

Kleptomania czy kradzież pospolita – trudności diagnostyczno-orzecznicze

Kleptomania or common theft – diagnostic and judicial difficulties

Justyna Sipowicz, Ryszard Kujawski

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu

Summary

First descriptions of kleptomania as a mental disorder date back to the nineteenth century. For the first time, kleptomania as an accompanying symptom rather than a formal diagnosis was included in the classification of psychiatric disorders of the American Psychiatric Association DSM-I in 1952. It was included in the International Classification of Diseases ICD-10 and classified under “habit and impulse disorders”. Kleptomania is a serious disorder, as numerous thefts are impulsively carried out, carrying the risk of detection and consequently criminal liability. In Poland, we lack epidemiological data, however, it is estimated that 5% of those who commit theft are affected by kleptomania. People suffering from this disorder often do not seek a medical opinion so reviewing such cases is challenging for expert psychiatrists. The authors have proposed the term “kleptomania spectrum” for defining cases in which patients have an intense urge to steal, experienced a sense of tension from such an action, and relief following it, however, the criterion of theft of a superfluous object, without a profitable motive for themselves or others is not met.

Słowa kluczowe: psychiatria, kleptomania, psychiatria sądowa

Key words: psychiatry, kleptomania, forensic psychiatry

Wstęp

Kleptomania (KLM) w klasyfikacji ICD-10 jest definiowana jako powtarzająca się niemożność powstrzymania się od impulsu kradzieży przedmiotów, które nie są zdobywane dla korzyści osobistych ani finansowych, a przedmioty te mogą być później wyrzucane, oddawane lub gromadzone. Uczucie napięcia narasta przed podjęciem działania, a uczucie zadowolenia w czasie jego trwania i tuż po nim. Podejmowany jest pewien wysiłek w celu ukrycia aktu kradzieży, jednak nie są wykorzystywane wszystkie możliwości. Kradzież jest dokonywana samodzielnie. Pomiędzy okresami kradzieży osoba może przejawiać lęk, przygnębienie, poczucie winy, które nie zapobiegają kolej-

nym kradzieżom [1, s. 179]. Rozpoznanie należy opierać na dwóch kryteriach: 1) dwie lub więcej kradzieży dokonywanych bez uchwytnego motywu zysku dla siebie lub innych osób; 2) osoba opisuje intensywny popęd do kradzieży, z poczuciem napięcia przed takim działaniem i ulgą po nim [2, s.122-23]. Według DSM-5 osoby z KLM, mimo silnych impulsów dokonania kradzieży, są zazwyczaj zdolne powstrzymać się od nielegalnych działań przy znaczącym i natychmiastowym prawdopodobieństwie poniesienia konsekwencji (obecność pracownika ochrony, policjanta, kamer monitoringu). KLM przebiega w trzech wzorcach: 1) krótkie epizody kradzieży z długimi okresami remisji; 2) dłuższe okresy kradzieży z krótkimi remisjami oraz 3) przewlekłe, ciągłe epizody kradzieży z niewielką fluktuacją częstości [3].

KLM została opisana po raz pierwszy w 1816 roku przez szwajcarskiego lekarza Andrégo Mattheya, który użył terminu *klopemanie*, opisując złodziei, którzy ukradli impulsywnie niepotrzebne przedmioty. Natomiast dwóch francuskich lekarzy psychiatrów Jean-Étienne Dominique Esquirol i Charles Chrétien Henri Marc zmieniło później miano *klopemanie* na *kleptomanie*. Według nich osoba z *kleptomanie* została „zmuszona do kradzieży” z powodu choroby psychicznej. Początkowo sądzono, że jest to dolegliwość charakterystyczna dla kobiet. Wiązano ją z chorobami macicy lub zespołem napięcia przedmiesiączkowego [4, 5], gdyż zauważono, że ujawnia się w czasie zakupów (w tamtym czasie były one domeną kobiet). Jednocześnie XIX wiek był okresem bujnego rozwoju gospodarczego, powstawały pierwsze domy towarowe, które stwarzały pokusy i okazje do przywłaszczeń. W literaturze tego okresu można znaleźć wzmianki o paniach dotkniętych tą przypadłością (np. w powieści *Śmierć na Nilu* Agathy Christie) [6]. KLM zaliczano do zaburzeń z kręgu hysterii (takie rozpoznanie postawiono córce Marii Konopnickiej – Helenie, która dopuszczała się kradzieży w zaprzyjaźnionych domach, w końcu stanęła przed sądem i została uznana za niepoczytalną) [7].

KLM wywodzi się z pojęcia monomanii, wprowadzonego przez Esquirola około 1810 roku [8], „które – ku utrapieniu psychiatrów sądowych – pokutuje do dzisiaj wśród prawników i laików” [9, s. 99]. W polskiej literaturze psychiatrycznej w XIX wieku o KLM pisał Romuald Płaskowski (1884), że „jest bezcelową dążnością zabierania cudzych rzeczy, bezwzględnie na ich wartość, użyteczność, a nawet własną potrzebę i zabór ten dokonywa się [...] jakby w roztargnieniu, iż łatwo może być dostrzeżony przez inne osoby” [10, s. 471].

W XX wieku zdecydowanie odrzucono wcześniejsze poglądy dotyczące wpływu układu rozrodczego kobiety na występowanie tego zaburzenia. Uważano przy tym, że KLM dotyczy białych kobiet z klasy wyższej lub wyższej średniej [11–14]. Obecnie wiadomo, że KLM występuje u obu płci, jednak częściej u kobiet [15, 13]. Kobiety stanowią około 75% przypadków, zaburzenie zwykle zaczyna się przed 20. r.ż., a w populacji USA nawet przed 18. r.ż. [16].

Według Korzeniowskiego, choć nie wszyscy uznają istnienie KLM, to przypadki kradzieży dokonywanych przez ludzi zamożnych, którzy mogli sobie pozwolić na kupno przywłaszczonego przedmiotu, przemawiają na korzyść poglądu, że KLM jest swoistym przejawem patologicznym. U podstaw KLM leży struktura psychopatyczna osobowości, skłonność do działań impulsywnych. Do KLM nie zalicza się kradzieży popełnianych przez chorych psychicznie (np. w schizofrenii czy otępieniu) [17].

Po raz pierwszy KLM jako objaw towarzyszący – a nie formalne rozpoznanie – została ujęta w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-I w 1952 roku. W DSM-II (1968) została całkowicie pominięta, aby powrócić jako oddzielne zaburzenie w 1980 roku w rewizji DSM-III [4].

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 KLM została zaliczona do grupy „Nieprawidłowe nawyki i zaburzenia kontroli popędów” (F63) [18]. W skład tej grupy wchodzi: patologiczny hazard (F63.0) – nieustanne, powtarzające się gry hazardowe mimo negatywnych konsekwencji społecznych; patologiczne podpalanie (piromania) (F63.1) – powtarzające się podpalanie bez uchwytnego motywu, silne zainteresowanie ogniem; patologiczna kradzież (KLM) (F63.2) – częste uleganie impulsom do kradzieży bezużytecznych przedmiotów; trichotillomania (F63.3) – niezdolność przeciwstawienia się ciągłym impulsom do wrywania włosów. Wspólne cechy wymienionych zaburzeń według Eberta to: 1) popędom do specyficznych działań nie jest stawiany żaden opór; 2) napięcie i pobudzenie przed działaniem przechodzą w uczucie ulgi, euforii lub rozkoszy podczas jego wykonywania; 3) działania popędowe są z reguły powtarzane i prowadzą do negatywnych konsekwencji psychospołecznych [19].

T. Bilikiewicz w latach 60. XX wieku wskazywał na toczący się w pierwszej połowie XX wieku spór o wyszczególnienie jednostki w rodzaju choroby popędowej (*impulsives Irressein* Emila Kraepelina), którą miałyby być odmiana psychopatii pochodzenia konstytucyjnego (tzw. psychopaci impulsywni) [20]. O zaliczeniu zachowań impulsywnych do chorób psychicznych decyduje ich nasilenie. Opisy KLM oparte są najczęściej na pojedynczych przypadkach, choć McErloy i wsp. oraz Presta i wsp. opisali grupę osób z KLM, stwierdzając w niej istotnie częściej zaburzenia nastroju niż w grupie kontrolnej [21, 22]. Bayle i wsp. sugerują, że działania nawykowe – takie jak KLM – mają efekt antydepresyjny: kiedy pacjent zaczyna kraść, jego nastrój się poprawia. Zazwyczaj depresja poprzedzała kradzieże [za: 23]. Bayle i wsp. porównywali grupę osób z KLM z grupą osób zdrowych oraz uzależnionych od alkoholu i innych substancji – w grupie z KLM obserwowano wyraźniejsze zaburzenia nastroju, częstsze uzależnienie od nikotyny oraz wyższy wskaźnik impulsywności [24].

KLM jest rzadkim zaburzeniem, diagnozowanym u 0,3–0,6% populacji, przy czym stosunek kobiet do mężczyzn wynosi 3:1. Wśród populacji studentów 0,4% spełniało kryteria KLM [16].

Etiologia i patogenеза KLM są ciągle dyskutowane. W badaniach zaobserwowano dysfunkcję serotonergiczną kory przedczołowej, na podstawie której sformułowano hipotezę, że u podstaw choroby leżą słabe procesy decyzyjne stwierdzane u osób z KLM [25]. Jednocześnie techniki neuroobrazowania wykazały zmniejszenie mikroobszarów istoty białej części brzuszno-przyśrodkowych regionów czołowych mózgu u osób z KLM w porównaniu z grupą kontrolną [26].

Rozpatrywane są różne teorie psychologiczne: teoria uczenia się, teoria nałogu, teorie psychodynamiczne i biologiczne [27, 28]). Dotychczas żadna z nich nie zyskała istotnej przewagi. Brakuje także danych epidemiologicznych. Niektórzy autorzy sugerują, że zaburzenia te mają wczesny początek (dzieciństwo, względnie wiek dojrzewania; [28]). Rozkład płci jest różny w zależności od rodzaju stwierdzanego zaburzenia. Cechą wspólną wszystkich zaburzeń z tej grupy jest ich przewlekły charakter

z zaostrzeniami i remisjami. KLM towarzyszy także innym chorobom i zaburzeniom psychicznym (20–46% inne zaburzenia kontroli impulsów [29], 23–50% nadużywanie substancji [23, 29], 45–100% zaburzenia nastroju [21, 30]).

W leczeniu farmakologicznym KLM zaleca się leki przeciwdepresyjne (z grupy SSRI), leki normotymiczne (lit, kwas walproinowy), leki przeciwpadaczkowe (topiramat) oraz antagonistów receptora opioidowego (naltrexon) [16]. Psychoterapia KLM obejmuje głównie techniki poznawczo-behawioralne [31].

KLM należy odróżnić od zwykłej kradzieży sklepowej. Badania wskazują, że około 64–82% osób z KLM zostało zatrzymywanych „na gorącym uczynku” [30, 32]. Szacuje się, że KLM dotyczy około 5% osób, które dokonują kradzieży. Dane mogą być niedoszacowane, gdyż osoby z KLM często nie zgłaszają się do lekarza. Badanie dotyczące konsekwencji prawnych KLM wykazało, że 68% zostało aresztowanych, 36% aresztowanych, ale nie uznanych za winnych, 20% uznanych za winnych i uwięzionych, 10% uznanych za winnych i niewięzionych [26].

Brakuje danych epidemiologicznych i klinicznych, a przypadki KLM często są traktowane jak kazuistyka. Pacjenci z KLM żyją w stresie, wstydzą się tego co robią, ale wizytę u lekarza traktują jako ostateczność. Leczenie takich pacjentów też nie jest proste, brakuje kontrolowanych badań klinicznych, stąd przypadki KLM sprawiają trudności w orzekaniu sądowo-psychiatrycznym. Dla zobrazowania tych trudności przytaczamy kilka opisów kazuistycznych z praktyki jednego z autorów.

Opis I.

Czterdziestodwuletni mężczyzna miał postawiony zarzut, że w październiku 2014 roku, działając z góry powziętym zamiarem, dokonał w markecie kradzieży artykułów spożywczych i chemii przemysłowej, tj. o czyn z art. 278 par. 1 kk. Ma wykształcenie średnie handlowe, z maturą. Obecnie zaczął studiować zaocznie bezpieczeństwo wewnętrzne. Powtarzał drugą klasę w szkole podstawowej. Jako nieletni nie przebywał w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W ZK nie był. Wcześniej pracował w handlu, a obecnie od 7 lat w służbie więziennej oraz równocześnie od 4 lat w markecie jako pracownik ochrony. Ze świadczeń rentowych nie korzystał. Służby wojskowej nie odbył, gdyż opiekował się dziadkami. Mieszka z żoną i 11-letnią córką. Małżeństwo trwa od 12 lat, układa się dobrze. Badany jest najmłodszy z trojga rodzeństwa. Siostra choruje na schizofrenię. Neguje poważne choroby somatyczne, operacje, urazy głowy, utraty przytomności, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bądź padaczkę. Leczy się psychiatrycznie od listopada 2014 roku, zażywa trazodon i hydroksyzynę. Argumentuje: „To się zaczęło od dzieciństwa”; „Mając świadomość, że jest w paszczy lwa, nie umiał o tym rozmawiać”; „Gdyby wcześniej skorzystał z pomocy specjalisty, nie miałby problemów”. Rzadko chodzi sam po zakupy, starając się unikać pokus. W szpitalu psychiatrycznym nigdy nie był leczony. Neguje samookaleczenia i próby samobójcze. Zaprzecza, jakoby miał problem z alkoholem bądź narkotykami. W izbie wytrzeźwień nie był. Z dokumentacji medycznej wynika, że leczy się z rozpoznaniem zaburzenia nawyków i popędów (kleptomania). Od czterech lat odczuwa przymus przywłaszczania drobnych artykułów, który nasilił się kilka

tygodni przed podjęciem leczenia. Pacjent, by odczuć ulgę, dokonał kilku drobnych kradzieży. Zdaje sobie sprawę z niewłaściwości takiego postępowania, lecz przymus był silniejszy od niego. Zgłosił się na leczenie psychiatryczne i psychoterapię. W stanie psychicznym i somatycznym biegli nie stwierdzili istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego. Nie rozpoznali u badanego *tempore criminis* choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego ani innych zaburzeń czynności psychicznych, z powodu których miałyby zniesioną lub ograniczoną w stopniu znacznym zdolność rozpoznania znaczenia czynu bądź pokierowania swoim postępowaniem (nie zachodziły warunki art. 31 par. 1 ani 31 par. 2 kk). Poczytalność badanego w toku postępowania nie budziła wątpliwości i mógł uczestniczyć w czynnościach procesowych.

Opis II.

Czterdziestotrzyletniej kobiecie postawiono zarzut, że w październiku 2013 roku, działając wspólnie i w porozumieniu z nieletnią córką w krótkich odstępach czasu dokonała na terenie galerii handlowej przywłaszczenia mienia w postaci odzieży z pięciu sklepów oraz dokonała uszkodzenia mienia – spódnicy, poprzez rozerwanie struktury materiału w miejscu mocowania klipsa, tj. o czyn z art. 278 par. 1 oraz art. 288 par. 1 kk. Ma wykształcenie średnie ogólne, bez matury, wcześniej uczyła się w szkole zawodowej. Klas nie powtarzała, jako nieletnia nie miała problemów prawnych, nie przebywała w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Do tej pory nie była karana, choć zatrzymywała ją policja z powodu kradzieży sklepowych. Przepracowała około 3–4 lat w szwalni, od 16 lat opiekuje się dzieckiem specjalnej troski. Pierwsze małżeństwo opiniowanej trwało 5 lat, mąż zmarł; z tego związku ma 22-letniego syna. Z wolnego związku urodzili się 16-letnia córka i 10-letni syn; „partner nie był odpowiedzialny”. Drugie, bezdzietne małżeństwo rozpadło się z powodu alkoholizmu i znęcania się męża. Opiniowana mieszka z rodzicami i dziećmi. Odnośnie poważnych chorób – w 38. r.ż. przeszła operację z powodu nowotworu lewego jajnika. W siódmym roku życia doznała urazu głowy – kolega ją popchnął, nie pamięta szczegółów. Od kilku tygodni (przed badaniem) zgłasza utraty przytomności – „wylacza się i zamysła”. Wie, że wylacza się na kilka sekund. Jak mówi: „Ciemno przed oczami, nie widzi nic”. Neguje padaczkę. Trzykrotnie przebywała w szpitalach psychiatrycznych z powodu problemów osobistych, np. syn miał poważny wypadek, gdy kolega strzelił mu z łuku w oko. Zamartwia się tym, że go nie dopilnowała, ma zaniżony nastrój. Leczy się psychiatrycznie w poradni zdrowia psychicznego i w gabinecie prywatnym. Zażywa amitryptylinę, kwetiapinę i kwas walproinowy. W czasie badania opiniowana była pacjentką oddziału dziennego psychiatrycznego. Dwukrotnie podejmowała próby samobójcze przez zatrucie lekami. W przeszłości dokonywała samookaleczenia – „przegryzła sobie żyły”. Neguje nadużywanie alkoholu bądź zażywanie narkotyków. Badana leczyła się od 2004 roku w PZP (zaburzenia lękowo-depresyjne, uzależnienie od BDZ, osobowość nieprawidłowa i kleptomania). Zalecano sertralinę do 150 mg/dobę; parazyne 200 mg/dobę; kwas walproinowy 1300 mg/dobę. Od grudnia 2012 roku zgłaszała objawy charakterystyczne dla kleptomanii. Od 2013 roku leczona w prywatnym gabinecie psychiatrycznym (zaburzenia lękowo-depresyjne, przetrwała

reakcja dekompensacyjna afektywna – zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia kontroli impulsów w wywiadzie). Oprócz leczenia psychiatrycznego pozostaje pod opieką psychologa. W 2013 roku przebywała w oddziale psychiatrycznym przez cztery tygodnie (zaburzenia depresyjno-lękowe, osobowość chwiejna emocjonalnie, uzależnienie od benzodiazepin). W stanie psychicznym i somatycznym biegli nie stwierdzili istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego. Nie rozpoznali u opiniowanej *tempore criminis* choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego ani innych zaburzeń czynności psychicznych, z powodu których miałyby zniesioną lub ograniczoną w stopniu znacznym zdolność rozpoznania znaczenia czynów bądź pokierowania swoim postępowaniem (nie zachodziły warunki art. 31 par. 1 ani 31 par. 2 kk). Uznali, że poczytalność opiniowanej w toku postępowania nie budzi wątpliwości.

Opis III.

Pięćdziesięcioośmioletnią kobietę oskarżono o to, że w kwietniu i maju 2010 roku dokonała w marketach dwóch kradzieży towarów, tj. o czyny z art. 278 par. 1 kk. Analiza Krajowego Rejestru Karnego wykazała aż 13 pozycji w latach 2007–2010 (art. 278 kk). Ma wykształcenie średnie ogólne, jest na rencie od 1997 roku. Uczyła się w LO, przepracowała 27 lat jako kadrowa. Nie powtarzała klas. Wdowa, 2 dzieci w wieku 35 i 32 lat. Najmłodsza z 11 rodzeństwa. Matka była leczona psychiatrycznie, ale badana nie wie, z jakiego powodu. Nikt w rodzinie nie uczył się w szkole specjalnej. Opiniowana jako nieletnia nie przebywała w placówkach opiekuńczych, nie miała spraw sądowych. Jako dorosła wiele razy karana „za ta samo”. Argumentuje: „To jest kleptomania ... ja muszę się uspokoić ... wziąć, wtedy czuję zadowolenie ... ja ładuję do torby co mi na oczy przyjdzie, ja słabo widzę przy tym”. W zakładzie karnym nie przebywała. Badana twierdzi, że chorowała na gruźlicę. Neguje poważne operacje, urazy głowy, padaczkę. Około szóstego roku życia miała przeżyć zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Odnośnie leczenia psychiatrycznego – od 1991 roku leczona z powodu depresji, o której mówi: „Jestem nie do życia, chce mi się płakać... nie mogę spać, nie mogę jeść”. Aktualne leczenie: klomipramina, clonazepam, mianseryna, chlorprotyksen. W szpitalu psychiatrycznym leczona kilka razy, ostatnio dwa lata temu. Podejmowała dwukrotnie próby samobójcze – zatrucie lekami. Samookaleczenia – neguje. Miewa problemy z pamięcią, nie ma pamięci do nazwisk. Uważa, że jest uzależniona od klonazepamu od ponad 10 lat. Zależy dwa tabletki, a bywa że 3–4 tabletki dziennie. Problem alkoholowy – neguje. W izbie wytrzeźwień nie była. Narkotyki, kleje, rozpuszczalniki – neguje. Z dokumentacji medycznej wynika, że była leczona w szpitalu psychiatrycznym w 1998 roku (epizod depresyjny), w 2004 roku (depresja nawracająca), dwukrotnie w 2005 roku (epizod depresyjny; zaburzenia depresyjne nawracające, uzależnienie od benzodiazepin), w 2007 roku (zaburzenia osobowości) i w 2009 roku (zaburzenia adaptacyjne). W tomografii komputerowej głowy (marzec 2010 roku) – umiarkowane zaniki korowo-podkorowe, poza tym bez odchyłeń. Leczona w obecnej PZP od 2010 roku (zaburzenia depresyjne nawracające, kleptomania, uzależnienie od benzodiazepin). Wcześniej leczyła się w PZP w innym mieście. Notatki z historii choroby z lat 2010–2011: „4 lata temu zmarł mąż i wtedy się

to ujawniło, chodzi po sklepach, odczuwa przymus zabrania czegoś, to jej daje spokój, wcześniej miała takie tendencje, ale od 4 lat znacznie się to nasiliło... chciałyby przestać chodzić po sklepach i zabierać rzeczy... jest zdecydowana na regularne spotkania... w ciągu ostatnich 2,5 miesiąca 2–3 razy zdarzyło się jej zabrać coś ze sklepu; dzisiaj przed wizytą była w drogerii, złapała ją ochrona na kradzieży, dostała mandat 200 zł; miała czas przed wizytą, trochę napięta weszła i wzięła herbatkę dla dzieci – to ją uspokoiło”. W stanie psychicznym biegli z odchyłeń odnotowali: „Tok myślenia roz-wlekławy. W obniżonym nastroju, popłakująca. Napęd psychoruchowy nieco obniżony. Afekt tępowy, nieco labilny. Osobowość zwarta, zubożała organicznie. Uzależnienie od benzodwiazepin”. W stanie somatycznym nie stwierdzono istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego. Biegli nie rozpoznali u opiniowanej *tempore criminis* choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego. Rozpoznali zaburzenia czynności psychicznych pod postacią organicznych zaburzeń osobowości i nastroju, kleptomanię oraz uzależnienie od benzodiazepin. Na cechy organicznych zmian OUN wskazywały wyniki badania klinicznego oraz stwierdzone w badaniu tomografii komputerowej głowy w 2010 roku umiarkowane zaniki korowo-podkorowe mózgu. Decydujące znaczenie, jeśli chodzi o orzeczenie poczytalności opiniowanej, ma poznanie jej procesu motywacyjnego. Opiniowana w czasie badania wskazywała, że dokonuje kradzieży w sposób impulsywny, bez chęci zysku. Wskazywały na to poprzednie badania sądowo-psychiatryczne (zawarte w aktach) i dokumentacja medyczna (dokonała kradzieży sklepowej w oczekiwaniu na terapię u psychologa). Biegli nie wydali jednoznacznej opinii, wskazując sądowi alternatywne możliwości. Jeżeli postępowanie sądowe wykaże, że motywacja opiniowanej do dokonania czynów miała podłoże afektywne, wynikające z zaburzeń kontroli impulsów, to oskarżona miała ograniczoną w stopniu znacznym zdolność pokierowania swoim postępowaniem (zachodzą warunki art. 31 par. 2 kk). Takie ustalenia przyjęli biegli w opiniach z 2007 i 2009 roku. Jeżeli postępowanie sądowe wykaże, że motywacja opiniowanej miała podłoże materialne, to oskarżona nie miała zniesionej ani ograniczonej w stopniu znacznym zdolności rozpoznania znaczenia czynów bądź pokierowania swoim postępowaniem (nie zachodzą warunki art. 31 par. 1 ani 31 par. 2 kk). Takie wątpliwości mieli biegli w innej opinii sądowo-psychiatrycznej z 2010 roku (postępowanie manipulacyjne, nieszczerłość opiniowanej, ostatnie kradzieże nie odpowiadały kryteriom kleptomanii). Biegli za bardziej prawdopodobną przyjęli motywację niematerialną, związaną z zaburzeniami o charakterze upośledzenia kontroli impulsów i ograniczenie w stopniu znacznym pokierowania postępowaniem opiniowanej (art. 31 par. 2 kk). Opiniowana mogła uczestniczyć w toczącym się postępowaniu. Jej poczytalność w toku postępowania nie budziła wątpliwości.

Opis IV.

Dwudziestoosmioletniej kobiecie postawiono zarzuty, że w marcu i w czerwcu 2012 roku dokonała dwóch kradzieży (w markecie na sali sprzedażowej schowała wędliny do torebki; w hurtowni dokonała zaboru golarki i wódki, została zatrzymana po przekroczeniu linii kas), tj. o czyny z art. 278 par. 1 kk. Ma wykształcenie zawodowe – ogrodnik. Nigdy nie pracowała – „przez chorobę”. Pytana o stan cywilny, odpowiada:

„mężatka-panna”. „Ma faceta – wychowuje dwoje dzieci partnera, ma jedno swoje dziecko”. „Nie wie”, ile ma lat jej dziecko. Badana podaje, że ma troje rodzeństwa. Nie potrafi podać, która jest w kolejności urodzenia się rodzeństwa. Nie przebywała w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Do tej pory nie była karana, a obecnie ma pierwsze sprawy karne. W rodzinie „prawie wszyscy” leczą się na schizofrenię, np. brat matki, a mama „jest pieprznęta”. Odnośnie poważnych chorób – podaje guza mózgu, padaczkę i kleptomanię. Operowana z powodu guza mózgu w szpitalu wojskowym. Odnośnie urazów głowy – neguje. Odnośnie padaczki – „napady toniczno-toniczne” 4–5 razy w tygodniu wraz z utratami świadomości. Zależy topiramatu i karbamazepinę. Leczyła się psychiatrycznie, ale nie pamięta dlaczego. Ma problemy z pamięcią, jak mówi: „Mam prawo nie pamiętać, jestem po operacji”. Od psychiatry bierze „Asertin, i jeszcze inny, abym nie miała napięć”. Nie przebywała w szpitalu psychiatrycznym. Próby samobójcze potwierdza, chociaż „nie pamięta”; trzyma się tabletkami. Samoobjawienia – neguje. Neguje problem z alkoholem bądź narkotykami. Nie przebywała w izbie wytrzeźwień, nie odurzała się klejami bądź rozpuszczalnikami. Z dokumentacji medycznej wynika, że opiniowana leczona jest w PZP od 2010 roku (zaburzenia osobowości i nastroju na podłożu organicznym, padaczka, stan po operacji guza mózgu). Badanie neuropsychologiczne przeprowadzone w 2012 roku wykazało jednoznacznie zmiany w obrębie OUN (wynik testu Bentona), kontakt z badaną był utrudniony, obserwowano znaczny problem ze skupieniem uwagi, reakcje emocjonalne nieadekwatne do sytuacji. Wnioski: wtórne zaburzenia funkcjonowania poznawczego oraz zaburzenia osobowości i nastroju. W stanie psychicznym biegli stwierdzili: „Zachowany, choć chwilami trudny, kontakt werbalny. Świadomość jasna. Orientacja auto- i allopsychiczna zachowana prawidłowo. Tok myślenia zwarty, rozwlekły. Napęd psychoruchowy wyrównany. Bez ostrej psychopatologii w sensie omamów lub urojeń. Afekt tępy. W czasie badania chwilami drażliwa, napinająca się afektywnie. Intelpekt w szerokiej normie. Osobowość zwarta, zubożała organicznie. W stanie somatycznym z odchylen – blizna pooperacyjna w prawej okolicy skroniowej. Tatuż na lewym przedramieniu”. Biegli uznali, że na podstawie jednorazowego badania sądowo-psychiatrycznego nie są w stanie jednoznacznie wypowiedzieć się odnośnie stanu psychicznego oraz poczytalności opiniowanej. Jej stan psychiczny budził duże wątpliwości. Opiniowana w czasie badania na szereg pytań nie odpowiadała, sprawiając jednak bardziej wrażenie niechętnie współpracującej niż cierpiącej na zaburzenia funkcji poznawczych. W czasie badania była drażliwa, napinająca się afektywnie. Zachodziło podejrzenie, że opiniowana agrawuje obecność gorszego stanu psychicznego (głównie funkcjonowania poznawczego), niż mógłby on wynikać ze stanu faktycznego. Aby zobiektywizować poziom funkcjonowania opiniowanej, wymagana jest obserwacja jej stanu psychicznego, zachowań, relacji społecznych itp. przez dłuższy okres, w warunkach oddziały psychiatrycznego w ramach obserwacji sądowo-psychiatrycznej.

Omówienie

KLM jest terminem popularnym w życiu społeczno-kulturalnym, lecz jej rzeczywiste rozpowszechnienie w populacji jest relatywnie niskie w stosunku do innych

zaburzeń psychicznych. KLM wiąże się z ryzykiem popadnięcia w konflikt prawny. Kradzież sklepowa, w zależności od kwoty wyrządzonej szkody, może prowadzić osobę cierpiącą na KLM na drogę przestępstwa albo wykroczenia. Niewiele osób ze zdiagnozowaną KLM staje przed wymiarem sprawiedliwości po uprzednio przeprowadzonym badaniu sądowo-psychiatrycznym. W bogatym dorobku orzeczniczym jednego z autorów orzekanie w sprawach, w których pojawiał się wątek KLM, dotyczyło tylko kilku przypadków w ciągu dziesięciolecia. Cztery przykłady przedstawiono powyżej. Zdecydowana większość kradzieży sklepowych nie ma związku z KLM. Wydaje się, że wiele osób z zarzutem kradzieży sklepowej doświadczających KLM nie przyznaje się do cierpienia i odwrotnie – osoby, które nie cierpią na KLM, deklarują jej objawy, licząc na okoliczności łagodzące po badaniu sądowo-psychiatrycznym. Wiele osób, które przywłaszczają sobie przedmioty, nie zostaje złapanych na gorącym uczynku albo kradną na tyle drobne przedmioty, że pokrzywdzony nie zgłasza czynu organom ścigania. Inne osoby, którym wcześniej udało się coś przywłaszczyć bez konsekwencji, podjęły działania terapeutyczne i uniknęły kolejnych działań związanych z kradzieżą.

W trzech z czterech omawianych przypadków opiniowanym w dokumentacji medycznej leczenia stawiano diagnozy KLM, choć kradli rzeczy powszechnego użytku. Wydaje się, że gdy osoba z charakterystycznymi cechami psychologicznymi i przeżyciami intrapsychoicznymi kradnie przedmiot użyteczny, należy mówić o spektrum KLM, a nie o pełnoobjawowej KLM. Osobny wątek stanowi problem wiary w deklarowaną przez opiniowanego motywację do działania. Motywację oceniają biegli i sąd. Sąd w czasie postępowania dowodowego nie musi się zgodzić z analizą biegłego.

Ewidentne przygotowania do kradzieży, którym towarzyszy szereg specyficznych działań (np. wcześniejsze przyjście do sklepu, sprawdzenie jakości monitoringu, wynoszenie przedmiotów w torbach wyścielonych folią aluminiową), wykluczają KLM. Gdy sprawca wchodzi na teren sklepu bez takiego przygotowania, to jego zachowanie w trakcie kradzieży różnicuje motywację emocjonalną i materialną. Osoba z KLM powinna zachowywać się bardziej chaotycznie, wykazywać napięcie afektywne, a schowany przedmiot, najczęściej jeden, nie wydaje się świetnie ukryty. Osoba dokonująca zwykłej kradzieży sklepowej kradnie zazwyczaj kilka towarów, stara się je dobrze ukryć, zachowuje się spokojnie, żeby nie zwrócić na siebie uwagi.

Przedstawiono cztery różne przypadki osób, u których stawiano – prawdopodobnie na wyrost – diagnozę KLM. Uszeregowano je zgodnie ze wzrostem komplikacji problemu diagnostycznego i orzeczniczego. Przypadek I dotyczy „czystego” spektrum KLM; II – spektrum KLM z towarzyszącymi zaburzeniami osobowości i uzależnieniem od benzodwiazepin; III – spektrum KLM u osoby z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego i uzależnieniem od benzodwiazepin, a IV – spektrum KLM towarzyszącej uszkodzeniu OUN i padaczkę po przebytym leczeniu operacyjnym z powodu guza mózgu. O ile orzekanie w przypadkach I i II nie budzi wątpliwości (nie stwierdzano zniesienia bądź znacznego ograniczenia poczytalności), to w dwóch kolejnych pojawiły się istotne wątpliwości orzecznicze. W przypadku III zaproponowano opinię alternatywną, a w IV zawnioskowano o obserwację sądowo-psychiatryczną. Opiniowanie w przypadkach KLM może rodzić

wątpliwości, gdy towarzyszą jej inne zaburzenia psychiczne, szczególnie o „cięższym” ciężarze gatunkowym niż zaburzenia kontroli impulsów (np. organiczne zaburzenia nastroju, osobowości, choroba psychiczna) bądź neurologiczne (padaczka z napadami nieświadomości). W przypadku III opiniowana, badana przez różne zespoły biegłych, miała stawiane różne orzeczenia (brak znacznego ograniczenia poczytalności bądź poczytalność ograniczoną w stopniu znacznym). Wydaje się, że decydującym czynnikiem, na którym biegli opierali swoje spostrzeżenia, była wiara w szczerłość deklaracji, którą podawała opiniowana. Obecność zaburzenia kontroli impulsów u osoby z istotnym organicznym uszkodzeniem OUN może skutkować orzeczeniem ograniczonej w stopniu znacznym zdolności pokierowania postępowaniem nawet w przypadku braku spełnienia wszystkich kryteriów KLM.

W żadnym z przedstawionych przypadków nie zostały spełnione oba kryteria KLM według ICD-10. Choć pacjenci mieli intensywny popęd do kradzieży, poczucie napięcia przed takim działaniem i ulgi po nim, nie było to jednoznacznie spełnione kryterium kradzieży przedmiotu zupełnie niepotrzebnego, bez uchwytneho motywu zysku dla siebie lub innych osób. Czyli *de facto* osoby te nie spełniały kryteriów diagnostycznych KLM. Z tego powodu w żadnej z powyższych opinii biegli nie stawiali diagnozy KLM we wnioskach opinii.

Wnioski

1. KLM jest terminem popularnym w życiu społeczno-kulturalnym, lecz jej rzeczywiste rozpowszechnienie w populacji jest relatywnie niskie w stosunku do innych zaburzeń psychicznych.
2. KLM wiąże się z ryzykiem popadnięcia w konflikt prawny.
3. Niewiele osób ze zdiagnozowaną KLM staje przed wymiarem sprawiedliwości po uprzednio przeprowadzonym badaniu sądowo-psychiatrycznym.
4. Wiele osób z zarzutem kradzieży sklepowej doświadczających KLM nie przyznaje się do cierpienia i odwrotnie – osoby, które nie cierpią na KLM, deklarują jej objawy, licząc na okoliczności łagodzące po badaniu sądowo-psychiatrycznym.
5. W celu całościowej diagnostyki KLM należy oprócz badania klinicznego wykonać:
 - a) badanie neuroobrazowe (TK, NMR) – aby określić ewentualne zmiany organiczne CUN;
 - b) badanie psychologiczne, uwzględniające testy oceniające impulsywność (np. Baratta, Eysencka czy Dickmana).
6. Autorzy proponują termin „spektrum kleptomanii” dla zdefiniowanych przypadków z intensywnym popędem do kradzieży, poczuciem napięcia przed takim działaniem i ulgą po nim, lecz bez spełnienia kryterium kradzieży przedmiotu niepotrzebnego, bez uchwytneho motywu zysku.
7. Badania autorów sugerują, że KLM najczęściej mogą towarzyszyć zaburzenia osobowości, uzależnienie od leków czy cechy organicznego uszkodzenia OUN.
8. W żadnym z przedstawionych przypadków nie zostały spełnione oba kryteria KLM według ICD-10.

9. Autorzy proponują, by przy współwystępowaniu KLM z istotnie wyrażonymi cechami organicznego uszkodzenia OUN lub/i znacznym zaburzeniem kontroli impulsów orzekać ograniczoną w stopniu znacznym zdolność do pokierowania postępowaniem sprawcy.

Piśmiennictwo

1. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius; 1997.
2. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius; 1998.
3. DSM-5. APA, 2013.
4. Grant JE, Odlaug BL. *Kleptomania: Clinical characteristics and treatment*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2008; 30(Suppl. 1): 11–15.
5. Abelson ES. *When ladies go a-thieving: Middle-class shoplifters in the Victorian Department Store*. Oxford (UK): Oxford University Press; 1989.
6. Christie A. *Śmierć na Nilu*. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie; 2010.
7. Konopnicka M. *Listy do synów i córek*. Warszawa: Instytut Badań Literackich PAN; 2010; *Listy Elizy Orzeszkowej*, t. 2. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1955.
8. Kujawski R. *Monomania – zagadnienia kliniczne i społeczno-prawne*. Post. Psychiatr. Neurol. 2013; 22(4): 269–278.
9. Bilikiewicz T, Strzyżewski W. red. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1992.
10. Płaskowski R. *Psychiatria, zeszyt II: Część szczegółowa*. Warszawa; 1884.
11. Abelson ES. *The invention of kleptomania*. Signs: Journal of Women in Culture and Society 1989; 15: 123–143.
12. Goldman MJ. *Kleptomania: Making sense of the nonsensical*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 986–996.
13. Grant JE, Kim SW. *Clinical characteristics and associated psychopathology of 22 patients with kleptomania*. Compr. Psychiatry 2002; 43: 378–384.
14. Grant JE, Kim SW. *An open-label study of naltrexone in the treatment of kleptomania*. J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 349–356.
15. Kaplan HI, Sadock BJ. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban @ Partener; 1995.
16. Hässler F. *Aufgehobene Schuldfähigkeit im Falle einer Kleptomanie*. XII Polsko-niemiecka konferencja naukowo-szkoleniowa z psychiatrii sądowej. Kraków, 4–5.09.2015.
17. Korzeniowski L, Pużyński S red. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, wyd. 3 popr. i uzup. Warszawa: PZWL; 1986.
18. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
19. Fryeberger HJ, Schneider W, Stieglitz R-D. *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: PZWL; 2005.
20. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1960
21. McElroy SL, Pope HG Jr, Hudson JI, Keck PE Jr, White KL. *Kleptomania: A report of 20 cases*. Am. J. Psychiatry 1991; 148(5): 652–657.

22. Presta S, Marazziti D, Dell'Osso L, Pfanner C, Pallanti S, Cassano GB. *Kleptomania: Clinical features and comorbidity in an Italian sample*. Compr. Psychiatry 2002; 43(1): 7–12.
23. Grzywa A. *Oblicza psychozy*. Lublin: Czelej; 2005.
24. Bayle FJ, Caci H, Millet B, Richa S, Olie JP. *Psychopathology and comorbidity of psychiatric disorders in patients with kleptomania*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(8): 1509–1513.
25. Bechara A, Tranel D, Damasio H. *Characterization of the decisionmaking deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions*. Brain 2000; 123: 2189–2202.
26. Nyffeler T, Regard M. *Kleptomania in a patient with a right frontolimbic lesion*. Neuropsychiatr. Neuropsychol. Behav. Neurol. 2001; 14(1): 73–76.
27. Ebert D. *Nicht-stoffgebundene Süchte. Impulskontrollstörungen* – w: Berger M (red) – Psychiatrie und Psychotherapie – Urban&Schwarzenberg, Munchen 1999, s. 847-865.
28. Bronish TH. – *Störungen der Impulskontrolle* – w: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. (red) – Psychiatrie und Psychotherapie – Springer, Berlin 2000(b), s.1559-1563.
29. Grant JE. *Family history and psychiatric comorbidity in persons with kleptomania*. Compr. Psychiatry 2003; 44(6): 437–441.
30. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE. *Kleptomania: Clinical characteristics and associated psychopathology*. Psychol. Med. 1991; 21(1): 93–108.
31. Kohn CS. *Conceptualization and treatment of kleptomania behaviors using cognitive and behavioral strategies*. Int. J. Behav. Consult. Ther. 2006; 2(4): 553–559.
32. Sarasalo E, Bergman B, Toth J. *Personality traits and psychiatric and somatic morbidity among kleptomaniacs*. Acta Psychiatr. Scand. 1996; 94(5): 358–364.

Adres: Justyna Sipowicz
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
86-100 Świecie, ul. Sądowa 18

Otrzymano: 20.03.2017
Zrecenzowano: 7.09.2017
Otrzymano po poprawie: 1.11.2017
Przyjęto do druku: 9.01.2018