

## **Trudności różnicowania zaburzeń nastroju występujących w przebiegu zaburzeń uprawiania hazardu. Rozważania na podstawie opisu przypadku**

### **Difficulties to differentiate mood disorders co-occurring with compulsive gambling. Discussion based on a case study**

Anna Pilszyk<sup>1</sup>, Andrzej Silczuk<sup>2</sup>, Bogusław Habrat<sup>2</sup>, Janusz Heitzman<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Sądowej, Instytut Psychiatrii i Neurologii

<sup>2</sup> Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Instytut Psychiatrii i Neurologii

#### **Summary**

Contemporary literature does not take a clear position on the issue of determining civil and criminal liability of persons diagnosed with pathological gambling, and all the more so in case of possible comorbidity of or interference with other mental disorders. Diagnostic difficulties are demonstrated by a clinical picture of a patient with problem gambling who underwent forensic and psychiatric assessments to evaluate the process of making informed (and independent) decisions in view of numerous concluded civil law (mainly financial) agreements. The patient had been examined 5 times by expert psychiatrists who, in 4 opinions, diagnosed her with bipolar affective disorder, including 1 diagnosis of rapid cycling of episodes. Based on the current state of scientific knowledge about the relationship between problem gambling and mood disorders, bipolar affective disorder was not confirmed. Diagnostic difficulties, resulting both from diagnostic haziness and unreliable information obtained during patient interview, that emerged in the course of case study point to the need for multi-dimensional clinical diagnosis of persons with suspected mood disorders and behavioral addictions.

**Słowa kluczowe:** opiniowanie sądowo-psychiatryczne, zaburzenia nastroju, zaburzenia uprawiania hazardu

**Key words:** forensic-psychiatric evaluation, mood disorders, gambling disorder

#### **Opis przypadku**

Kobieta w wieku 67 lat, mężatka, jedno dorosłe dziecko. Przez większość dorosłego życia (do momentu odejścia na wcześniejszą emeryturę) pracowała zawodowo, awansowała. Bez problemów godziła obowiązki zawodowe, prowadzenie domu

i wychowywanie dziecka. Nie była karana sędownie. Zaprzeczała problemowemu picciu alkoholu i używaniu innych substancji o potencjale uzależniającym. Do czasu ujawnienia się poważnych trudności finansowych w wyniku uprawiania hazardu (w 63. r.ż.) nie była konsultowana i leczona psychiatrycznie. W aktach brakuje danych bezpośrednio świadczących, aby opiniowana cierpiała na zaburzenia psychiczne w latach młodości i dojrzałych. Pracując zawodowo, przez większość dorosłego życia sprawnie radziła sobie zarówno z obowiązkami domowymi, jak i wynikającymi z zajmowanego stanowiska kierowniczego w miejscu zatrudnienia. Pierwsze problemy ze zdrowiem psychicznym zaczęły się dopiero pod koniec jej pracy zawodowej, kiedy to jej zakład pracy zaczął mieć kłopoty finansowe i z tego powodu panowała w nim nerwowa atmosfera. Zmiana kierownictwa spowodowała konflikty. Powódka czuła się wykorzystywana, szykanowana, uważała, że została poddana mobbingowi. Pojawiły się u niej objawy depresyjno-lękowe, które można uznać za zaburzenia adaptacyjne spowodowane stresującą sytuacją w pracy. Konflikty w pracy i złe samopoczucie stały się powodem wcześniejszego (przed 60. r.ż.) przejścia na emeryturę. Mąż informował o utrzymujących się przez następne miesiące objawach depresyjnych: apatii, przygnębieniu, braku zainteresowań, zaburzeniach snu. Opiniowana nie podjęła wówczas żadnego leczenia.

Wiadomo, że już od kilku lat przed odejściem na emeryturę interesowała się grami liczbowymi i poświęcała im dużo czasu i uwagi. W pracy brała krótkoterminowe pożyczki, gdy brakowało jej pieniędzy, aby dokonywać zakładów w grach liczbowych. W następnych latach, nieobciążona pracą, redukowała obowiązki domowe do minimum, swoją uwagę poświęcała różnym grom liczbowym, grom na automatach na niskie wygrane, zakładom toto-lotka i innym formom gier hazardowych. Właśnie na czas objęty zarzutami przypada apogeum jej koncentracji na grach i zakładach. Świadkowie (zeznanający w sprawie) opisali zachowanie, wypowiedzi, zainteresowania powódki, które należy rozumieć jako typowe dla osoby z zaburzeniami uprawiania hazardu. Rozmawiała głównie o grach, możliwościach zdobycia pieniędzy, nie była w stanie skoncentrować się dłużej na innych tematach. Przy trudnościach z zaspokojeniem swego pragnienia grania stawała się niespokojna, rozdrażniona. Po zaspokojeniu potrzeby grania była euforyczna, podekscytowana, skłonna do zachowań opisanych w dokumentacji nieprecyzyjnie jako „zbyt swobodne”.

Po ujawnieniu licznych pism interwencyjnych z banków i od komorników opiniowana została nakłoniona przez bliskich do zgłoszenia się do psychiatry. Była w tym okresie przygnębiona, miała problemy ze snem. Po badaniu pacjentki postawione zostało rozpoznanie zaburzeń adaptacyjnych u osoby uzależnionej od hazardu. Dopiero po rozmowie z mężem psychiatra uznała, że u pacjentki występowały zaburzenia afektywne pozwalające jej na rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej, postaci z tzw. szybką zmianą faz. Z relacji męża wynika, że w ostatnich latach obserwowano u niej trwające dłużej, około trzytygodniowe okresy obniżonego nastroju ze zmniejszeniem aktywności i zawężeniem zainteresowań, zamykaniem się w domu, zaniedbywaniem się, oraz okresy, kiedy była aktywna, ożywiona, niespokojna, spędzała większość czasu poza domem. Lekarka odnotowała w historii choroby tylko jeden epizod wielomówności, wzmożonego samopoczucia. Brak danych na temat epizodów wzmożonej aktyw-

ności i innych objawów, z których można byłoby wnioskować o wystąpieniu epizodu maniakalnego trwającego ponad 7 dni. Powódka w tym samym czasie systematycznie korzystała z porad lekarza rodzinnego. Z wpisów w historii choroby, jak i z zeznań lekarza rodzinnego wynika, że nie obserwował i nie odnotowywał żadnych zmian w kontakcie, zachowaniu, wyglądzie pacjentki, co mogłoby ewentualnie świadczyć o fazowych zmianach nastroju.

### **Opinie psychiatryczne do toczących się postępowań sądowych**

We wnioskach trzech opinii sądowo-psychiatrycznych zawarto rozpoznania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, z szybką zmianą faz oraz uzależnienie od hazardu. Orzeczono, że z uwagi na stan psychiczny opiniowana ma ograniczoną zdolność do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw (opinia na wniosek męża o ubezwłasnowolnienie) oraz że z powodu zmienności nastroju i zachowania, epizodów hazardu, nad którymi było jej trudno zapanować, podpisywała umowy kredytowe, znajdując się w stanie wyłączającym świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli (opinie na wniosek banków, w związku z zawieraniem umów cywilnoprawnych). W czwartej opinii sądowo-psychiatrycznej sporządzający ją biegły psychiatra, odpowiadając na pytanie sądu, napisał we wnioskach, że w dniach zawierania umów kredytowych powódka miała zachowaną poczytalność, jako że w tym czasie dochodziło do remisji choroby psychicznej (rozpoznał chorobę afektywną dwubiegunową), a w trakcie dokonywania wyżej wymienionych czynów kierował nią tzw. głód hazardowy, czyli niekontrolowany impuls każący jej zdobyć za wszelką cenę pieniądze na gry hazardowe. Według biegłego impuls ten był niekontrolowany, ale nie znosił poczytalności, gdyż pomimo uzależnienia opiniowana знаła lub potrafiła przewidzieć skutki swoich działań. Stwierdził więc, że możliwość świadomego bądź swobodnego podjęcia decyzji i wyrażenia woli w zakresie podpisywania umów kredytowych była u opiniowanej zachowana.

Wobec braku przekonujących dla sądu wniosków z dotychczasowych opinii sąd zwrócił się do biegłych z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN. W związku z wystąpieniem u opiniowanej rozległego udaru mózgu skutkującego niedowładem i afazją podjęto decyzję o wydaniu opinii wyłącznie na podstawie akt sprawy, bez badania podmiotowego.

Na podstawie danych z akt sprawy rozpoznano: zaburzenia uprawiania hazardu i reaktywne zaburzenia nastroju związane z narastaniem kłopotów finansowych.

1. U opiniowanej stwierdzono charakterystyczne objawy zaburzeń uprawiania hazardu. Powódka w sposób typowy dla osób z zaburzeniami uprawiania hazardu ukrywała swoje problemy przed najbliższymi, a zwłaszcza wynikające z nałogu znaczne problemy finansowe. Przez 2 lata zaciągnęła wiele zobowiązań kredytowych, przeznaczając pieniądze na gry, stale przekonana o możliwości uregulowania długów ze spodziewanych wielkich wygranych. Miała świadomość zaciągniętych zobowiązań, próbowała, zwłaszcza w pierwszej fazie zaciągania długów, spłacać raty, konsolidować długi, reagowała na ponaglenia. Później zaczęła tracić kontrolę nad swoimi zobowiązaniami. Zaczęło się ukrywanie korespondencji z bankami i nieodpowiadanie na ponaglenia. Uważała, że zacznie rozwiązywać te problemy

- później, jak zdobędzie spodziewaną wielką wygraną. Zachowania te stanowią przykład przemyślanych zachowań obronnych, których celem było ukrycie jawnych szkód związanych z zaciąganiem zobowiązań.
2. W trakcie narastających kłopotów finansowych pojawiały się objawy depresyjne, których nasilenie nigdy nie przekraczało poziomu subdepresji. Na podstawie zeznań sąsiadki stwierdzono, że u opiniowanej okresowo pojawiały się niepokój i obawy, że zobowiązania finansowe zostaną odkryte przez rodzinę, ale nie miała poczucia winy, nie myślała o zapobieżeniu takiemu postępowaniu w przyszłości. Stwierdzono skłonność do reagowania na negatywne wydarzenia życiowe.
  3. Poza jednym wpisem o nieco podwyższonym nastroju w dokumentacji nie znaleziono uzasadnienia rozpoznawania zespołów maniakałnych lub hipomaniakałnych, a szczególnie trwających ponad 7 dni, co jest jednym z kryteriów rozpoznawania choroby afektywnej dwubiegunowej.
  4. Nie znaleziono podstaw do rozpoznawania ChAD o szybkozmiennym przebiegu. Opisywane objawy miały charakter raczej chwiejności i zmienności nastroju, dysforii niż zmiany faz. Interpretacja objawów dysforycznych jako hipomaniakałnych wydaje się błędna. U powódki obserwowano okresy rozdrażnienia, pobudzenia, gdy jej postępowanie budziło reakcje bliskich. Jest to dość typowe dla osób z nałogami w fazie intensywnego, świadomego ulegania impulsom. Gdy pojawiają się przeszkody w postaci uwag krytycznych bliskich, łatwo wtedy dochodzi do reakcji dysforycznych, nawet do zachowań autoagresywnych, jak np. do demonstracyjnych prób samobójczych. Próby samobójcze w wykonaniu opiniowanej odbywały się zawsze w obecności członka rodziny, w sytuacji konfliktowej i w dziwny, mało zagrażający życiu sposób (np. ostentacyjne picie nawozów do kwiatów). Nie stwierdzono cykliczności ani w odniesieniu do zaburzeń nastroju, ani w odniesieniu do podejmowanej aktywności hazardowej. Zeznania świadków potwierdzają raczej stałe kilkuletnie zainteresowanie hazardem. Opisywane cechy osobowości i późny początek zaburzeń nastroju są jedną z przesłanek do negatywnej weryfikacji rozpoznawania ChAD.

### Omówienie

Uprawianie hazardu i jego konsekwencje znane są od stuleci, jednak poglądy na psychopatologię z nimi związaną znacznie ewoluowały w ostatnim stuleciu [1]. Do niedawna pozycja nozologiczna zaburzeń uprawiania hazardu była niejasna i choć dominowały teorie addykcyjne i dependentywne, część badaczy i klinicystów dopatrywała się w nich podobieństwa do natręctw, zaburzeń kontroli impulsów i innych grup zaburzeń [1]. Dopiero najnowsza klasyfikacja DSM-5 [2] jednoznacznie zaliczyła zaburzenia uprawiania hazardu do grupy „zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji i nałogami”, podkreślając jednak ich odrębność (zostały zaliczone do podkategorii nałogów). Takie stanowisko niesie za sobą znaczące konsekwencje w zakresie opiniowania sądowo-psychiatrycznego w procesach karnych i cywilnych. To nowe podejście nie zostało jeszcze dostatecznie skonceptualizowane zarówno w odniesieniu do opiniowania, jak i orzekania. Dodatkowo ze względów polityczno-

-ekonomiczno-kulturowych narastająca fala zaburzeń uprawiania hazardu dotarła do Polski z opóźnieniem, przez co biegli lekarze psychiatrzy, psycholodzy, jak i sądy najczęściej nie dysponują wystarczającym doświadczeniem w opiniowaniu i orzekaniu w przypadkach tych zaburzeń.

Do niedawna problematyka zaburzeń uprawiania hazardu w kontekście opiniowania sądowo-psychiatrycznego stanowiła w Polsce margines zainteresowań. Także wiedza klinicystów w tym zakresie wydaje się niedostateczna.

Dostępność do wiedzy o zaburzeniach nastroju w przebiegu uprawiania hazardu jest nieadekwatnie mała w stosunku do wiedzy o zaburzeniach nastroju o innej etiologii. Zresztą nie ma nawet pojęcia depresji pohazardowej. Tymczasem zespoły depresyjne i inne zaburzenia nastroju są immanentną częścią zaburzeń uprawiania hazardu. Choć relacje między zaburzeniami uprawiania hazardu a zaburzeniami afektywnymi są zróżnicowane i złożone, to dominują zaburzenia reaktywne jako przejaw reakcji na czynniki obiektywne (np. straty finansowe i związane z tym konsekwencje) i subiektywne (np. odczuwanie przez daną osobę, że znalazła się w kłopotach, których nie można rozwiązać w żaden sposób, odczuwanie bezsilności i bezradności). Powyższe czynniki mogą przyczyniać się do nadrozpoznowalności zespołów zaburzeń nastroju, które zna się dobrze, a niedorozpoznowalności mniej znanych zaburzeń nastroju spowodowanych uprawianiem hazardu.

Z zaburzeniami uprawiania hazardu wiąże się częstsze współwystępowanie różnych zaburzeń, a wśród nich poczesne miejsce zajmują zaburzenia nastroju [1, 3–8]. Szacuje się, że zaburzenia nastroju występują u około 37,9% osób uprawiających gry hazardowe [9]. W rozbiciu na rodzaje zaburzeń afektywnych stwierdza się współwystępowanie ChAD z zaburzeniami uprawiania hazardu 8-krotnie częściej oraz 3-krotnie częściej w przypadku depresji nawracającej, zwraca się również uwagę na współwystępowanie zaburzeń uprawiania hazardu z epizodami mieszanymi ChAD. Współwystępujące zaburzenia dwubiegunowe mogą sprawiać znaczne kłopoty diagnostyczne, gdyż stany maniakalne mogą sprzyjać podejmowaniu zachowań o charakterze udziału w grach hazardowych (nieuzasadniony optymizm w odniesieniu do szans wygranej, bagatelizowanie konsekwencji przegranej, poczucie zwiększonej mocy, przypisywanie sobie większego niż losowe szczęścia etc., etc.). W tym ujęciu mania jest interpretowana jako przyczyna wtórnych zaburzeń uprawiania hazardu. Prawdopodobnie zdarzają się sytuacje przypadkowego współwystępowania epizodów maniakalnych i zaburzeń uprawiania hazardu, niewykluczone jest także precypitowanie faz przez sam fakt grania, wygrywania, przegrywania i pojawiających się kłopotów.

W większości współczesnych systemów diagnostycznych (ICD-10, DSM-III, DSM-IV, DSM-IV TR, DSM-5) [2, 10–12] stwierdzenie objawów manii w czasie epizodów uprawiania hazardu wyklucza rozpoznanie zaburzeń uprawiania hazardu – DSM kryterium B dla zaburzeń uprawiania hazardu: „rozpoznanie nie stosuje się u pacjentów, którzy uprawiają hazard w związku z rozpoznanym epizodem maniakalnym” [2] oraz ICD-10 dla patologicznego hazardu F63.0: „rozpoznanie nie obejmuje: nadmiernego uprawiania hazardu przez pacjentów maniakalnych (F30.–)” [10]. Jednak w komentarzach do DSM-5 można znaleźć wiele rozważań na temat relacji zaburzeń

dwubiegunowych i zaburzeń uprawiania hazardu oraz wskazówki diagnostyczne w odniesieniu do ich różnicowania.

W trakcie procesu różnicowania autorzy DSM-5 radzą zwrócić uwagę na:

- okresowość – czy kryteria rozpoznania dotyczą jednego okresu, a ustępują pomiędzy epizodami przez przynajmniej kilka miesięcy,
- przewlekłość – objawy utrzymują się stale, spełniając kryteria rozpoznania przez lata,
- nasilenie choroby w trakcie jej ewaluacji,
- jakość remisji – w przypadku stwierdzenia remisji należy dookreślić, czy jest to pełna remisja (w minionym roku nie stwierdzono żadnego z kryteriów rozpoznania), czy wczesna (objawy całkowicie ustąpiły przez minimum 3 miesiące, ale okres obserwacji był krótszy niż rok). Oznacza to, że ustąpienie objawów, nawet całkowite, przez okres krótszy niż 3 miesiące nie upoważnia do orzeczenia remisji zaburzenia. W przypadkach wątpliwych należy dość rygorystycznie weryfikować podejrzenie rozpoznania ChAD z użyciem nowoczesnych kryteriów diagnostycznych [2].

Analizowany przypadek stanowi przykład trudności diagnostyczno-orzecznich w sytuacji, gdy poza nawracającymi zaburzeniami nastroju występują zaburzenia uprawiania hazardu, a niektóre z objawów obu tych zaburzeń pokrywają się. Uwagę zwracała występująca u powódki zmniejszona kontrola emocji w czasie występowania zaburzeń emocjonalnych i zachowań autoagresywnych. Kluczową zaś rolę w okresie popełniania zarzucanych czynów (podpisanie kilkunastu umów kredytowych i niewywiązywanie się z ich spłaty) miały zaburzenia uprawiania hazardu. W sferze zdrowia psychicznego podstawową konsekwencją podjęcia gry jest nałogowe uprawianie hazardu, odczuwanie „przymusu” grania. Przejawia się ona przede wszystkim upośledzeniem kontroli nad czasem jej poświęcanym i zaangażowanymi w nią środkami finansowymi. Upośledzenie kontroli jest najważniejszą konsekwencją uprawiania gier hazardowych, ponieważ może prowadzić do podporządkowania grze wszystkich sfer życia. Coś, co miało być rozrywką, staje się dominującą aktywnością życiową. Dla gracza możliwość kontynuowania gry warta jest popełnienia różnych czynów naruszających normy społeczne, jak i prawne. Zaburzeniom uprawiania hazardu towarzyszą niejednokrotnie różnie nasilone objawy depresyjne czy inne niedostosowane zachowania utożsamiane przez część psychiatrów ze spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

W opisanym przypadku niezbędna stała się wielopłaszczyznowa analiza kilkuletniego przebiegu zaburzeń psychicznych i ich nasilenia, konieczne było uwzględnienie ich modulujących się wzajemnie objawów oraz przeżyć psychicznych. Stwierdzone u powódki objawy zaburzeń afektywnych o obrazie chwiejności emocjonalnej z osłabieniem kontroli emocji są charakterystyczne dla osób uzależnionych. I nie spełniają żadnego z kryteriów niezbędnych do rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej.

Niebagatelnym czynnikiem jest nie- lub intencjonalne udzielanie wywiadu przez krewnych i bliskich, którzy mogą być zainteresowani uzyskaniem rozpoznania

zmniejszającego obciążenia wyrokiem sądu. Omawiany przypadek dodatkowo jest również istotnym problemem orzecznictwem, w którym osoba dokonująca wcześniej czynności prawnych próbuje je potem unieważnić – w uzasadnieniu podając, że w okresie dokonywania owych czynności prawnych znajdowała się w złym stanie psychicznym i doprowadziła do niekorzystnych dla siebie rozstrzygnięć. W takich przypadkach biegli powinni być niezwykle ostrożni w swoich ocenach, gdyż opiniowany może podczas badania przyjmować postawę celowo obronną, np. symulować objawy choroby psychicznej bądź je agramować. Zatem do zadań biegłego w pierwszej kolejności należy odtworzenie stanu psychicznego powódki w okresie dokonywania kwestionowanych czynności prawnych i dopiero kolejnym krokiem powinno być wypowiedzanie się na temat świadomości i swobody powzięcia decyzji i wyrażenia woli [13].

W piśmiennictwie przywołuje się różne powody, które mogą stanowić przyczynę unieważnienia złożonego oświadczenia woli. Jedną z nich jest stan psychiczny opisany w art. 82 k.c.: „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych” [14]. Niezdolność do złożenia ważnego oświadczenia woli bywa różnie interpretowana. Część autorów uważa, że już nieznaczne zaburzenia psychiczne mogą w pewnych przypadkach stanowić przesłankę oceny o braku zdolności do złożenia oświadczenia woli. Inni są zdania, że tylko głębokie zaburzenia, jak: ostry stan psychiatryczny, zaburzenia świadomości, upośledzenie umysłowe znacznego stopnia i otępienie w chwili składania oświadczenia woli skutkują jego prawną nieważnością [13].

Nie ulega wątpliwości, że choroba psychiczna, jaką jest ChAD, może znosić zdolność do podejmowania ważnych prawnie decyzji, ale tylko w okresach występowania wyraźnych objawów typowych dla tej psychozy. Z samego faktu jej rozpoznania nie można wyciągać wniosków o niezdolności do czynności prawnych zawsze i w stosunku do każdej decyzji. Z definicji tej choroby wynika bowiem fazowość jej przebiegu. Wiadomo, że okresy zaostrzeń miewają różne nasilenie i długość trwania. Przedzielone są okresami powrotu do zdrowia trwającymi nawet kilka–kilkanaście lat. Nawet w jej postaci o szybkiej zmianie faz obserwuje się okresy remisji. Z piśmiennictwa wynika także, że w hipomanii zniesienie zdolności do czynności prawnych jest sprawą dyskusyjną i nie przez wszystkich badaczy uznawaną za słuszną [14]. Poza tym, jeśli czyn ma charakter ciągły lub powtarza się wielokrotnie w tych samych okolicznościach, to należy zawsze zastanowić się, jaki związek miał ten czyn z zaburzeniami nastroju, samopoczuciem chorego, krytycyzmem w chwili dokonywania tego czynu.

W przypadku rozpoznania zaburzenia uprawiania hazardu, jako najlepiej skonceptualizowanego spośród nałogów behawioralnych, należy brać pod uwagę złożoność procesów związanych z czynnościami nałogowymi. Procesy te rozumiane są na wielu płaszczyznach, zarówno biologicznej, w tym molekularnej, łączącej się z dysregulacją wielu układów neuroprzekaznikowych (głównie układu dopaminergicznego),

jak i zaburzeń funkcjonowania w wielu sferach społecznych. Kontekst biologiczny grupy zachowań towarzyszących uprawianiu hazardu ujawnia wyraźne trudności w doprecyzowaniu, która czynność stanowi bezpośredni bodziec odpowiedzialny za zaangażowanie w hazard, najprawdopodobniej jest to czynnik osobniczo zmienny/zależny. Trudności w interpretacji skategoryzowania czynu i jego stosunku prawnego (rozumienie nałogu w kategoriach cywilnych, karnych, odpowiedzialności, świadomości, poczytalności, źródła intoksykacji i stanu związanego z intoksykacją) obrazują opisane powyżej interpretacje biegłych.

W analizie materiałów zwrócono uwagę na jeszcze jedną kwestię, która ma bezpośrednie przełożenie na wyniki opinii, a mianowicie na swobodną interpretację przez biegłych przepisów prawnych oraz dowolne interpretowanie zaburzeń psychicznych. We wnioskach z opinii jeden z biegłych opisał, że opiniowana w czasie dokonywania czynów kierowała się tzw. głodem hazardowym, czyli niekontrolowanym impulsem, który nakazywał jej zdobyć za wszelką cenę pieniądze na gry hazardowe. Impuls ten był niekontrolowany, ale nie znosił poczytalności, gdyż pomimo uzależnienia opiniowana знаła skutki swoich działań lub potrafiła je przewidzieć. Wydaje się, że to sformułowanie nasuwa addyktywną istotę zapożyczenia się, a nie uczestniczenia w grach hazardowych, gdy impuls i jego realizacja, poprzez wzięcie kredytu, jest odpowiednikiem stanu upicia się, a zatem opiniowana miała, tak jak osoba pijąca, znając konsekwencje upicia, wziąć odpowiedzialność za podpisanie umowy kredytowej. Prawdopodobnie kierowano się założeniem, że uzależnienie od hazardu należy traktować jak każde inne uzależnienie od substancji, a opiniowanie „w czystej postaci” tego uzależnienia reguluje art. 31 § 3 k.k.: „przepisów § 1 i 2 nie stosuje się, gdy sprawca wstawił się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący ograniczenie poczytalności, który przewidywał lub mógł przewidzieć”. Wniosek ten wynika z mylnego zastosowania opiniowania w procesach karnych kryteriów ograniczenia lub zniesienia poczytalności oraz wyłączenia od wyżej wymienionych, z odpowiedzialnością za decyzje cywilnoprawne, a także włącza czynności takie jak gromadzenie środków finansowych przez hazardzistę do objawów głodu i realizacji popędu. Trzeba wiedzieć, że konsekwencją nadmiernej swobody w interpretowaniu dowodów w sprawie, jak również dowolnego używania terminologii przez biegłych są odmienne wnioski, które w efekcie są niezrozumiałe dla sądów. Trudno sądowi je porównać, a następnie ocenić, stąd niejednokrotnie powołuje kolejny zespół biegłych.

Przedstawiony w niniejszej pracy przypadek wskazuje na trudności diagnostyczne, przed jakimi niejednokrotnie mogą stawać biegli, kiedy mają do czynienia z nakładaniem się objawów różnych zaburzeń. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy biegli bezkrytycznie podchodzą do rozpoznań stawianych na podstawie badania przeprowadzonego w warunkach poradnianych. Często są one obciążone wadą intencjonalnego działania rodziny, poszukującej wytłumaczenia dla trudnych do zaakceptowania zachowań bliskiej im osoby. Informacje z dokumentacji medycznej są oczywiście bardzo cenne, jednak równie ważna jest rzetelna ocena okresu objętego zarzutami w kontekście linii życiowej opiniowanej. Na szczególną uwagę zasługuje potrzeba wnikliwego poszukiwania objawów choroby psychicznej przed pojawieniem się zaburzeń wynikających z nałogu. Trzeba też podkreślić, że ChAD



jest chorobą fazową, a w związku z tym należy mieć na uwadze, że w okresie remisji, zmienia się u pacjentów krytycyzm i ich postawa wobec zachowań w sytuacjach wzmożonego nastroju. Dla trafności wniosków płynących z badania istotne jest, aby przesłanki pochodziły z różnych źródeł i znajdowały swoje potwierdzenie w danych biograficznych opiniowanej osoby oraz rozpoznaniach poszczególnych biegłych zaangażowanych w sprawę. Tylko wielopłaszczyznowe podejście i ustalenie wspólnej diagnozy, opartej na wnikliwej ocenie, pozwala na sformułowanie rzetelnej i obiektywnej opinii na temat funkcjonowania osobistego i społecznego badanej osoby, zwłaszcza w złożonych przypadkach, kiedy mamy do czynienia z nakładaniem się objawów różnych zaburzeń.

### Piśmiennictwo

1. Silczuk A, Habrat B. *Zaburzenia uprawiania hazardu*. W: Habrat B red. *Zaburzenia uprawiania hazardu i tzw. nalogi behawioralne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2016.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC; 2013.
3. McCormick RA, Russo AM, Ramirez LF, Taber JJ. *Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment*. Am. J. Psychiatry 1984; 141(2): 215–218.
4. Blaszczynski A, Nower N. *A pathways model of problem and pathological gambling*. Addiction 2002; 97(5): 487–499.
5. Dell’Osso B, Hollander E. *The impact of comorbidity on the management of pathological gambling*. CNS Spectrums 2005; 10(8): 619–621.
6. Kim SW, Grant JE, Eckert ED, Faris, PL, Hartman BK. *Pathological gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications*. J. Affec. Disord. 2006; 92(1): 109–116.
7. Quilty LC, Watson C, Robinson JJ, Toneatto T, Bagby RM. *The prevalence and course of pathological gambling in the mood disorders*. J. Gambl. Stud. 2011; 27(2): 191–201.
8. Quilty LC, Watson C, Toneatto T, Bagby RM. *A prospective investigation of affect, the desire to gamble, gambling motivations and gambling behavior in the mood disorders*. J. Gambl. Stud. 2017; 33(1): 115–129.
9. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. *Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys*. Addiction 2011; 106(3): 490–498.
10. World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD-10) clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva; 1992.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III*. Washington, DC; 1980.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV TR*. Washington, DC; 2000.
13. Kołakowski S. *Opiniowanie w sprawach dotyczących ważności oświadczenia woli*. W: Gierowski JK, Szymusik A red. *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ; 1996. S. 220–229.

- 
14. Kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
  15. Kołakowski S. *Psychiczna zdolność do złożenia oświadczenia woli, zawarcia małżeństwa oraz wyrażenia zgody na leczenie – różnice i podobieństwa*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2000; 1(9): 161–170.

Adres: Anna Pilszyk  
Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 7.12.2016  
Zrecenzowano: 4.03.2017  
Otrzymano po poprawie: 26.03.2017  
Przyjęto do druku: 14.04.2017