają poza tym często odmienne oblicze.

Warunki więzienne, izolujące od normalnego środowiska i zwykłego trybu życia, sprzeczne z utrwalonymi nawykami, wymagające radykalnej zmiany stereotypu zachowania w ramach rygorystycznej dyscypliny, fakt pozbawienia wolności będący źródłem sytuacji stresowych i przeżyć frustracyjnych, wszystko to musi niewątpliwie sprzyjać powstawaniu zaburzeń psychicznych. Jeśli w rozważaniach dotyczących psychologii przeciętnego więźnia bierze się obecnie zawsze pod uwagę trudności w adaptowaniu się do warunków więziennych i ujemne skutki, jakie przebywanie w więzieniu wywiera na psychikę, ujawniające się w pewnych zakłóceniach normalnych funkcji psychicznych, to jest oczywiste, że pewne jednostki, których osobowość wyraźnie odbiega od normy, są szczególnie skłonne do reagowania na pozbawienie wolności w sposób patologiczny, w postaci zaburzeń psychogennych.

Zaburzenia reaktywne mogą powstać, według zgodnej opinii wielu autorów, również u osobników, u których nie stwierdza się anormalnych dyspozycji psychicznych, jeśli czynniki traumatyzujące są szczególnie nasilone. Ale typowym zjawiskiem w przypadkach więziennych są zaburzenia u takich jednostek, których osobowość przedchorobowa wykazuje cechy patologiczne.

Zaburzenia reaktywne nie zawsze występują, jak wiadomo, w postaci reakcji typu histerycznego i byłoby błędem rozpatrywać całą problematykę tych zaburzeń wyłącznie pod kątem widzenia mechanizmów histerycznych, jakkolwiek ten typ reakcji jest u więźniów reprezentowany bardzo licznie.

Niesłuszne byłoby również doszukiwanie się z reguły cech tzw. osobowości histeroidnej u podłoża zaburzeń reaktywnych, nawet wówczas, gdy chodzi o więźniów z objawami histerycznych reakcji psychogennych.

Istota zaburzeń reaktywnych ciągle jeszcze nie jest należycie wyjaśniona i wypowiedziane niegdyś przez Jaspersa zastrzeżenia niewiele straciły na aktualności. Zaburzenia te — powstające na gruncie konfliktu z rzeczywistością, mające bronić osobnika przed traumatyzującą sytuacją poprzez objawy chorobowe wypierające realne przeżycia — posługują się, jak mówi Jaspers, mechanizmami mało zrozumiałymi; w zaburzeniach tych tkwi poza tym więcej objawów patologicznych aniżeli należałoby oczekiwać z punktu widzenia zrozumiałych powiązań, wreszcie trudno jest ocenić jak dużą rolę gra uraz psychiczny w etiologii tych zaburzeń¹.

Wśród zaburzeń reaktywnych, spotykanych w praktyce sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej, można wyodrębnić dwa rodzaje zaburzeń. Przede wszystkim grupę zaburzeń o typie psychogennych reakcji histerycznych, z których większość ma bardziej prymitywny charakter: otępienie rzekome, zespół Gansera, puerylizm, stany „niepełnego osłupienia” (*prestuporoznyje so stajania*) i stupor, fantazjowanie o treści podobnej do urojeń (*briedopodobnyje fantazji*), objawy hysterii konwersyjnej.

Ta właśnie kategoria zaburzeń sprawia nieraz w praktyce szczególne trudności, jeśli chodzi o odróżnienie od symulacji.

Druga grupa zaburzeń reaktywnych o symptomatyce bardziej psychoicznej obejmuje: depresje reaktywne, stupor przewlekły oraz zespoły urojeniowo-omamowe i paranoidalne.

Jak słusznie jednak podkreśla Buniejew, doświadczenie kliniczne wskazuje na to, iż w poszczególnych zespołach objawowych, wyodrębnionych powyżej, tkwią często elementy innych zespołów reaktywnych, a poza tym w wielu przypadkach stwierdza się często, jak w przebiegu

¹ Por. K. Jaspers: *Allgemeine Psychopathologie*, 1948, wyd. V, s. 324.

zaburzeń jedne zespoły ustępują miejsca innym zespołom objawowym¹. Obraz kliniczny jest więc zazwyczaj o wiele bardziej złożony aniżeli wynikałoby to z opisu, uwzględniającego tylko najbardziej zasadnicze elementy, i w rozpoznaniach zaliczenie danego przypadku do określonego zespołu często pomija zarówno istniejące dodatkowe objawy typowe dla innych zaburzeń, jak i nieraz przekształcanie się różnych zespołów (Chalecki).

Rozpatrując problematykę stanów reaktywnych nie należy zapominać o roli i znaczeniu w tych stanach zaburzeń funkcji układu wegetatywnego, przemiany materii i całokształtu innych zaburzeń w sferze somatycznej, występujących w tych stanach. Zwłaszcza w przypadkach pogłębiających się, długo trwających stanów reaktywnych, przy przewlekłym przebiegu szczególnie istotne znaczenie ma duże upośledzenie wszystkich witalnych funkcji układu wegetatywnego i ogólne wyczerpanie sił obronnych organizmu. Rzutuje to zasadniczo na cały obraz kliniczny i warunkuje często złe rokowanie w tych przypadkach².

Materiał, na podstawie którego rozpatrywać będziemy problematykę zaburzeń reaktywnych w aspekcie praktycznym, obejmuje 350 przypadków stanów reaktywnych, z których 150 pochodzi z Oddziału Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychoneurologicznego (uwzględnione zostały wszystkie orzeczenia, poza kilkoma, zebrane w latach 1953—1960 /pierwsze półrocze/), a 200 przypadków pochodzi z materiału szpitalnego. Przy czym orzeczenia te wylosowane zostały spośród wszystkich 561 uzyskanych w tym okresie orzeczeń sądowo-psychiatrycznych z rozpoznaniem zaburzeń reaktywnych u więźniów³.

Wśród 350 przypadków zaburzeń reaktywnych u więźniów śledczych⁴

¹ A. Buniejew: *Zagadnienie stanów reaktywnych w klinice sądowo-psychiatrycznej* (ros.) *Problemy Sudiebnoj Psichiatrii*, 1947, t. VI, s. 134 i nast.

² Por. E. Miakina: *Zmiany wegetatywne w stanach reaktywnych* (ros.) *Problemy Sudiebnoj Psichiatrii*, 1946, t. V. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż testy biologiczne w przypadkach symulacji wypadają ujemnie.

³ Orzeczeń, w których rozpoznano w 15 szpitalach zaburzenia reaktywne u kobiet skierowanych z więzień, było tylko 73 (na ogólną liczbę 793 orzeczeń sądowo-psychiatrycznych dotyczących kobiet, tj. 9,2%).

Spśród 73 orzeczeń zanalizowano 50; wyniki omawiane są pokrótce w aspekcie różnic zachodzących między stanami reaktywnymi w więzieniu u mężczyzn i kobiet. Przypominamy, iż kobiety w populacji więziennej nie przekraczają u nas 7,5% ogółu więźniów.

⁴ Więźniowie kierowani do szpitali psychiatrycznych rekrutują się, jak wiadomo, z reguły spośród więźniów śledczych. Więźniowie karni z zaburzeniami psychicznymi leczeni są w Szpitalu Więziennym we Wrocławiu. Brak orzeczeń z tego szpitala uniemożliwia omawianie tych przypadków. Dane statystyczne kształtują się tam jednak zupełnie odmiennie aniżeli w innych szpitalach: w okresie ostatnich 3 lat (1958—1960) rozpoznano w więziennym szpitalu psychiatrycznym we Wrocławiu za-

poszczególne zespoły objawowe występują w następującym rozszewieniu ¹:

otępienie rzekome	90 przypadków	zespół omamowo-urojeniowy	47 przypadków
puerylizm	16 „	zespół paranoidalny	12
zespół Gansera	17 „	histeria konwersyjna	20 „
stany depresyjne	79 „	fantazjowanie	
zespół osłupienia (41)		o treści podobnej do urojeń	10
i stany niepełnego stuporu (18)	59 „		

Jak widać z powyższego zestawienia, najczęściej spotykanym zespołem w badanym materiale są przypadki otępienia rzekomego (25,7%). Jeśli przypadki pseudodemencji rozpatrywać będziemy łącznie z zespołem Gansera i puerylizmem, z uwagi na analogiczne w zasadzie podstawowe objawy i bliskie powinowactwo tych zespołów, to ta grupa przypadków stanowi aż 35,1% całości materiału.

Otępienie rzekome i puerylizm są często źródłem poważnych trudności, gdy chodzi o odróżnienie od symulacji, jeśli obserwacja przypadku trwa zbyt krótko. Zespoły te z uwagi na objawy, sprawiające wrażenie świadomego produkowania niedorzecznych odpowiedzi na najprostsze pytania, są, jak wiadomo, może najbardziej jaskrawo wyrażonymi reakcjami histerycznymi, w których tendencja do ucieczki w stan chorobowy realizuje się w postaci zgoła karykaturalnej przy jednoczesnym braku głębokich zaburzeń świadomości. Ten ostatni zwłaszcza moment powoduje nieraz podawanie w wątpliwość stanu chorobowego i mylne rozpoznawanie symulacji.

Obraz otępienia rzekomego, który zawiera często elementy puerylizmu mniej lub bardziej nasilone, występuje niejednokrotnie na podłożu lękowo-depresyjnym i towarzyszą mu wówczas objawy lekkiej depresji i zahamowania, czasem zaś przebiega z podnieceniem psychoruchowym

burzeń reaktywnych 155, symulacji aż 242 (niewielka część, bliżej nieustalona, przypada na więźniów śledczych).

Ten wprost niewiarygodnie wysoki odsetek symulacji rozpoznanych w tym szpitalu jest zastanawiający.

Zaznaczyć należy, że w szpitalu więziennym psychiatrycznym w Grodzisku, przeznaczonym dotąd w zasadzie tylko dla więźniów śledczych, dane statystyczne wyglądają zupełnie inaczej aniżeli w szpitalu we Wrocławiu: w okresie 2 lat (1959—1960) na ogólną liczbę 31 przebywających tam więźniów karnych było przypadków zaburzeń reaktywnych 8, symulacji 2, metasymulacji 2, a wśród 161 więźniów śledczych było zaburzeń reaktywnych 27, symulacji 8, metasymulacji 2. Na 10 przypadków symulacji przypada więc aż 39 stanów reaktywnych, podczas gdy w szpitalu wrocławskim zaledwie 6,2.

¹ Zgodnie z powyżej sformułowanymi zastrzeżeniami należy pamiętać o tym, że wyodrębnienie zespołów oznacza nieraz tylko tyle, iż dany zespół dominuje w tych przypadkach nad objawami charakterystycznymi dla innego zespołu.

(„motoryczna pseudodemencja” Störtza), przy czym te dwie różnorodne postaci mogą następować po sobie w tym samym przypadku. Nierzad pseudodemencję poprzedza krótkotrwały zespół zamroczeniowy typu Gansera i objawy otępienia rzekomego później stwierdzone mogą, z uwagi na brak wyraźnych zaburzeń świadomości, nasuwać podejrzenie symulacji.

Obserwacja prowadzona systematycznie i wnikliwie pozwala z reguły po pewnym czasie ustalić zaburzenia nawet w przypadkach wątpliwych, jakkolwiek znane są przypadki, kiedy podejrzeń co do możliwości symulacji niepodobna rozstrzygnąć do końca¹.

Zespół pseudodementyny niejednokrotnie przemija szybko, a nierzad ma tendencję do przewlekłego przebiegu (ze zmiennym często obrazem klinicznym). Na uwagę zasługuje fakt, iż w badanym materiale 70% przypadków przebywało na obserwacji w szpitalach ponad 3 miesiące, w tym niemal 20% powyżej pół roku. Biorąc pod uwagę fakt, iż między początkiem zaburzeń a skierowaniem z więzienia do szpitala mija często dość długi okres czasu, należy doceniać rozmiary przypadków o przewlekłym przebiegu, w których — według badań Felińskiej — mamy z reguły do czynienia z podłożem patologicznym².

W badanym materiale osobnicy z objawami organicznego schorzenia mózgu stanowili 32% ogółu przypadków zespołu Gansera, otępienia rzekomego i puerylizmu; udział osobników psychopatycznych z cechami osobowości histerycznej wynosił w materiale Instytutu tylko 28%, odsetek lekkiego debilizmu nie przekraczał 15,3%³.

Przypadki otępienia rzekomego, w których stwierdzono wyraźne podłoże depresyjne wynosiły w materiale Instytutu 47%; stany podniecenia psychoruchowego obserwowano znacznie rzadziej, bo tylko w 28% przypadków.

Podkreślić należy, że po zespole pseudodementynym można nierzad obserwować symulowanie wygasłych objawów tego zespołu (metasymulacja); wśród 87 przypadków metasymulacji w badanym materiale u 48 osobników (55%) symulacja związana była właśnie z otępieniem rzekomym. Nie powinno to oczywiście rzutować wstecz i powodować

¹ Por. Anderson: *An experimental investigation of simulation and pseudo-dementia*. Acta Psychiatr. et Neurol. Scandinavia, Suppl. 132, vol. 34, 1959, s. 10.

² Por. A. Felińska: *Reakcja w postaci pseudodemencji u psychopatów* (ros.), *Problemy Sudiebnoj Psichiatrii*, 1941, t. III.

³ W materiale Felińskiej (103 przypadki pseudodemencji) odsetek niedorozwoju wynosił 12%.

Niektórzy autorzy są jednak zdania, iż zespołu otępienia rzekomego i Gansera nie spotyka się u osób, wykazujących dobry poziom inteligencji. Por. Arieti i Meth: *Ganser's syndrome*. *American Handbook of Psychiatry*, New York 1959, t. I. s. 547 i nast.

podawanie w wątpliwość uprzednio obserwowanych objawów reaktywnych.

Wśród zaburzeń reaktywnych u kobiet zespół otępienia rzekomego zanotowano w 18% przypadków.

2. Stan reaktywny o charakterze zespołu depresyjnego jest drugim z kolei pod względem liczebności zespołem w badanym materiale (22,6%).

Problematyka stanów depresyjnych w praktyce penitencjarnej jest szczególnie interesująca, a zarazem skomplikowana. Sam fakt pozbawienia wolności oraz warunki więzienne sprzyjają reakcjom depresyjnym i niewątpliwie nastroj depresyjny cechuje bardzo wielu więźniów (w szczególności w starszych rocznikach wieku) po dłuższym okresie przebywania w więzieniu w przypadkach kar długoterminowych. Jednak przynębenie i złe samopoczucie z odcieniem depresyjnym różni się istotnie od reaktywnych stanów depresji, w których widoczne są objawy psychotyczne¹. W tego rodzaju stanach reaktywnych o określonej symptomatyce zespół depresyjny ma poza tym odmienne oblicze aniżeli w przypadkach, gdy nastrój depresyjny towarzyszy tylko innym zaburzeniom reaktywnym.

Zaburzenia, które zaopatrywane są rozpoznaniem reaktywnych depresji, mają — jak to słusznie zaznacza Buniejew^{1 2} — różnorodny charakter. Wyraźne zabarwienie, większości tych stanów elementami historycznymi nadaje często obrazowi klinicznemu swoiste piętno i może nieśłusznie budzić podejrzenie symulacji. W „depresjach historycznych”³ zwraca na siebie uwagę, zwłaszcza w początkowym okresie, duża wyrazistość mimiki i gestów, jakby demonstrowanie swego cierpienia, tendencja chorych do zwracania na siebie uwagi otoczenia, wzbudzenia litości, oskarżania innych osób, niekiedy dokonywanie zamachów samobójczych w sposób demonstracyjny lub popełnianie niepoważnych samouszkodzeń — przy jednoczesnym braku prawdziwego zahamowania psycho-

¹ Fakt rzadkiego występowania u więźniów głębokich depresji podkreślił ostatnio Binsley w artykule *Dynamie aspects of psychiatric symptoms among prisoners in terms of aggression*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, Vol. 126, 1958.

Byłoby jednak wysoce interesujące ustalenie na podstawie systematycznych badań psychiatrycznych w jednym z dużych więzień, przeznaczonych głównie dla przestępców z długoterminowymi karami pozbawienia wolności, jak kształtuje się odsetek stanów depresyjnych o różnym natężeniu. Stany te mogą, jak wiadomo, ze względu na objawy mało zwracające na siebie uwagę otoczenia, nie być przez administrację więzień zgłaszane do lekarzy.

² A. Buniejew: *Zagadnienie stanów reaktywnych w klinice sądowo-psychiatrycznej* (ros.) *Problemy Sudiebnoj Psichiatrii*, 1947, t. VI, s. 109.

³ Korsaków, Cziż, Ziehen posługiwali się terminem „histeromelancholii”, Bumke wyodrębnił historyczne depresje spośród innych reakcji historycznych.

ruchowego, urojeń grzeszności, samooskarżania itp., co odbiega daleko od obrazu typowej depresji reaktywnej. Jeżeli poza tym występują jeszcze fragmentarycznie elementy pseudodemencji i puerylizmu (zjawisko dość częste), to całość może pozornie przypominać symulację, o ile nie uwzględni się specyfiki mechanizmów histerycznych.

Postać depresyjno-paranoidalna z wyraźnymi objawami lęku, niepokojem i stereotypowym zachowaniem, sprawia oczywiście znacznie mniejsze trudności rozpoznawcze.

W przypadkach o przewlekłym przebiegu, obok pogłębienia się objawów zahamowania aż do stanu osłupienia, widoczne są wybitne zaburzenia w sferze somatycznej, a zwłaszcza funkcji układu wegetatywnego. Nie należy jednak zapominać o tym, że niekiedy przy przewlekłym przebiegu nasilają się i dominują objawy histeryczne.

W badanym materiale odsetek depresji, wymagających pobytu w szpitalu ponad 5 miesięcy, sięgał 28%, w tym 17% chorych przebywało w szpitalu od 6 miesięcy do 1 roku. Znamienny jest fakt, iż aż 47% pacjentów stanowili więźniowie w wieku powyżej lat 40, a $\frac{1}{5}$ rekrutowała się spośród więźniów liczących ponad lat 50.

Symptomatykę o zabarwieniu histerycznym obserwowano na Oddziale Psychiatrii Sądowej Instytutu w 79% przypadków depresji.

Wśród badanych kobiet zespół depresyjny występował aż w 32% przypadków.

3. Zaburzenia z zespołem osłupienia (stuporu)¹, stanowiące w badanym materiale 16,8% ogółu zaburzeń reaktywnych, rzadko powstają, jak wiadomo, jako samoistny typ reakcji; znacznie częściej stan osłupienia następuje po otępieniu rzekomym, zespole Gansera i puerylizmie, nieraz po okresie pozornego ustąpienia wszystkich objawów reaktywnych. Poza tym po stuporze często zjawiają się znowu objawy innych zaburzeń reaktywnych przede wszystkim pseudodemencji (Buniejew, Pastuszenko).

Wówczas, gdy stan osłupienia jest w pełni rozwinięty, gdy cechuje go wyrazista, typowa symptomatyka, świadcząca o głębokich zaburzeniach, nie ma poważniejszych trudności diagnostycznych (poza dobrze znaną koniecznością różnicowania w pewnych przypadkach osłupienia reaktywnego ze stuporem katatonicznym). Wówczas jednak, kiedy zahamowanie jest miernie wyrażone, a reakcje emocjonalne są żywe i demonstracyjne, gdy nie ma łatwo uchwytnych zaburzeń świadomości i bardzo znacznego zubożenia procesów psychicznych, zjawiają się często wątpliwości, czy całe tego rodzaju zachowanie się nie jest symulowaniem zaburzeń psy-

¹ Wśród 59 przypadków zaliczonych do tej grupy w 18 przypadkach chodziło o stany nie w pełni rozwiniętego stuporu („priestupornyje sostojania”).

chicznych. Wątpliwości tych nieraz rozstrzygnąć niepodobna (Pastuszenko)¹.

Takie stany nie w pełni rozwiniętego stuporu (priestuporoznyje sostojania) należy jednak ujmować jako niewątpliwe zaburzenia psychiczne, które ujawniają się z całą wyrazistością po zastosowaniu środków farmakologicznych rozhamowujących (badania dokonane w Instytucie Psychiatrii Sądowej w Moskwie)².

Kliniczne obrazy osłupienia reaktywnego są w praktyce różnorodne i schematyczne ich ujmowanie nie odzwierciedla rzeczywistości³. Stupory stosunkowo niedługo trwające z wyraźną histeryczną symptomatyką odbiegają daleko od stuporów przewlekłych, w których wielką rolę grają czynniki somatogenne i które trzeba różnicować ze stuporem katatonicznym. Stany osłupienia mogą mieć różne natężenie, nieraz widoczne są zmiany w ciągu jednej doby, nieraz mijają miesiące i objawy utrzymują się w tej samej postaci i z tym samym nasileniem. Nieraz obserwować można przejściowo zachowanie puerylne i wypowiedzi pseudodementywne, a zaburzenia świadomości ocenić można właściwie tylko w warunkach eksperymentalnych po zastosowaniu środków rozhamowujących⁴. Różnice w zachowaniu się wielu chorych wówczas, gdy są obserwowani i wtedy, gdy są sami (na co już przed 60 laty zwrócił uwagę Raecke)⁵ mogą nieraz niesłusznie powodować podejrzenie symulacji. Przypadki z dużą regresją osobowości (zanieczyszczanie się, jedzenie z miski, chodzenie na czworakach, imitowanie głosów zwierząt itp.) w stanach mało nasilonego osłupienia mają zupełnie odmienne oblicze aniżeli typowe osłupienie z pełnym zahamowaniem.

Przypadki przewlekłego osłupienia, w których często stwierdza się zmiany organiczne mózgu⁶, wskazują na konieczność brania pod uwagę pewnych objawów związanych ze swoistym podłożem patologicznym w tych przypadkach.

¹Por. Pastuszenko: *Przewlekły psychogeny stupor* (ros.), *Problemy Sudiebnoj Psichiatрії*, 1946, t. V, s. 220.

²Por. A. Chalecki: *Badanie i diagnostyka zaburzeń psychicznych przy pomocy środków farmakologicznych* (ros.), *Problemy Sudiebnoj Psichiatрії*, 1946, s. V.

³Mołoczek uważa, że kliniczne obrazy stuporów są tak różnorodne, jeśli chodzi o przebieg, zejście i patogenezę, iż niemal nie dadzą się usystematyzować. Por. A. Mołoczek: *Histeryczne reakcje z przewagą objawów somatycznych* (ros.), *Problemy Sudiebnoj Psichiatрії*, 1946, t. V, s. 181.

⁴Por. Chalecki: *Op. cit.*, s. 298.

⁵Por. Pastuszenko: *Przewlekły psychogeny stupor* (ros.), *Problemy Sudiebnoj Psichiatрії*, 1946, t. V. Por. również A. Portnow i D. Fedotow: *Nerwice, psychozy reaktywne i psychopatie* (ros.), Moskwa 1957, s. 61.

⁶Spośród 30 przypadków przewlekłego stuporu z materiału Instytutu Psychiatrii Sądowej w Moskwie aż w 28 przypadkach stwierdzono objawy organicznego uszkodzenia mózgu związane z przebytymi urazami czaszki. Por. Pastuszenko: *Op. cit.*, s. 218.

Dobrze jest pamiętać o tym, że niemal zawsze po ustąpieniu stuporu występują objawy pseudodementyjne (lub inne postacie reakcji hysterycznych), niejednokrotnie nasuwające niesłuszne podejrzenie symulacji, oraz iż fakt ustąpienia osłupienia w warunkach, gdy choremu nie grozi już odesłanie do więzienia, nie świadczy o uprzednim symulowaniu stuporu, podobnie jak nawrót objawów chorobowych wówczas, gdy sytuacja zmienia się niekorzystnie i pacjent zaczyna z niej zdawać sobie sprawę¹.

W 26 przypadkach osłupienia obserwowanych w Instytucie tylko w 6 przypadkach, i to jedynie na samym początku pobytu, wyłoniły się podejrzenia symulacji, które szybko odpadły.

Symptomatyka historyczna występowała z całą wyrazistością w 10 przypadkach, a w bardziej dyskretnej postaci we wszystkich pozostałych przypadkach.

11 chorych wyróżniało się bardzo zmienną symptomatyką oraz powolnym wygasaniem objawów, u 6 pacjentów zahamowanie nie osiągnęło rozmiarów wyraźnego osłupienia.

46% tych chorych według anamnezy ujawniało cechy osobowości schizoidalnej, podłoże organiczne udało się ustalić tylko w 30% przypadków.

Odsetek chorych w wieku powyżej 30 lat stanowił 36% ogółu przypadków osłupienia.

Okres obserwacji przed wydaniem orzeczenia w 43% przypadków przekraczał 6 miesięcy^{1 2}. Około 30% tych chorych wymagało pozostawienia w szpitalu celem dalszego leczenia, 10% zwolniono do domu; do więzienia skierowano tylko 46% pacjentów po ustąpieniu objawów chorobowych. Zaznaczyć należy, że u 3 więźniów z objawami stuporu rozpoznanie schizofrenii jest wysoce prawdopodobne; w 1 z tych przypadków objawy osłupienia trwają już powyżej 5 lat, w 2 innych przypadkach ponad 2 lata.

4. Przypadki zaburzeń reaktywnych z zespołem omamowieniowym (wzgl. paranoidalnym), jakkolwiek nie powinny budzić podejrzeń o symulację z uwagi na wyraźną symptomatykę psycho-

¹ Pastuszenko wskazuje na to, iż tak długo, jak zagrażały chorym przeniesienie do więzienia i sprawa sądowa, nie obserwowano pełnego wyzdrowienia. W pewnych przypadkach występowała krótkotrwała poprawa, ale gdy chorzy zaczęli zdawać sobie sprawę z powagi swej sytuacji, znowu wpadali w stupor. Pastuszenko: *Op. cit.*, s. 217.

² Według danych Instytutu Psychiatrii Sądowej w Moskwie pobyt na oddziale więźniów z objawami osłupienia trwa przeciętnie 7—8 miesięcy. Por. Pastuszenko: *Przewlekły psychogeny stupor i jego rozpoznawanie* (ros.), *Problemy Sudiebnoj Psichiatrii*, 1946, t. V, s. 221.

tyczną, to jednak w praktyce nieraz są błędnie interpretowane pod kątem widzenia symulacji¹.

Źródłem błędów tego rodzaju jest fałszywa ocena zasadniczych mechanizmów tkwiących u podłoża każdego w zasadzie stanu reaktywnego, które, jak to zaznaczono już we wstępnych rozważaniach niniejszego opracowania, nadaje swoisty wyraz objawom reaktywnym, adekwatny do przeżyć związanych z sytuacją więźnia i do jego tendencji wydostania się z tej traumatyzującej sytuacji. To właśnie zabarwienie objawów specjalną postawą pacjenta, mającą pewne odległe powinowactwo do postawy symulacyjnej i nadającą obrazowi klinicznemu na pozór podejrzany charakter, powoduje nieraz poważne w skutkach błędy diagnostyczne.

Fakt, iż treść przeżyć halucynacyjnych jest związana z sytuacją więźnia, że zachowanie jego cechują żywe reakcje emocjonalne oraz że wykazuje on nieraz zainteresowanie dalszym swym losem, rodziną itp. budzi czasami niedowierzanie, jakkolwiek zespołowi omamowo-urojeniomu nie towarzyszą z reguły elementy demonstracyjnej teatralności i gry właściwe wielu reakcjom histerycznym.

Na podejrzewanie symulacji może wpływać również fakt, iż po znalezieniu się chorego więźnia w szpitalu następuje niekiedy dość szybkie zblednięcie pewnych objawów patologicznych, że omamy jak gdyby przyplływają i odpływają, narastając głównie w nocy, w warunkach, gdy fachowa obserwacja pacjenta, jest w praktyce z reguły niemożliwa.

W badanym materiale zespół urojeniowo-omamowy występował w 13,4% ogółu zaburzeń reaktywnych. Wśród 47 przypadków u 14 chorych urojenia tak dalece dominowały nad omamami, że obraz kliniczny był bardzo zbliżony do zespołu czysto paranoicznego.

Na uwagę zasługuje fakt, że anamnezy uzyskane w przypadkach obserwowanych na Oddziale Psychiatrii Sądowej Instytutu ujawniły wyraźne cechy osobowości schizoidalnej aż u 61% chorych więźniów z zespołem urojeniowo-omamowym, podczas gdy cechy tzw. charakteru histerycznego występowały wyjątkowo.

Obserwacja szpitalna trwała w tych przypadkach przed wydaniem orzeczenia w 28% przypadków powyżej 4 miesięcy (w tym w 13% przypadków od 6 miesięcy do roku), a w 25% przypadków od 3 do 5 miesięcy. Tylko 44% tych więźniów uznano za zdolnych do stawiania przed

¹ Por. O. Pilecka: *Zespoły paranoidalne reaktywne w świetle orzecznictwa sądo-wo-psychiatrycznego*. „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska” 1960, t. X, nr 1. W pracy tej omawiany jest niezmiernie pouczający przypadek więźnia karnego z wyraźnymi zaburzeniami psychogennymi, u którego po 4-miesięcznej obserwacji rozpoznano symulację; dopiero wówczas, gdy więzień ten usiłował wbić sobie gwóźdź w kość czołową i stracił przytomność, skierowano go do szpitala psychiatrycznego, gdzie rozpoznano zaburzenia reaktywne o przewlekającym się przebiegu. Zespół omamowo-urojeniowy trwał u tego więźnia przeszło 3 lata.

sądem; 34% wymagało dalszego leczenia szpitalnego, a 17% zwolniono do domu.

Osobnicy w wieku powyżej 30 lat stanowili 64% ogółu tych pacjentów, przy czym odsetek chorych w wieku powyżej 40 lat wynosił 19%.

Jak wiadomo, w przypadkach z zespołem omamowo-urojeniowym nie-raz wyłaniają się trudności diagnostyczne w związku z podejrzeniem procesu schizofrenicznego. W materiale Instytutu wątpliwości takie powstały w 2 przypadkach, ale dalszy przebieg nie przemawiał za schizofrenią. Poza tym w 3 przypadkach schizofrenii początkowe objawy mogły być interpretowane jako charakterystyczne dla reaktywnej psychozozy omamowo-urojeniowej.

Poza 47 przypadkami zaburzeń z objawami psychotycznymi typu omamowo-urojeniowego było w badanym materiale 12 przypadków, które można zaopatrzyć rozpoznaniem ostrego zespołu paranoidalnego (*ostrej reaktywnej paranoid* — według autorów rosyjskich).

W tym stosunkowo bardzo rzadkim zespole urojeniowym, rozwijającym się nagle na tle nasilonego lęku oraz niepokoju i szybko przemijającym w warunkach szpitalnych, stwierdza się również istnienie omamów, głównie wzrokowych.

W badanych przypadkach wyraźne były zaburzenia świadomości zbliżone do typu zaburzeń onejroidalnych, stan lękowy z niepokojem psychoruchowym oraz urojenia prześladowcze niezmiernie dokuczliwe dla tych chorych. Zaznaczyć należy, że 7 spośród tych 12 więźniów systematycznie nadużywało alkoholu w znacznych ilościach.

Po kilkutygodniowym pobycie w szpitalu powyższe objawy chorobowe mijały, widoczny był natomiast jeszcze przez pewien czas stan przygnębienia i zahamowania.

Omawiane przypadki rozpoznawane były w orzeczeniach jako: „ostry stan lękowo-zamroczeniowy”, „stan lękowo-zamroczeniowo-omamowy” lub „ostry stan paranoidalny”.

Kończąc omawianie zaburzeń, w których urojenia stanowią zasadniczy element psychotyczny, należy na marginesie podkreślić znaczenie dla praktyki penitencjarnej nader często spotykanego u więźniów nastawienia paranoidalnego, tendencji do egocentrycznego, nieufnego i ksobnego interpretowania różnych faktów związanych z ich sytuacją w więzieniu, do dużej podejrzliwości i skłonności do dopatrywania się pokrzywdzenia w różnych zarządzeniach władz.

Tego rodzaju nastawienie, cechujące zwłaszcza więźniów odbywających długo-terminowe kary pozbawienia wolności, nie bacząc na to, iż nie może być uważane za objaw wyraźnych zaburzeń, powinno się rozpatrywać z psychopatologicznego punktu widzenia. Właściwy stosunek do takiego paranoidalnego nastawienia wielu więźniów, należyte rozumienie i prawidłowa ocena ich nieadekwatnych często reakcji, mają duże znaczenie w praktyce penitencjarnej, gdyż mogą zapobiec wielu niepotrzebnym konfliktom w więzieniu.

5. Do objawów zbliżonych do urojeń i nieraz bądź mylnie uważanych za urojenia, bądź niesłusznie interpretowanych jako wypowiedzi świadczące o symulacji, należy tzw. fantazjowanie o treści podobnej do urojeń (*briedopodobnyje fantazji, wahnhafte Einbildungen*).

Od czasu, gdy Birnbaum przed przeszło 50 laty opisał ten rodzaj zaburzeń u więźniów i polemiki Bleulera z Birnbaumem, problematyce tych objawów niewiele poświęcono uwagi w piśmiennictwie. Niepodobna chyba wyodrębnić je jako jednolite zespoły i trudno jest dokładnie sprecyzować ich strukturę. Treść produkowana w fantazjowaniu nie przypomina z reguły urojeń; zmyślanie najbardziej nieraz nieprawdopodobnych i dziwacznych faktów odbywa się na tle jaskrawo często wyrażonych cech histerycznych w zachowaniu się, a nieraz i pewnych dyskretnych zaburzeń świadomości (Kraepelin, Lange, Bumke, Pastuszenko)¹. Mechanizm leżący u podłoża tych objawów jest najczęściej histeryczny^{1 2} i widoczne jest nieraz wyraźne współistnienie elementów pseudodementywnych i puerylizmu (Pastuszenko).

Niezmiernie różnorodna i zmienna treść tych pseudourojeń, sprzeczność treści wypowiedzi z nastrojem, ich groteskowość i karykaturalność, obronna tendencja widoczna w nich nieraz oraz częsta postawa teatralna — wszystko to może budzić podejrzenie symulacji³.

Z badanego materiału wyodrębniono omawiane poniżej 10 przypadków, gdyż fantazjowanie o treści zbliżonej do urojeń nadawało tym zaburzeniom reaktywnym swoisty charakter, stanowiąc jakby najbardziej patologiczny ich element⁴. W przypadkach tych nie zawsze mamy do czynienia z wyraźną symptomatyką histeryczną.

Właściwie tylko w połowie przypadków występowały wyraźnie elementy otępienia rzekomego lub puerylizmu (4 przypadki), względnie

¹ Por. Pastuszenko: *Reaktywny zespół korifabulacyjny* (ros.), *Problemy Sudżebnoj Psichiatrii*, 1941, t. III.

² Buniejew jest zdania, że ten rodzaj fantazjowania z pseudourojeniami może powstać jako samoistny zespół bez powiązania z objawami histerycznymi. Por. Buniejew: *Stany reaktywne* (ros.). Rozdz. 23 w podręczniku *Sudiebnaja Psichiatria*, Moskwa 1950, s. 343.

³ Łuniewski, mówiąc o „urojeniach fantastycznych”, wnikliwie podkreśla zmienność ich treści w zależności od nastroju, zdarzeń chwili i gry fantazji, oraz okoliczność, że pacjenci nie wykazują wiary w to co mówią; charakterystyczne są sprzeczności zachodzące między ich czynami (dorzeczne listy do rodziny i niedorzeczne podania do władz, normalne rozmowy z adwokatem, niedorzeczne pisma do sądu). Por. W. Łuniewski: *Pierwiastek reaktywny w psychozach osób uwięzionych*, *Rocznik Psychiatryczny*, 1934, zes. XXIII, s. 66.

⁴ Fantazjowanie z objawami pseudourojeń w postaci fragmentarycznej spotykamy przejściowo w zaburzeniach reaktywnych różnego typu, przede wszystkim w przypadkach otępienia rzekomego.

stan zahamowania psychogennego (2 przypadki); w pozostałych przypadkach obserwowano okresowo stany podniecenia psychoruchowego (2 przypadki), przemijające stany lękowe (2 przypadki).

W tych przypadkach, w których były dane o poprzedniej karalności (8), okazało się, że z reguły więźniowie ci są wielokrotnymi recydywistami (6). Połowa badanych ujawniała wyraźne cechy osobowości hysterycznej, w szczególności tendencje do pseudologii, 2 było charakteropatami (po urazach), 1 był debilem.

Okres obserwacji przed wydaniem orzeczenia był na ogół długi; zaburzenia utrzymywały się w 5 przypadkach ponad pół roku, w 1 przypadku trwają około 3 lat (ostatnio wystąpiły objawy osłupienia).

Jeśli chodzi o treść produkowanych fantastycznych pseudourojeń, to dominowały pseudourojenia prześladowcze (8 przypadków) o najbardziej nedorzecznej, zmiennej i fantastycznej tematyce. Podobnie nedorzeczne i groteskowe były wytwory fantazji o treści pseudourojeń wielkościowych w pozostałych przypadkach. W 3 przypadkach pseudourojenia prześladowcze i wielkościowe występowały obok siebie.

Postawa i zachowanie się tych osobników stały z reguły w całkowitej sprzeczności z treścią ich wypowiedzi, które zresztą w okresie obserwacji nieraz produkowane były masowo, a nieraz bardzo skąpo i jedynie urywkowo¹.

6. Przypadków zaburzeń reaktywnych z objawami hysterii konwersyjnej było w badanym materiale 20 (5,7%)². W połowie tych przypadków nie stwierdzono poza objawami cielesnymi żadnych innych zaburzeń, w 7 przypadkach występowały w zachowaniu elementy otępienia rzekomego i objawy puerylizmu, w 2 przypadkach widoczny był nastrój depresyjny.

¹ Cytujemy kilka najbardziej charakterystycznych wypowiedzi, które w oderwaniu od całokształtu obrazu klinicznego mogą być uważane za typowe wypowiedzi świadczące o symulacji: „...jest właścicielem wielu majątków ziemskich za granicą, stale podróżował po różnych krajach, wracał z ambasadorem radzieckim do kraju, ma list gwarancyjny z ONZ...”; „...jest znanym wynalazcą rakiet i niedługo poleci na księżyc, pisał w tej sprawie do papieża...”; „...jest obywatelem francuskim, narzeczonym znanej aktorki filmowej BB, pisze utwory dramatyczne i poematy dla górników i całego narodu...”; „...ma 15 żon, lekarka jest też jego żoną, w szpitalu mają go zabić, on sam zabił babkę, zrobił z niej kiełbasę i zjadł ją...”; „widział wielokrotnie lekarzy szpitalnych, gdy był małym dzieckiem i w okresie późniejszym, jest potomkiem Czartoryskich, tutejsza lekarka dawała mu zastrzyki na zubożenie, był cudownym dzieckiem jasnowidzem i ambasadorzy obcych państw przyjeżdżali do niego po rady”.

² Objawy hysterii konwersyjnej są częstsze w przypadkach zaburzeń reaktywnych u kobiet aniżeli u mężczyzn. Wśród kobiet przypadków takich było 14%; z reguły analogiczne zaburzenia występowały u nich również uprzednio, gdy znajdowały się na wolności.

Przypadki mutyzmu (niemoty) były najczęstsze (13), poza tym reprezentowane są: zaburzenia chodu (astasia — abasia 3 przypadki), napady drgawkowe (2 przypadki) oraz pojedynczo występujące głuchoniemota i niedowład.

Zaznaczyć należy, że część tych przypadków miała przebieg przewlekły; 20% leczonych nawet po upływie pół roku nie można było wypisać do więzienia. Dwaj pacjenci leczeni z powodu mutyzmu po odesłaniu do więzienia ponownie zaniemówili; łącznie mutyzm trwa u nich już przeszło półtora roku.

7. Przy omawianiu poszczególnych postaci zaburzeń reaktywnych u więźniów wspomniano kilkakrotnie o tym, iż przebieg niektórych stanów reaktywnych bywa nieraz przewlekły. Fakt ten posiada istotne znaczenie dla praktyki sądowej i penitencjarnej. Przypadki zaburzeń reaktywnych o przewlekłym przebiegu wymagają często przeniesienia takich chorych na zwykłe oddziały szpitalne w warunki pozbawione elementów izolacji i zabezpieczenia przed ucieczką, a niekiedy nawet powodują wnioski lekarzy o zwolnienie niektórych spośród tych pacjentów do domu.

Doświadczenie poucza bowiem w sposób nie budzący wątpliwości, iż w pewnych przypadkach niepodobna oczekiwać wyleczenia takich chorych w warunkach izolacji nawet w ciągu wielu lat. Stan ich ogólny ulega tak wybitnemu pogorszeniu, iż zagraża nieraz zejściem śmiertelnym i dopiero zasadnicza zmiana w sytuacji takiego chorego więźnia, tzn. znalezienie się jego na wolności, powoduje wygaśnięcie objawów chorobowych.

Należyta ocena tego stanu rzeczy przez prawników jest nader ważna.. Tylko wówczas, gdy chodzi o przestępców prawdziwie społecznie niebezpiecznych, usprawiedliwione są zasadnicze zastrzeżenia i sprzeciwy wobec tego rodzaju wniosków lekarzy.

W materiale Oddziału Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychoneurologicznego, na ogólną liczbę 100 przypadków zaburzeń reaktywnych, przypadki, w których zaburzenia trwały w okresie obserwacji klinicznej powyżej 1 roku¹, stanowią aż 32% ogółu badanych przypadków, przy czym u 10% tych więźniów czas trwania zaburzeń przekraczał 2 lata, osiągając u niektórych 5 i 6 lat.

Wśród tych 32 przypadków najliczniej reprezentowane są stany osłupienia (11 przypadków), depresje (8 przypadków) i otępienie rzekome (6 przypadków), przy czym wiek chorych w 87,5% przypadków przekra-

¹ Należy w takich przypadkach specjalnie doceniać znaczenie faktu, że okres zaburzeń, poprzedzający przesłanie z więzienia do szpitala, wymyka się spod naszej kontroli.

czał 30 lat, a pacjenci liczący powyżej 40 lat (stanowili aż 37%. Na specjalną uwagę zasługują dane świadczące o tym, iż jedynie 25% tych więźniów było recydywistami oraz że 43,7% spośród nich było oskarżonych o popełnienie zabójstw (niemal wszyscy o zabójstwa na podłożu afektu).

W omawianych przypadkach długo trwających zaburzeń reaktywnych o przewlekłym przebiegu spotykamy bardzo znaczny odsetek osobników schizoidalnych (43%) i stosunkowo niewiele osobników z cechami charakteru histerycznego (28%). Przypadki o podłożu organicznym wynoszą około 22%.

Spśród 32 chorych 10 przebywa nadal w szpitalu, a 13 zwolniono do domu; 9 skierowano do więzienia, ale w 2 przypadkach stwierdzono w więzieniu nawrót zaburzeń.

Dane powyższe wskazują na duże znaczenie dla praktyki wielu przypadków zaburzeń reaktywnych o przewlekłym przebiegu; ta kategoria zaburzeń zasługuje na specjalne opracowanie na podstawie znacznie większego materiału.

WNIOSKI

Opierając się na całokształcie powyżej omówionych danych, spróbujemy obecnie sformułować najważniejsze wnioski wynikające z analizy całego materiału, obejmującego zarówno przypadki zaburzeń reaktywnych, jak i symulacji.

Na wstępie uwaga dość istotna. Materiał ten nie może być uważany za reprezentatywny dla ogółu więźniów, gdyż dotyczy z reguły tylko więźniów śledczych; problematyka zaburzeń reaktywnych u więźniów karnych jest nieco odmienna z uwagi na swoiste elementy związane z inną pod pewnymi względami sytuacją życiową tych osobników, z bardziej długotrwałą ich izolacją. Nie wiadomo jakie postacie zaburzeń wysunęłyby się na pierwsze miejsce, gdyby materiał obejmował tylko więźniów karnych; czy nie byłoby znacznie więcej depresji i zespołów paranoidalnych, stanów osłupienia, a może i psychoz omamowo-urojenowych. Prawdopodobnie zwiększyłyby się odsetek zaburzeń o przewlekłym przebiegu i jeszcze liczniej reprezentowani byłiby osobnicy w starszych rocznikach wieku. Może zmalałaby znacznie liczba metasymulacji, a przypadki zaburzeń psychotycznych, nie będących stanami reaktywnymi, sprawiałyby dodatkowe trudności w diagnostyce różniczkowej¹.

Materiał omawiany w niniejszej pracy, dotyczący z reguły więźniów

¹ W dostępnym piśmiennictwie brak jest opracowań uwzględniających specyfikę zaburzeń psychicznych u więźniów karnych.

śledczych, Jest jednak tym materiałem, który ma dla biegłego psychiatry oraz praktyki prokuratorskiej i sądowej największe znaczenie z uwagi na trudności, które są często związane z pytaniem „zaburzenia reaktywne czy symulacja?”, oraz na poważne komplikacje, które te przypadki powodują z reguły podczas śledztwa i rozprawy sądowej.

1. Dane liczbowe i analiza przypadków zaburzeń reaktywnych oraz symulacji, dokonana w niniejszej pracy, ujawniły przede wszystkim ważny fakt, że w materiale szpitalnym na około 800 rozpoznań stanów reaktywnych przypada najwyżej 100 przypadków czystej symulacji¹. Obserwacja kliniczna rzadko więc ustala symulowanie zaburzeń psychicznych u więźniów śledczych kierowanych do szpitali psychiatrycznych. Wyniki badań przeprowadzonych w okresie roku w 2 dużych więzieniach śledczych przemawiają za tym, że „współczynnik symulacji” obliczony na 1000 więźniów wynosi 1,4‰, a po dokonaniu poprawki, uwzględniającej ewentualne nieujawnione przypadki, nie przekracza chyba 2 promile. Konsekwentne, świadome produkowanie objawów patologicznych w ciągu wielu tygodni przez osobników nie wykazujących zaburzeń psychicznych jest zapewne zjawiskiem wyjątkowym w praktyce penitencjarnej.

Wobec ustalenia w materiale szpitalnym częstego występowania u więźniów po zaburzeniach reaktywnych metasymulacji, tzn. podtrzymywania przez nich wygaśniętych objawów chorobowych, należy doceniać znaczenie faktu, że w więzieniach część przypadków symulacji stanowią przypadki metasymulacji, a nie czystej symulacji.

W badanym materiale klinicznym, obejmującym zaburzenia reaktywne, stwierdzono metasymulację po ustąpieniu zaburzeń aż w 24,8% przypadków. Osobnicy ci odsyłani byli ze szpitali do więzień bezpośrednio po wygaśnięciu zaburzeń, przy czym nie zawsze biegli zaznaczali wyraźnie w orzeczeniach, iż obecna symulacja jest ściśle związana z przebytym stanem reaktywnym. Przypadki takie mogą być i są zapewne najczęściej błędnie utożsamiane potem w więzieniach ze zwykłą symulacją.

Należy przy tym doceniać znaczenie faktu, że w pewnych, przypadkach stwierdza się symulowanie pewnych objawów patologicznych u więźniów wykazujących niewątpliwe zaburzenia reaktywne, a więc, iż ustalenie pewnych wypowiedzi świadczących o symulacji nie upoważnia do kwestionowania zaburzeń w tych przypadkach. W badanym materiale ujawniono w 5,7% stanów reaktywnych (z reguły w depresjach) współistnienie symulacji (najczęściej symulowanie niepamięci).

¹ „Najwyżej 100”, gdyż w tej liczbie mieści się około 30 przypadków, w których rozpoznanie czystej symulacji budzi poważne wątpliwości.

Podobnie stwierdzenie symulacji nie wyklucza możliwości przekształcenia się jej później w stan reaktywny; kwestionowanie zaburzeń tylko dlatego, iż uprzednio obserwowano w tym przypadku postawę symulacyjną, jest poważnym błędem wobec dobrze znanej możliwości utracenia regulacji przez takiego osobnika nad mechanizmem symulacyjnym, który przekształca się w reakcję histeryczną, przebiegającą poza kontrolą świadomości.

Przypadki takie uchwytne są z reguły tylko podczas systematycznych badań i obserwacji przeprowadzanych w więzieniach, w związku z czym omawiany materiał nie może stanowić źródła ich ujawnienia. Jakkolwiek więc w przypadkach zaburzeń reaktywnych obserwowanych w Instytucie zdołano ustalić tylko u 2,7% chorych więźniów, iż stan reaktywny poprzedzała symulacja, to jednak w rzeczywistości odsetek ten mógłby okazać się wyższy, gdyby rozporządzano we wszystkich przypadkach miarodajnymi danymi z więzienia.

Analiza przypadków „czystej, prawdziwej” symulacji, tak nielicznych w całym materiale, ujawniła, iż większość z nich nie nastęcza podczas dłuższej obserwacji klinicznej poważnych trudności przy ustalaniu symulacji¹. Więźniowie symulujący zaburzenia psychiczne należą jednak z reguły do kategorii przestępców ujawniających wyraźne cechy patologiczne; sylwetki ich zarysowują się wyraźnie jako osobowości nie mieszczące się w granicach normy nawet szeroko pojmowanej.

Mała ilość wyczerpujących anamnez dotyczących okresu dzieciństwa, brak wywiadów środowiskowych, bardzo skąpa dokumentacja, niepogłębione charakterystyki psychopatologiczne — wszystko to niezmiernie utrudnia zdanie sobie sprawy z całokształtu cech osobowości badanych. Poważną wadą materiału poza tym jest mała ilość badań pneumo- i elektroencefalograficznych, co powoduje, iż wiele zapewne przypadków z uszkodzeniami mózgu, nie dającymi się wykryć zwykłymi metodami klinicznymi, nie zostało zakwalifikowanych jako przypadki o podłożu organicznym. Jeśli mimo to aż 37,1% badanych uznanych zostało za encefalopatów, to jest to liczba stosunkowo bardzo wysoka. Oprócz tej grupy, w której najczęstsze są objawy typowe dla zmian pourazowych, bardzo licznie występują osobnicy psychopatyczni (około 40%), którzy określani są z reguły w podobny sposób jako nadpobudliwi, drażliwi, wybuchowi, agresywni, skłonni do stanów dysforycznych. Grupa więźniów psychopatów o cechach osobowości hysteroidnej wynosi tylko 20%.

Jak zaznaczono powyżej, niepodobna jest na podstawie omawianego

¹ Poprzestawanie na jednorazowym badaniu w przypadkach podejrzanych o symulację jest reguły źródłem poważnych błędów.

materiału zdać sobie sprawę należycie z tego, jakie inne dyspozycje psychiczne ujawniali badani poza pewnymi wymienionymi cechami patologicznymi, z większością których bezpośrednio powiązanie symulacji wydaje się wątpliwe. Wydaje się również, że adekwatnym podłożem mechanizmu symulacji różnych objawów nie są obserwowane u tych więźniów: duża labilność afektywna i impulsywność, skłonność do prymitywnych reakcji, dominowanie popędów, mała tolerancja na frustracje, wyraźny egocentryzm.

Jakkolwiek więc symulacja występuje z reguły u więźniów określanych mianem charakteropatów lub psychopatów i jest w jakiś sposób powiązana z ich osobowością, to jednak próba ustalenia zależności między symulacją a pewnymi cechami ich osobowości nie jest możliwa na podstawie badanego materiału.

Więźniowie symulujący zaburzenia psychiczne rekrutują się w 81% przypadków spośród recydywistów, z reguły spośród przestępców młodocianych lub młodych — 66% badanych miało poniżej 25 lat¹. Należą oni przy tym do kategorii przestępców popełniających przestępstwa pospolite, głównie przestępstwa przeciwko mieniu, zwłaszcza kradzieże.

Recydywiści sięgają w populacji więziennej co najmniej liczby 25 000 rocznie; wśród więźniów śledczych liczbę ich w ciągu roku można oszacować na 15 000¹².

Biorąc pod uwagę tę liczbę więźniów śledczych poprzednio karanych, przebywających w więzieniach, jest oczywiste, że nawet przy założeniu, iż tylko recydywiści symulują zaburzenia psychiczne, liczba symulacji okaże się również znikoma, gdyż nie przekroczy zapewne rocznie 100—175 recydywistów³.

Faktem więc jest, że długotrwała symulacja jest zjawiskiem atypowym. wśród recydywistów, jakkolwiek zdarza się u nich stosunkowo znacznie częściej aniżeli wśród innych przestępców. Tym samym nie

¹ Więźniowie do lat 25 stanowili w 1959 r. 35,2% ogółu więźniów; odsetek więźniów recydywistów w tym wieku wynosił 25,9%.

² W lipcu 1959 r. było wśród wszystkich więźniów 21 070 recydywistów. Takich recydywistów, którzy przebywali w więzieniu co najmniej po raz 3 było: mężczyzn ok. 11 500, kobiet ok. 800.

Wśród więźniów karnych odsetek recydywistów wynosił 32,1%, wśród więźniów śledczych 17,4%.

³ W szacunku tym wychodzimy z liczby empirycznej 14 symulacji rocznie stwierdzonych w 2 więzieniach śledczych, w których ilość recydywistów wynosi przypuszczalnie ok. 2000 w badanym okresie; liczbę 14 symulacji powiększamy do 20, licząc się z ewentualnymi brakami.

Gdyby dokonać szacunku w stosunku do ogółu więźniów recydywistów (śledczych i karnych), to liczba symulujących recydywistów rocznie kształtowałaby się w granicach 150—250.

wydaje się przekonywającą ewent. hipoteza, że symulacja uwarunkowana jest tymi zaburzeniami osobowości, które — według poglądów wielu autorów — cechują recydywistów w odróżnieniu od innych przestępców. Znakomita większość recydywistów nie symuluje bowiem zaburzeń psychicznych; u osobników symulujących muszą więc odgrywać istotną rolę jakieś dodatkowe czynniki. Pozostaje kwestią otwartą, którą rozstrzygnąć mogą tylko systematyczne badania, do czego się sprowadzają owe dodatkowe czynniki, warunkujące symulację.

Do aktualnej sytuacji życiowej tych osobników niepodobna przywiązywać zbyt dużego znaczenia. Wiadomo bowiem, iż nieraz symulują recydywiści, którym nie zagraża długoterminowa kara, natomiast nie symulują tacy przestępcy, którym grozi kara śmierci. Dla wielokrotnych recydywistów więzienie jest „ryzykiem zawodowym”, przebywają w nim bowiem często i wielu spośród nich adaptuje się do warunków więzennych szybciej i lepiej aniżeli przestępcy okolicznościowi. Powstaje pytanie, czy ci, którzy symulują, pragnąc uchylić się od odpowiedzialności, wykazują szczególne upośledzenie zdolności przystosowania się do warunków izolacji, czy sprawiają oni w związku z tym specjalne trudności w zakładach penitencjarnych oraz czy i jak często reagują na pobyt w więzieniu również zaburzeniami reaktywnymi. Tylko systematycznie prowadzone badania w więzieniach mogą dać odpowiedź na te pytania.

2. Omawiany materiał wskazuje na to, iż nie czysta symulacja a metasymulacja jest prawdopodobnie w praktyce penitencjarnej bardziej istotna jeśli chodzi o problematykę symulacji, i że zagadnienie zaburzeń reaktywnych również pod tym względem wysuwa się na plan pierwszy.

Nieufność, z jaką dość często podchodzi się do przypadków zaburzeń reaktywnych u więźniów, podejrzewanie symulowania objawów patologicznych, będące źródłem wielu błędów diagnostycznych i krzywdzących chorego więźnia zarządzeń, są w pewien sposób związane z niedocenianiem w ogóle rozmiarów zaburzeń psychicznych w zakładach penitencjarnych. Występowanie różnorodnych zaburzeń psychicznych u więźniów jest zjawiskiem w pełni zrozumiałym, którego powinniśmy oczekiwać w rozmiarach zgodnych co najmniej z współczynnikami zachorowalności na pewne schorzenia psychiczne wśród ogółu ludności. Biorąc zaś pod uwagę fakt, iż w populacji więziennej są dość licznie reprezentowani osobnicy o niepełnowartościowym układzie nerwowym, wykazujący wyraźne dyspozycje patologiczne¹, należy raczej przypuszczać, że w więzieniach ilość pewnych zaburzeń psychicznych jest większa

¹ Odsetek więźniów recydywistów, którzy z uwagi na patologiczne właściwości psychiczne kwalifikują się do specjalnych zakładów penitencjarnych, wynosi w świetle nowszych badań 20—35% (Gibbens, Morris, Stürns, Marchais).

aniżeli w analogicznej liczbowo populacji przebywającej na wolności. Wśród tych zaburzeń stany reaktywne zajmują niewątpliwie poważną pozycję, stanowiąc wyraz patologicznej reakcji na sytuację frustracyjną u osobników, mających upośledzoną zdolność przystosowania się do warunków, obfitujących w czynniki wywołujące przewlekły stress.

Zaburzenia psychogenne mogą mieć różne nasilenie i nie zawsze reakcja patologiczna na uwięzienie manifestuje się objawami, które w warunkach więziennych nasuwają otoczeniu podejrzenie zaburzeń psychicznych. Niejednokrotnie poza tym zachowanie więźnia, zwłaszcza w początkowym stadium stanu reaktywnego, bywa interpretowane przez niefachowy personel zakładów penitencjarnych tylko jako świadome naruszenie dyscypliny więziennej, zasługujące na karę. W przypadkach więc, gdy zaburzenia reaktywne nie przebiegają z jaskrawo wyrażonymi objawami, należy się liczyć z tym, iż bądź nie docierają one w ogóle do psychiatrii, bądź zgłaszane są do badania dopiero po upływie dłuższego czasu.

Ocena częstości występowania zaburzeń reaktywnych u więźniów natrafia dlatego też na zasadnicze trudności i bez systematycznych badań psychiatrycznych, prowadzonych w kilku dużych więzieniach, dokonanie właściwego szacunku nie jest możliwe. Badany materiał z 15 szpitali psychiatrycznych uzupełniony danymi z 2 szpitali więziennych, po dokonaniu poprawki uwzględniającej ewentualne braki w materiale, wskazywałby na to, iż rocznie przebywa w szpitalach przeciętnie 250 więźniów wykazujących zaburzenia reaktywne, co stanowi zaledwie 2,08% ogółu więźniów śledczych i karnych. Jednak dane uzyskane na podstawie kart ambulatoryjnych w 2 więzieniach warszawskich wskazują na to, iż w więzieniach tych liczbę zaburzeń reaktywnych oszacować można co najmniej na 5%, a więc ekstrapolując te dane na całą populację więzienną otrzymamy nie 250, a co najmniej 600 więźniów rocznie, ujawniających w więzieniach zaburzenia reaktywne. Co najmniej — gdyż nawet w tych 2 więzieniach warszawskich nie można było mieć pewności, iż wszystkie przypadki stanów reaktywnych zostały zgłoszone do psychiatrów.

Dane powyższe wskazują na istotny fakt: nie wszyscy więźniowie cierpiący na zaburzenia reaktywne są kierowani do szpitali, u niektórych więźniów pewne zaburzenia mijają prawdopodobnie w więzieniu lub ulegają tak znacznej poprawie, iż zdaniem lekarzy nie wymagają przesłania do szpitala. W szpitalach więc obserwuje się tylko część reakcji psychogennych i to głównie zapewne przypadki w stadium zaawansowanych już zaburzeń, datujących się od dość dawna. Materiał szpitalny nie może dlatego być uważany za reprezentatywny dla ogółu zaburzeń reaktywnych spotykanych u więźniów, jest w pewnym stopniu wybór-

czy i dopiero badania dokonywane w więzieniach mogą go uzupełnić w taki sposób, który umożliwi opracowanie całokształtu zagadnienia.

Źródłem różnych zastrzeżeń i nieufności, które cechują nieraz podejście do rozpoznania stanów reaktywnych, jest przede wszystkim niewłaściwa ocena istoty tych zaburzeń i mechanizmu ich powstawania. Objawy najczęściej obserwowane zawierają bowiem elementy historyczne, które, jak dobrze wiadomo, mogą nasuwać podejrzenie symulacji, jeśli nie bierze się pod uwagę całokształtu obrazu klinicznego i utożsamia się symptomatykę historyczną ze zwykłą postawą symulacyjną. W badanym materiale te elementy historyczne są wyraźnie uchwytnie nie tylko w stanach rzekomego otępienia, zespolone nie w pełni rozwiniętego osłupienia, w stanach z fantastycznymi pseudourojeniami, ale widoczne są również w depresjach psychogennych, stuporach, a nawet, jakkolwiek w znacznie mniejszym stopniu, w przypadkach z zespołem omamowo-urojeniowym i paranoidalnym. Sytuacja życiowa tych chorych, związana ze sprawą sądową i pobytem w więzieniu, wywiera istotny wpływ na treść reakcji patologicznej i kształtuje jej objawy w adekwatny sposób, powodując nieraz mylne wrażenie umyślnego, świadomego produkowania objawów chorobowych w celach obronnych. Doświadczenie poucza, jak bardzo nieuzasadnione podczas dalszej obserwacji okazują się nieraz podejrzenia symulacji, jak często przypadki takie mają przebieg przewlekły i jak bardzo krzywdząca dla chorego więźnia bywa przedwczesna decyzja odesłania go do więzienia w związku ze zbyt pochopnym i niesłusznym rozpoznaniem symulacji.

Jak wynika z omawianego materiału, symulowanie objawów, wchodzących w zakres określonych zespołów reaktywnych, jest typowe dla metasymulacji, a nie .zwykłej symulacji, i dlatego mając do czynienia z symptomatyką zbliżoną do stanów reaktywnych, nie powinniśmy z reguły podejrzewać czystej symulacji. Analiza przypadków czystej symulacji ujawnia zazwyczaj odmienną treść produkowanych pseudoobjawów, dość odległych od objawów spotykanych w stanach reaktywnych.

Więźniowie wykazujący objawy zaburzeń reaktywnych różnią się istotnie od więźniów symulujących objawy patologiczne¹. Przede wszystkim znacznie mniej jest wśród nich recydywistów; w materiale Instytutu Psychoneurologicznego odsetek recydywistów w przypadkach zaburzeń reaktywnych nie przekraczał 33% (u symulujących sięgał 81%).

Więźniowie z zaburzeniami reaktywnymi są w wielu przypadkach w starszym wieku — 54% spośród nich miało powyżej 30 lat, w tym 25% powyżej lat 40 (u symulujących w wieku powyżej 30 lat było 34% badanych, a powyżej 40 lat tylko 11%).

¹ Dane poniżej omawiane wymagają weryfikacji na większym materiale.

Dane dotyczące osobowości wskazują na to, że wśród więźniów z zaburzeniami reaktywnymi jest mniej osobników wykazujących zmiany organiczne w mózgu (23%, u symulujących 37,1%), natomiast znacznie większy jest odsetek więźniów z cechami schizoidalnymi (36%, podczas gdy u symulujących 6—10%) oraz więcej jest osobników psychopatycznych z wyraźnymi cechami hysteroidalnymi (31,4%, u symulujących około 20%). Odsetek więźniów wykazujących poziom inteligencji poniżej normy jest niewielki i jednakowy w tych 2 grupach (11,7% i 11,4% uwzględniając nie tylko debilizm, ale i ociążałość umysłową). Tylko 4,5% badanych z zaburzeniami reaktywnymi uznanych zostało za takich, których osobowość przedchorobowa nie nastroczała podejrzeń w kierunku patologii; wszyscy pozostali figurują bądź jako psychopaci, bądź jako encefalopaci (wśród symulujących ani jeden więzień nie został zakwalifikowany w granicach normy).

Mimo braku w wielu przypadkach wyczerpujących anamnez można było stwierdzić, iż co najmniej 17% spośród 300 więźniów skierowanych do szpitali z powodu zaburzeń reaktywnych przeżyło już uprzednio takie zaburzenia (wśród symulujących uchwycono tylko 1 analogiczny przypadek).

Przypadki stanów reaktywnych o przewlekłym przebiegu tak liczne w materiale Instytutu (32%) uwiadcniają znaczenie właściwego ujmowania problematyki zaburzeń reaktywnych u więźniów. W przypadkach tych reprezentowane były stosunkowo licznie takie stany, które z początku mogły sprawiać wrażenie symulacji (przypadki otępienia rzekomego, nie głębokiej depresji z elementami pseudodemencji, niepełnego na początku stuporu, hysterii konwersyjnej). Nieufność w tych przypadkach mógł potęgować fakt, iż niemal połowę stanowili więźniowie śledczy, oskarżeni o dokonanie zabójstw¹. Wielomiesięczna obserwacja szpitalna nie tylko ugruntowała rozpoznanie stanu reaktywnego we wszystkich tych przypadkach, ale wykazała, że zaburzenia psychiczne u wielu tych więźniów tak się pogłębiły mimo długotrwałego leczenia, że część chorych musiała zostać zakwalifikowana do zwolnienia z więzienia. Zaledwie około 22% ogółu przewlekle chorych wyzdrowiało i mogło później odpowiadać przed sądem.

Hipotezę roboczą w praktyce penitencjarnej i sądowo-psychiatrycznej powinna być więc przesłanka, iż czysta symulacja zaburzeń psychicznych, trwająca dłuższy okres czasu, jest zjawiskiem wyjątkowym i że z reguły w tych przypadkach mamy raczej do czynienia ze stanem reaktywnym.

¹ W materiale 350 przypadków zaburzeń reaktywnych takich więźniów, którzy oskarżeni byli o dokonanie zabójstw, było 43 (z reguły zabójstwa na podłożu afektu). Wśród 100 więźniów, u których rozpoznano symulację, oskarżonych o popełnienie zabójstw było 10.

Odmienne podejście do zagadnienia jest nie tylko niezgodne z dzisiejszym stanem wiedzy psychiatrycznej, ale i wysoce szkodliwe dla praktyki sądowej i penitencjarnej, a zarazem niehumanitarne.

Jeśli chodzi o wnioski, które wynikają z omawianego materiału dla administracji więziennej, to przede wszystkim nieodzowne jest spowodowanie wczesnego badania przez psychiatrów wszystkich więźniów podejrzanych o symulowanie objawów chorobowych lub zachowujących się w sposób mogący przemawiać za zaburzeniami psychicznymi. Nieodzowne jest prowadzenie w więzieniach dokładnej dokumentacji w takich przypadkach i bardziej szczegółowe, systematyczne prowadzenie kart ambulatoryjnych przez lekarzy. Należy usprawnić tryb kierowania tych przypadków do szpitali, gdyż dotychczasowa procedura trwa z reguły zbyt długo. Wraz z więźniem przesyłanym na obserwację należy przekazywać szpitalowi pełną o nim dokumentację z więzienia. Dzisiejszy wysoce anormalny stan rzeczy, gdy lekarze szpitalni pozbawieni są zupełnie danych z więzienia o początkach symulacji względnie zaburzeń, o stwierdzonych objawach, okresie trwania zaburzeń itp., powinien ulec radykalnej zmianie.

Usprawnienie na omawianym odcinku pracy w więzieniach zależy oczywiście w dużym stopniu od zatrudnienia w zakładach penitencjarnych większej aniżeli dotychczas ilości psychiatrów. Obecnie pracuje we wszystkich więzieniach 22 psychiatrów i to zaledwie po kilka godzin tygodniowo, co powoduje, że opieka psychiatryczna nad więźniami jest u nas w większości zakładów penitencjarnych niewystarczająca¹.

Szpitale ze swej strony powinny wraz z więźniem przysyłać do więzienia po zakończeniu obserwacji (leczenia) odpis orzeczenia zawierający zarazem zalecenia odnośnie dalszego z nim postępowania. W przypadkach po przebytych zaburzeniach reaktywnych może okazać się często celowe kierowanie takich więźniów do specjalnego zakładu penitencjarnego, w którym lekarz psychiatra, zatrudniony tam stale w pełnym wymiarze godzin, sprawowałby dalszą nad nimi opiekę i zapobiegałby ewentualnym niewłaściwym wobec nich zarządzeniom.

Problematyka zaburzeń reaktywnych u więźniów nie jest bynajmniej należycie zbadana; wymaga ona prowadzenia pogłębionych, systematycznych badań naukowych (zarówno w więzieniach, jak i placówkach leczniczych), które mogą wniesić zarazem wiele cennych danych do całego zagadnienia zaburzeń psychogennych. W badaniach nie należy zapominać

¹ Por. St. Batawia i L. Uszkiewiczowa: *Stan opieki psychiatrycznej w zakładach penitencjarnych oraz zadania psychiatrów w tej dziedzinie* „Zdrowie Publiczne” nr 1/1961.

o gromadzeniu katamnez, obejmujących kilkuletni okres czasu po zakończeniu obserwacji, które stanowią ważny element w tego rodzaju badaniach¹.

Materiał zawarty w niniejszej pracy uwidocznia duże znaczenie praktyczne danych liczbowych, świadczących o znacznym wśród recydywistów odsetku jednostek ujawniających patologiczne cechy osobowości. Na marginesie problematyki zaburzeń reaktywnych i symulacji wyłania się więc ważne zagadnienie pewnej kategorii przestępców, którzy nie kwalifikują się w zasadzie do zwykłych zakładów penitencjarnych i wobec których okazują się z reguły zupełnie bezskuteczne zwykłe sankcje karne. Zagadnienie to, które w wielu krajach skupia ostatnio na sobie uwagę kryminologów, psychiatrów i prawników, pozostaje u nas ciągle niedoceniane².

¹ Katamnezy powinny być poza tym stale przeprowadzane w przypadkach uznanych za symulację celem weryfikacji rozpoznań, niejednokrotnie, jak wiadomo, błędnych.

² Por. St. Batawia i Z. Straszewicz: *Więźniowie recydywiści wykazujący patologiczne właściwości psychiczne*, „Państwo i Prawo” nr 12/1961.