

Niepoczytalność jako następstwo napadu padaczkowego a środki zabezpieczające

Insanity as a consequence of an epileptic seizure and precautionary measures

Przemysław Cynkier

Klinika Psychiatrii Sądowej, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

The analysis covers the case of a driver suffering from epilepsy for many years, who during an epileptic seizure, in a state of profound disturbance of consciousness, caused a road accident. Such situations usually result in the perpetrator being considered insane in relation to the allegation. The task of expert psychiatrists and psychologists is then to assess the likelihood of the perpetrator of the prohibited act repeating it, and to indicate to the court the optimal therapeutic precautionary or penal measure. These legal solutions also apply to perpetrators who were considered insane due to disturbances of consciousness occurring in the course of various somatic diseases, and not permanent mental disorders. Currently, there are no grounds for appointing expert neurologists, diabetologists, cardiologists, pulmonologists, and other specialists who would assess the legitimacy of taking precautionary measures, which may raise judicial doubts. Moreover, applying in such cases only the measures indicated in Article 93a § 1 of the Penal Code does not find any psychiatric and psychological justification. Consideration should be given to extending the catalog of protective measures to include the therapy of various somatic diseases in order to minimize the risk of developing deep mental disorders in the future. The work proposes new opinion-making solutions, which, however, requires changes in legal regulations.

Słowa kluczowe: padaczka, niepoczytalność, środek zabezpieczający

Key words: epilepsy, insanity, precautionary measure

Wstęp

Artykuł 31 Kodeksu karnego jako przyczynę niepoczytalności, poza chorobą psychiczną i upośledzeniem umysłowym, wymienia inne zakłócenia czynności psychicznych, które mogą mieć charakter przewlekły lub przejściowy [1, 2]. Do tych

drugich zalicza się m.in. zaburzenia świadomości będące następstwem intoksykacji, różnych schorzeń somatycznych (nowotwory mózgu, niewydolność nerek, wątroby, układu krążenia, układu oddechowego, cukrzyca), a także padaczki [3]. Padaczka stanowi przewlekłe schorzenie prowadzące do występowania zaburzeń neurologicznych o napadowym charakterze [4], a jej rozpowszechnienie szacuje się na 0,5–1,0% całej populacji [5]. Niektóre napady cechują się zaburzeniami świadomości z towarzyszącymi zaburzeniami postrzegania, emocji i sfery ruchowej [6].

Nie ma precyzyjnych danych dotyczących odsetka chorych na padaczkę prowadzących pojazdy mechaniczne. Wynika to z różnych w poszczególnych krajach źródeł pozyskiwania informacji, odmiennych standardów ubiegania się o prawo jazdy i różnych systemów kontroli stanu zdrowia potencjalnych kierowców. Stąd szacunki, które wskazują, że od 3% do 90% spośród osób z diagnozą padaczki prowadzi pojazdy, a nieco więcej posiada prawo jazdy (od 8% do 98%). Uwagę zwraca to, że znaczna grupa chorych na padaczkę (blisko 40%) prowadzi pojazdy drogowe z naruszeniem prawa (zataja fakt choroby, jej przebiegu i leczenia) [5, 7–11]. Jako podstawową przeszkodę do bezpiecznego prowadzenia pojazdów w tej grupie kierowców wymienia się możliwość wystąpienia napadu padaczkowego w trakcie jazdy, z towarzyszącymi zaburzeniami przytomności lub świadomości, a w konsekwencji z utratą zdolności do panowania nad pojazdem [9, 12]. W orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym i psychologicznym potwierdzenie takiego faktu klinicznego może być bardzo trudne, podobnie jak w wypadku zaburzeń świadomości w przebiegu zespołu MAS (zespół Morgagniego-Adamsa-Stokesa – powtarzające się epizody utraty przytomności będące skutkiem niedostatecznego dopływu krwi do mózgu), cukrzycy czy stanów po udarach mózgu [10].

Wśród wypadków drogowych związanych z obecnością padaczki od 8% do 19% zdarza się podczas pierwszego napadu padaczkowego [10]. Pierwsze dwa lata choroby, czyli okres doprecyzowania diagnozy i oceny skuteczności leczenia, uznaje się za najbardziej niebezpieczne w aspekcie wypadków komunikacyjnych [10, 13], choć na ogół nie wiążą się one z poważnymi następstwami (około 0,2% ze skutkiem śmiertelnym) [5, 13–15].

Trudno jednoznacznie wskazać, które z typów padaczki łączą się z największym zagrożeniem podczas prowadzenia pojazdu [9]. Najczęściej wymienia się napady ogniskowe z zaburzeniami świadomości i napady uogólnione toniczno-kloniczne [16, 17].

W wielu krajach na osobę chorującą na padaczkę nałożony jest obowiązek zgłoszenia tego faktu w instytucjach wydających prawo jazdy – zatajenie choroby unieważnia umowę ubezpieczeniową. W ocenie zdolności do kierowania pojazdem bierze się pod uwagę rodzaj napadów padaczkowych, systematyczność i skuteczność leczenia, współwystępowanie innych schorzeń (ze strony układu krążenia, wzroku, cukrzyca) oraz ewentualne stosowanie środków psychoaktywnych [5].

W różnych systemach prawnych czyn zabroniony dokonany w stanie głębokich zaburzeń świadomości podczas napadu padaczkowego lub tuż po nim zwykle skutkuje uznaniem takiego sprawcy za niepoczytalnego w odniesieniu do zarzutu [9, 18–20]. W polskim prawodawstwie stwierdzenie niepoczytalności takiego sprawcy wiąże się z koniecznością oceny zasadności wykonywania środków zabezpieczających, które dokonują biegli psychiatrzy i psycholog [21]. Zgodnie z treścią art. 93a kk środkami za-

bezpieczającymi, które można wówczas stosować (także wobec chorego na padaczkę), są: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień i pobyt w zakładzie psychiatrycznym [21]. Mają one na celu przede wszystkim zabezpieczenie społeczeństwa przed zagrożeniem porządku prawnego ze strony niepoczytalnego sprawcy [22], bez względu na źródło niepoczytalności. Podobna procedura postępowania karnego wobec tej grupy sprawców obowiązuje także w innych ustawodawstwach [18].

Częstość występowania różnych zaburzeń psychicznych (psychotycznych, afektywnych, lękowych, osobowości) u chorych na padaczkę jest co najmniej kilkakrotnie większa w porównaniu z populacją ogólną, a także z osobami obciążonymi innymi przewlekłymi schorzeniami somatycznymi [17, 23], co w procesie opiniowania biegli z zakresu psychiatrii i psychologii powinni uwzględnić. Z drugiej jednak strony samo rozpoznanie padaczki nie musi implikować współwystępowania nieprawidłowości psychicznych.

Na podstawie art. 99 kk wobec niepoczytalnego sprawcy można tytułem środka zabezpieczającego orzec również nakazy oraz zakazy określone w art. 39 pkt 2–3 kk [21]. Ich znaczenie w ostatnim dziesięcioleciu istotnie wzrosło [24]. One także mają charakter prewencyjny – zabezpieczenie społeczeństwa przed negatywnymi skutkami niebezpiecznych zachowań osób, których pociągnięcie do odpowiedzialności karnej nie jest możliwe np. ze względu na brak winy [22, 25]. Mogą być stosowane równolegle do środków o charakterze leczniczym albo w sposób izolowany [26]. Jest wśród nich wymieniony zakaz prowadzenia pojazdów, który ma zapobiegać czynom przeciwko bezpieczeństwu w ruchu lądowym (także powietrznym i morskim) [25]. Aby było możliwe orzeczenie tego zakazu, sąd musi uznać, że pozostawienie sprawcy (także niepoczytalnemu) uprawnień do prowadzenia pojazdów lub możliwość ich uzyskania stwarza niebezpieczeństwo dla ruchu drogowego. Stan zdrowia niepoczytalnego sprawcy powinien uniemożliwiać mu prowadzenie pojazdów w sposób bezpieczny [26].

Opis przypadku

Dane dotyczące opisanego przypadku zostały zanonimizowane.

Dane z akt sprawy

Piotr K., lat 46, był podejrzany o to, że naruszył nieumyślnie zasady bezpieczeństwa w ruchu lądowym w ten sposób, że kierując samochodem osobowym, jechał z prędkością niezapewniającą panowania nad pojazdem i nie zapanował nad pojazdem, nie uwzględniając warunków, w jakich ruch się odbywał, stracił panowanie nad kierownicą, wskutek czego zjechał na przeciwległy pas ruchu, a następnie wjechał na chodnik, którym poruszał się pieszy, wskutek czego potrafił go, powodując nieumyślnie obrażenia ciała u pieszego w postaci złamania kości piszczelowej i kości strzałkowej lewej, które to spowodowało naruszenie czynności narządu ciała trwające dłużej niż 7 dni w rozumieniu art. 157 § 1 kk, tj. o czyn z art. 177 § 1 kk.

Jako świadek Piotr K. podał, że jadąc samochodem, w pewnym momencie nagle „stracił obraz” i nie wiedział, co dalej się działo. Ocknął się w innym miejscu, sie-

dział w samochodzie. Nie pamiętał całej sytuacji z udziałem pieszego. „Wszystko, co wydarzyło się wtedy, wydarzyło się poza moją świadomością”. W czasie studiów stracił kilka razy przytomność i korzystał wówczas z wizyt u neurologa. Później leczył się u innego neurologa, który przepisywał mu leki przeciwpadaczkowe. Twierdził, że nigdy nie potwierdzono u niego padaczki. Żaden z lekarzy nie mówił mu, aby nie jeździł samochodem w związku z zaleconymi lekami. Przesłuchiwany w charakterze podejrzanego nie przyznał się do zarzutu. Twierdził: „nie miałem świadomości, że potrąciłem pieszego, nie wiedziałem, co się wydarzyło w chwili wypadku. Pierwszy raz mi się zdarzyło, że utraciłem świadomość”.

Z notatki policyjnej wynikało, że kierujący pojazdem zjechał na lewą stronę, wjeżdżając na jezdnię dla przeciwnego kierunku ruchu, a następnie potrącił pieszego, kontynuował jazdę, uderzając w ogrodzenie posesji, wjechał na nią i zakończył jazdę. Policjantom podał, że leczył się neurologicznie i już wielokrotnie tracił przytomność.

Pokrzywdzony zeznał, że kierowca, który go potrącił, nie zatrzymał się i pojechał dalej. Staranował kilka ogrodzeń. Z zeznań świadków wynikało, że kiedy podeszli do kierowcy, ten wyglądał na nieprzytomnego. Zaczął reagować dopiero po kilku minutach i w końcu wysiadł z samochodu o własnych siłach.

Dokumentacja medyczna

Na podstawie dokumentacji wiadomo, że Piotr K., mając 21 lat, rozpoczął leczenie w uniwersyteckiej poradni neurologicznej i prowadził je przez kolejne 23 lata (zakończył leczenie na dwa lata przed wypadkiem). Podczas około czterdziestu wizyt odnotowano: „incydenty utrat przytomności”, napady toniczne, *petit mal*, *absens*, *grand mal*. Zwykle napady występowały po nieprzespanej nocy, po zdenerwowaniu, towarzyszyła im ponapadowa śpiączka. Okresy międzynapadowe wynosiły od 1,5 tygodnia do 1,5 roku. W notatkach widniały zapisy: „leczony z powodu padaczki od wielu lat”, „padaczka lekooporna”.

Na pięć lat przed popełnieniem opisanego czynu Piotr K. zgłosił się do izby przyjęć szpitala klinicznego z powodu napadu padaczkowego typu *grand mal*. Odnotowano wtedy, że od 16. roku życia chorował na padaczkę a w dniu przyjęcia nie stosował leków przeciwpadaczkowych.

Na miesiąc przed wypadkiem drogowym Piotr K. został przywieziony do tej samej izby przyjęć z miejsca pracy, gdzie znaleziono go leżącego przy biurku, miał zaburzenia świadomości. Podczas badania był przytomny, początkowo splątany, ale z zachowanym kontaktem słownym. Skierowano go do poradni neurologicznej z rozpoznaniem padaczki.

Cała dokumentacji medyczna nie zawierała opisów zaburzeń psychicznych ani sugestii ich występowania. Nigdy nie zalecano leczenia psychiatrycznego ani psychologicznego.

Wykonane przez Piotra K. badania USG naczyń szyjnych (miesiąc przed wypadkiem) oraz rezonansu magnetycznego głowy z kontrastem (tydzień po wypadku) nie ujawniały zmian patologicznych.

Badanie sądowe

Badany dokładnie podał dane biograficzne: uzyskał wyższe wykształcenie, w przeszłości prowadził własną firmę, aktualnie był pracownikiem biurowym, nie był karany sędawnie, miał udane życie rodzinne, nie nadużywał alkoholu, nie był leczony psychiatrycznie i nie stwierdzał u siebie żadnych zaburzeń psychicznych, nie leczył się również z powodu poważnych, przewlekłych schorzeń somatycznych. Twierdził, że nigdy nie postawiono u niego rozpoznania padaczki, jedynie raz przed 20 laty „zrobiło [mu] się słabo i [stracił] przytomność”. Miał wówczas wykonane EEG, które nie potwierdziło padaczki. Przed 10 laty zgłosił się do poradni neurologicznej i „profilaktycznie” przyjmował leki przeciwpadaczkowe. Na temat krytycznego wydarzenia podał, że tego dnia wypełniał swoje codzienne obowiązki, czuł się dobrze, nie miał żadnych dolegliwości fizycznych ani psychicznych. Po pracy załatwił kilka spraw, a następnie jechał samochodem do domu. Podczas prowadzenia pojazdu nagle „stracił pamięć”. Pamięć odzyskał, siedząc na fotelu kierowcy, czuł się oszołomiony, zdezorientowany, nie wiedział, gdzie się znajdował. Podczas badania Piotr K. prezentował wyrównany stan psychiczny.

Opinia neurologiczna

Biegły neurolog, powołany na wniosek biegłych psychiatrów i psychologa, stwierdził, że Piotr K. od okresu dorastania chorował na padaczkę z napadami uogólnionymi, które występowały u niego rzadko. Na podstawie dokumentacji biegły ustalił, że ostatni potwierdzony napad wystąpił u badanego na miesiąc przed wypadkiem. W jego ocenie było prawie pewne, że przyczyną utraty przytomności i w konsekwencji wypadku był napad padaczki.

Wnioski opinii psychiatrów i psychologa

Biegli po przeanalizowaniu całości danych stwierdzili, że Piotr K. nie był chory psychicznie ani upośledzony umysłowo, nie wykazywał objawów organicznych zaburzeń psychicznych. Stwierdzili u niego padaczkę. Uznali, że z powodu głębokich zaburzeń świadomości w trakcie napadu padaczkowego nie mógł on w czasie zarzucanego mu czynu rozpoznać jego znaczenia i pokierować swoim postępowaniem. Biegli zaznaczyli, że Piotr K. dysponował nie tylko odpowiednią wiedzą na temat padaczki, ale także doświadczeniem dotyczącym napadów padaczkowych, ich przebiegu oraz ich konsekwencji w stanie psychicznym i zachowaniu. W ich ocenie nie było podstaw, aby twierdzić, że badany nie mógł z powodów psychiatrycznych przewidywać wystąpienia u niego kolejnego napadu padaczkowego z towarzyszącymi zaburzeniami świadomości. Biegli, uwzględniając wieloletnie występowanie padaczki oraz biorąc pod uwagę prezentowaną przez Piotra K. postawę, która polegała na negocjowaniu przewlekłego schorzenia neurologicznego, uznali, że istniało wysokie prawdopodobieństwo dokonania przez niego czynu o podobnym charakterze do zarzucanego mu w obecnej sprawie. Podkreślili, że Piotr K. nie wykazywał jakichkolwiek zaburzeń

psychicznych, które uzasadniałyby stosowanie wobec niego jednego lub kilku środków zabezpieczających wymienionych w art. 93a § 1 kk. Zdaniem biegłych w jego wypadku uzasadnione było zastosowanie środka karnego określonego w art. 39 pkt. 2–3 kk w postaci zakazu prowadzenia pojazdów, a także poddanie go leczeniu neurologicznemu, które byłoby nadzorowane w sposób określony przez sąd. Jednocześnie biegli zwrócili uwagę, że tego rodzaju terapia nie została ujęta w katalogu środków zabezpieczających wymienionych w art. 93a § 1 kk.

Omówienie

Opisany przypadek ilustruje trudności orzecznicze i proceduralne w sytuacjach klinicznych, które wykraczają poza te wymienione w kodeksach karnych. O ile ocena wpływu głębokich zaburzeń świadomości na zdolność rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania postępowaniem przez sprawcę czynu zabronionego nie nastręcza biegłym większych trudności (na ogół skutkuje niepoczytalnością) [3], o tyle rozstrzygnięcia w zakresie oceny ryzyka ponownego dokonania czynu zabronionego są niejasne i kontrowersyjne. Zgodnie z art. 202 § 5 kpk to na biegłych psychiatrach (a także biegłych przez nich wskazanych) ciąży obowiązek wypowiedzenia się w zakresie art. 93b kk. Biegli powinni m.in. ocenić w zakresie swoich kompetencji konieczność stosowania środków zabezpieczających, które w przyszłości skutecznie usuwałyby zagrożenie ze strony niepoczytalnego sprawcy [21].

Jeśli zaburzenia świadomości (podobne w swoim obrazie do tych z opisanego przypadku) pojawiłyby się w przebiegu innych zaburzeń psychicznych lub uzależnień, biegli psychiatry i psycholog, po dokonaniu oceny prawdopodobieństwa ponowienia czynu zabronionego, powinni zaproponować sądowi jeden ze środków wymienionych w art. 93a § 1 kk, który byłby najbardziej skutecznym zabezpieczeniem sprawcy przed powtórным dokonaniem czynu. Zauważyć należy, że środki te mają zastosowanie wyłącznie w zakresie leczenia, terapii, psychoterapii, psychoedukacji i rehabilitacji osób wykazujących różne zaburzenia psychiczne. Celem tych oddziaływań jest uzyskanie nie tylko poprawy w stanie zdrowia psychicznego niepoczytalnego sprawcy, ale również w jego zachowaniu oraz funkcjonowaniu społecznym.

W wypadku, gdy u niepoczytalnego sprawcy nie występują przewlekłe zaburzenia psychiczne, stosowanie środków wskazanych w art. 93a § 1 kk nie znajduje uzasadnienia psychiatryczno-psychologicznego, na co zwrócili uwagę biegli w przedstawionej sprawie. Dotyczy to także sprawców, u których doszło do incydentalnych głębokich zaburzeń psychicznych na podłożu innych schorzeń somatycznych. Wydaje się oczywiste, że należy wówczas dążyć do zminimalizowania ryzyka nawrotów stanów patologicznych (skutkujących niepoczytalnością), ale przez leczenie schorzeń somatycznych będących ich podłożem, co jednak wykracza poza zakres kompetencji psychiatrów oraz psychologów.

Odnosząc się do analizowanego przypadku (brak przewlekłych zaburzeń psychicznych), trzeba podkreślić, że w zapobieganiu nagłym i głębokim zaburzeniom świadomości w przebiegu padaczki (stanowiącym podstawę do uznania niepoczytalności) kluczową rolę odgrywa skuteczne leczenie mające na celu wyeliminowanie napadów,

co jest domeną wyłącznie neurologów. W wypadku innych schorzeń somatycznych byłiby to kardiolodzy, diabetolodzy, pulmonolodzy, onkolodzy i inni specjaliści medycyny somatycznej.

Ryzyko dokonania czynu zabronionego w czasie zaburzeń świadomości podczas napadu padaczkowego ściśle wiąże się z regularnością prowadzonego leczenia przeciwpadaczkowego przez sprawcę [27], właściwą samooceną chorego w zakresie wystąpienia napadu [9], a także dynamiką i obrazem padaczki, czyli elementami oceny neurologicznej. Jako jeden z najtrafniejszych czynników przepowiadających kolejny napad padaczkowy uznaje się czas, który minął od poprzedniego napadu – im dłuższy jest ten okres, tym niższe ryzyko wystąpienia kolejnego napadu [13], a tym samym niższe prawdopodobieństwo dokonania czynu zabronionego w stanie zaburzeń świadomości. Niezbędna jest ocena wpływu leków przeciwpadaczkowych na zdolność do prowadzenia pojazdów. Wiele z nich daje objawy niepożądane, które mogą utrudniać, a nawet uniemożliwiać prowadzenie pojazdów: zaburzenia widzenia, nadmierną wrażliwość na oślnienie, senność czy zawroty głowy [28]. Ewentualne wypowiedzanie się na temat środków zabezpieczających wymaga zatem wiedzy specjalnej, ale z zakresu neurologii, a nie psychiatrii czy tym bardziej psychologii.

W analizowanym przypadku biegli psychiatrzy zgodnie z art. 202 § 2 kpk w celu oceny stanu zdrowia psychicznego oskarżonego wnieśli o dodatkowe powołanie biegłego neurologa. Jednocześnie należy wnosić, że obowiązek zawarty w § 5 tego artykułu mówiący o konieczności oceny zasadności zastosowania środków zabezpieczających nie dotyczy jednak neurologa, zwłaszcza że przywołany tam art. 93b kk wprost odnosi się do art. 93a kk, w którym nie jest wymienione leczenie schorzeń somatycznych. Ponadto warto zauważyć, że przed orzeczeniem środka zabezpieczającego w myśl art. 354a § 1 kpk w sprawach osób niepoczytalnych sąd wysłuchuje wyłącznie biegłego psychologa oraz biegłych lekarzy psychiatrów, co wydaje się uzasadnione w kontekście stwierdzonej niepoczytalności, ale już nie w odniesieniu do środka zabezpieczającego. W przytoczonym artykule nie został wymieniony neurolog (ani inni specjaliści somatyczni), którego wysłuchanie w omówionym przypadku należy uznać za priorytetowe.

Pewnym rozwiązaniem w tej sytuacji byłoby rozdzielenie kompetencji pomiędzy biegłych psychiatrów i psychologa (oceny aktualnego stanu zdrowia psychicznego, poczytalności, zdolności do udziału w postępowaniu) a biegłego neurologa (ocena w zakresie środka zabezpieczającego). Analogiczne postępowanie mogłoby dotyczyć innych sytuacji klinicznych, w których stan niepoczytalności jest skutkiem tylko zaburzeń somatycznych (np. kardiologicznych, diabetologicznych, pulmonologicznych, neurologicznych), a prowadzenie leczenia psychiatrycznego jest zbędne.

Odmiennych rozwiązań wymagają sytuacje, w których u sprawcy chorego na padaczkę współistnieją dysfunkcje psychiczne, niemające jednak bezpośredniego związku z napadami (przewlekłe zaburzenia psychotyczne, afektywne, lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania). W wypadku ich potwierdzenia należy poszukiwać kompleksowych metod leczniczych w ramach środka zabezpieczającego [23, 29, 30], a nie ograniczać się wyłącznie do kontroli napadów padaczkowych [31]. Wydaje się, że o rodzaju i zakresie środka zabezpieczającego powinien wypowiedzieć

się wówczas zespół biegłych składający się z neurologa, psychologa i psychiatrów, co obecnie również nie jest możliwe kodeksowo.

W tym miejscu pojawia się problem z wyborem odpowiedniego środka zabezpieczającego. W katalogu środków leczniczych nie został bowiem uwzględniony taki, który byłby skuteczny w zapobieganiu epizodycznym zaburzeniom psychicznym na podłożu wyłącznie schorzeń somatycznych. Co prawda jest tam wymieniona terapia, ale obecnie jest ona utożsamiana z ambulatoryjnym leczeniem różnych, szeroko rozumianych zaburzeń sfery psychicznej. W omawianej sprawie biegli sugerowali, aby termin ten obejmował również „leczenie neurologiczne, które byłoby nadzorowane w sposób określony przez sąd”. Celowe byłoby albo uzupełnienie katalogu środków zabezpieczających o możliwość leczenia różnych schorzeń somatycznych, albo rozszerzenie zakresu pojęcia terapii.

Poza leczniczymi środkami zabezpieczającymi wobec niepoczytalnego sprawcy, w tym chorego na padaczkę, możliwe jest wykonywanie tzw. środków karnych (art. 99 kk). W omawianej sprawie wskazano na zakaz prowadzenia pojazdów. Jego realizacja miała na celu obniżenie ryzyka dokonania przez sprawcę czynu zabronionego związanego z padaczką. Podobnie jak w wypadku środków leczniczych, tak i tu, zgodnie z art. 354a § 1 kpk, nie ma możliwości przed orzeczeniem tego środka wysłuchania stanowiska neurologa, które jest przecież kluczowe.

Podobne niejasności towarzyszą wykonywaniu środka karnego w postaci zakazu prowadzenia pojazdów – nie określono, kto miałby dokonywać okresowych ocen stanu zdrowia sprawcy, które są prawnie wymagane [26].

Przy ewentualnym uchyleniu zakazu prowadzenia pojazdów również nie został w kodeksach karnych uwzględniony biegły z zakresu neurologii, tymczasem zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi badań lekarskich potencjalnych kierowców [32] w wypadku padaczki należy zasięgnąć opinii wyłącznie lekarza neurologa. Do jego zadań zalicza się m.in. potwierdzenie braku napadów padaczkowych w określonych sytuacjach klinicznych (np. napady prowokowane), a także określenie zakresu dalszych badań kontrolnych. Jako jeden z czynników przemawiających za wydłużeniem wymaganego okresu beznapadowego wymienia się wcześniejsze spowodowanie wypadku drogowego podczas napadu padaczkowego [33], co odpowiada sytuacji z opisanego przypadku.

Analizując dylematy opiniodawcze, warto zatrzymać się przy tzw. stronie podmiotowej czynu zabronionego, czyli stosunku wolicjonalno-intelektualnym sprawcy do zarzutu. W tym obszarze wyróżnia się umyślność i nieumyślność [34]. Istnieje pogląd, że niepoczytalność każdorazowo wyklucza umyślność w popełnieniu czynu zabronionego, a zatem niepoczytalny sprawca może dopuścić się swojego czynu najwyższej nieumyślności. Zakłada się między innymi, że sprawca ten, nie mając zamiaru popełnienia czynu, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia czynu przewidywał lub mógł przewidzieć [34, 35]. Można spotkać się też z odmiennym stanowiskiem mówiącym, że umyślne naruszenie zasad zachodzi w razie m.in. prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu bez uprawnień, świadomego i wyraźnego przekroczenia dozwolonej prędkości, a także przy świadomości zagrożenia wystąpie-

niem napadu padaczkowego w trakcie jazdy [5]. Analizie poddawane jest zatem to, co sprawca przewidywał lub ewentualnie co mógł przewidzieć [35]. Co prawda oceny te pozostają w wyłącznej gestii sądu, ale organ procesowy może zasięgnąć opinii biegłych psychiatrów i psychologa, w podobnym zakresie jak w wypadku art. 31 § 3 kk [36, 37]. Przy braku innych współlistniejących zaburzeń psychicznych, prawidłowej sprawności intelektualnej sprawcy i udokumentowanym doświadczeniu związanym z przebiegiem choroby oraz leczeniem wydaje się możliwe do założenia, że sprawca w analizowanej sprawie mógł chociażby przewidywać możliwość wystąpienia napadu padaczkowego podczas prowadzenia pojazdu, a tym samym przewidywać stan swojej niepoczytalności.

Wnioski

W wypadku, gdy podłożem niepoczytalności sprawcy są epizodyczne zaburzenia świadomości, do których doszło wyłącznie na podłożu schorzeń somatycznych, stosowanie środków wskazanych w art. 93a § 1 kk nie znajduje uzasadnienia psychiatryczno-psychologicznego. W takiej sytuacji należałoby rozważyć poszerzenie katalogu środków zabezpieczających o terapię różnych schorzeń somatycznych. Zgodnie z obecnymi uregulowaniami prawnymi oceny dotyczące stosowania środków zabezpieczających (prawdopodobieństwa dokonania czynu zabronionego) wobec tej grupy sprawców dokonywane są z pominięciem biegłych z zakresu medycyny somatycznej, co może rodzić trudności orzecznicze.

Piśmiennictwo

1. Gierowski JK, Paprzycki LK. *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warszawa: C.H. Beck; 2013.
2. Gierowski JK, Popp F, Zyss T. *Psychologiczne i psychopatologiczne aspekty niepoczytalności: studium porównawcze podstaw prawnych opiniowania o niepoczytalności w RFN, Austrii, Szwajcarii i Polsce*. *Palestra*. 1992; 36/7–8(415–416): 36–44.
3. Bolechała F. *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna – regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2009; 59: 309–319.
4. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE i wsp. *Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology*. *Epilepsia*. 2017; 58(4): 522–530.
5. Kaczmarek T, Marcinkowski JT. *Kierowcy z padaczką – problem orzeczniczy i społeczny*. *Orzecznictwo Lekarskie*. 2009; 6(1): 69–82.
6. Falco-Walter JJ, Scheffer IE, Fisher RS. *The new definition and classification of seizures and epilepsy*. *Epilepsy Res.* 2018; 139: 73–79.
7. Lindsten H, Stenlund H, Forsgren L. *Leisure time and social activity after a newly diagnosed unprovoked epileptic seizure in adult age. A population-based case-referent study*. *Acta Neurol. Scand.* 2003; 107(2): 125–133.

8. Xu Y, Shanthosh J, Zhou Z, Somerville E, Anderson CS, Glozier N i wsp. *Prevalence of driving and traffic accidents among people with seizures: A systematic review*. *Neuroepidemiology*. 2019; 53(1–2): 1–12.
9. Chen WC, Chen EY, Gebre RZ, Johnson MR, Li N, Vitkovskiy P i wsp. *Epilepsy and driving: Potential impact of transient impaired consciousness*. *Epilepsy Behav*. 2014; 30: 50–57.
10. Joshi ChN, Vossler DG, Spanaki M, Draszowski JF, Towne AR. *Chance takers are accident makers: Are patients with epilepsy really taking a chance when they drive?* *Epilepsy Curr*. 2019; 19(4): 221–226.
11. Bautista RE, Wludyka P. *Driving prevalence and factors associated with driving among patients with epilepsy*. *Epilepsy Behav*. 2006; 9(4): 625–631.
12. Devlin AI, Odell M, Charlton JL, Koppel S. *Epilepsy and driving: Current status of research*. *Epilepsy Res*. 2012; 102(3): 135–152.
13. Krumholz A, Wiebe S, Gronseth GS, Gloss DS, Sanchez AM, Kabir AA i wsp. *Evidence-based guideline: Management of an unprovoked first seizure in adults: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society*. *Neurology*. 2015; 84(16): 1705–1713.
14. Elliott JO, Long L. *Perceived risk, resources, and perceptions concerning driving and epilepsy: A patient perspective*. *Epilepsy Behav*. 2008; 13(2): 381–386.
15. Webster NJ, Crawford P, Thomas FM. *Who's behind the wheel? Driving with medically intractable epilepsy*. *Am. J. Health Behav*. 2011; 35(4): 485–495.
16. Gastaut H, Zifkin B G. *The risk of automobile accidents with seizures occurring while driving: Relation to seizure type*. *Neurology*. 1987; 37(10): 1613–1616.
17. Agrawal N, Govender S. *Padaczka a współwystępujące zaburzenia neuropsychiczne*. *Psychiatr. Dypl*. 2011; 8(6): 57–65.
18. Reuber M, Mackay RD. *Epileptic automatism in the criminal courts: 13 cases tried in England and Wales between 1975 and 2001*. *Epilepsia*. 2008; 49(1): 138–145.
19. Paul GM, Lange KW. *Epilepsy and criminal law*. *Med. Sci. Law*. 1992; 32(2): 160–166.
20. Rolnick J, Parvizi J. *Automatisms: Bridging clinical neurology with criminal law*. *Epilepsy Behav*. 2011; 20(3): 423–427.
21. Niewiadomaska-Krawczyk M. *Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym*. *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. 2018; 50: 39–66.
22. Tużnik MR. *Administracyjne środki zabezpieczające w kodeksie karnym skarbowym*. *Ius Novum*. 2021; 15(2): 51–64.
23. Jeżowska-Jurczyk K, Kotas R, Jurczyk P, Nowakowska-Kotas M, Budrewicz S, Pokryszko-Dragan A. *Zaburzenia psychiczne u chorych na padaczkę*. *Psychiatr. Pol*. 2020; 54(1): 51–68.
24. Pycak-Górowska M. *Czy nowelizacja kodeksu karnego z 2015 r. wpłynęła na praktykę stosowania środków zabezpieczających? Raport z badań*. *Probacja*. 2021; 2: 31–52.
25. Bartnik M. *Środki zabezpieczające stosowane przez sąd w stosunku do osób niepoczytalnych*. *Rocznik Wydziału Nauk Prawnych i Ekonomicznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego*. 2005; 1(1): 177–193.
26. Juchacz W, Juchacz P. *Nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2–3 jako uzupełnienie katalogu środków zabezpieczających*. W: Zgoliński I, Juchacz W. red. *Środki zabezpieczające w prawie karnym. Zagadnienia prawnomaterialne i procesowe*. Inowrocław: Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości im. Księcia Kazimierza Kujawskiego w Inowrocławiu; 2020. S. 119–128.

27. Faught E, Duh MS, Weiner JR, Guerin A, Cunnington MC. *Nonadherence to antiepileptic drugs and increased mortality: Findings from the RANSOM Study*. *Neurology*. 2008; 71(20): 1572–1578.
28. Novak AJ. *Driving and epilepsy: The effects of medication*. *JAMA*. 1991; 265(22): 2961–2962.
29. Rejda K, Rola R, Mazurkiewicz-Beldzińska M, Halczuk I, Błaszczuk B, Rysz A i wsp. *Diagnostyka i leczenie padaczki u osób dorosłych – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Neurologicznego*. *Pol. Przegl. Neurol.* 2016; 12(1): 15–27.
30. Trebuchon A, Bartolomei F, McGonigal A, Laguitton V, Chauvel P. *Reversible antisocial behavior in ventromedial prefrontal lobe epilepsy*. *Epilepsy Behav.* 2013; 29(2): 367–373.
31. Moon S, Ranchet M, Tant M, Akinwuntan AE, Devos H. *Comparison of unsafe driving across medical conditions*. *Mayo Clin. Proc.* 2017; 92(9): 1341–1350.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców. *Dz.U. z 2018 r., poz. 970*.
33. Lossius R, Kinge E, Nakken KO. *Epilepsy and driving: Considerations on how eligibility should be decided*. *Acta Neurol. Scand. Suppl.* 2010; 190: 67–71.
34. Galiński M. *Ustalenie strony podmiotowej czynu zabronionego w przypadku sprawcy niepoczytalnego*. *Acta Iuris Stetinensis*. 2018; 1(21): 321–335.
35. Kowalewska-Lukuć M. *Strona podmiotowa a вина – wzajemne relacje*. *Acta Iuris Stetinensis*. 2018; 1(21): 183–194.
36. Golonka A. *Upicie (upojenie) alkoholowe a problematyka poczytalności sprawcy przestępstwa*. *Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały*. 2020; 2(27): 23–43.
37. Piech K. *Zawinienie na przedpolu czynu zabronionego a wprawienie się w stan niepoczytalności przez sprawcę uzależnionego*. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*. 2019; 23(1): 75–95.

Adres: Przemysław Cynkier
Klinika Psychiatrii Sądowej
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
e-mail: pnj.cynk@gmail.com

Otrzymano: 1.08.2022

Zrecenzowano: 6.09.2022

Otrzymano po poprawie: 10.09.2022

Przyjęto do druku: 20.09.2022