

Trudności orzecznicze w przypadkach przestępstwa nietrzeźwych policjantów: opis dwóch przypadków

*Difficulties in issuing court opinion
on offences committed by inebriated policemen: two case studies*

JERZY MATYSIAKIEWICZ, URSZULA ŚWIERZY,
ALEKSANDRA LEKSOWSKA, GRAŻYNA ORLIKOWSKA

Z II Katedry i Kliniki Psychiatrii Śląskiej
Akademii Medycznej w Tarnowskich Górach

STRESZCZENIE. *Autorzy opisują merytoryczne i pozamerytoryczne uwarunkowania trudności, które wystąpiły w trakcie orzekania dla celów sądowno-psychiatrycznych w przypadku dwóch policjantów, sprawców przestępstw popełnionych w stanie nietrzeźwości.*

SUMMARY. *The authors describe offence-relevant and irrelevant determinants of difficulties encountered in the course of issuing psychiatric court opinions in the case of two policemen, perpetrators of offences committed in the state of inebriation.*

Słowa kluczowe: przestępstwa policjantów / stan nietrzeźwości / orzecznictwo / opis przypadku
Key words: policemen's offences / state of inebriation / psychiatric court opinions/ case study

Przestępstwa popełniane przez policjantów, z natury swego zawodu powołanych do obrony prawa i porządku, zawsze bulwersowały opinię publiczną, stanowiąc przy tym, w pewnych okresach, temat zakazany. Sprawy takie były szczególnie tajone wtedy, gdy formacje policyjne występowały pod kryptonimem „Milicji Obywatelskiej”. Przestępstwa milicjantów ujawniano w zasadzie tylko wtedy, gdy uzasadniały to potrzeby socjotechniczne (np. sprawa Piotrowskiego i współników). W ostatnich latach można natomiast odnieść wrażenie, iż policjanci są grupą szczególnie często dokonującą drastycznych przestępstw (zabójstwa, gwałty, wymuszenia, udział w rozgrywkach gangów). Sądzić należy, że przynajmniej po części wrażenie to jest efektem działania wolnych mediów, a to co kiedyś było szczególnie utajone, dziś jest szczególnie nagłaśniane.

W naszej Klinice obserwowaliśmy ostatnio dwóch policjantów podejrzanych o popełnienie dość pospolitych przestępstw.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

34-letni funkcjonariusz policji (L.M.), był podejrzany o to, że znajdując się w stanie nietrzeźwym spowodował wypadek samochodowy, doprowadzając do zderzenia z drugim samochodem. Dwie osoby jadące tym samochodem doznały obrażeń ciała powodujących naruszenie czynności powyżej 7 dni, zaś trzecia osoba – obrażeń zazwyczaj zagrażających życiu. L.M. zbiegł z miejsca wypadku nie udzielając pomocy ofiarom. Po kilku godzinach pojawił się w domu swojej matki odległym od miejsca wypadku o 15 km. Jak zeznała matka, był bosy,

brudny, nie odpowiadał na jej pytania. W trzecim dniu po wypadku stracił przytomność i trafił na dyżurujący oddział chirurgii urazowej, gdzie rozpoznano krwotoczne stłuczenie lewego płata czołowego mózgu. Po kilku dniach leczenia zachowawczego trafił do szpitala MSW, skąd po miesiącu został wypisany z rozpoznaniem: *contusio haemorrhagica lobi temporalis sin. in anamnesi, cephalaea post traumatica, syndroma psychoorganicum post traumam cum signa depressiva*. TK głowy wykazało „cechy miernego obrzęku mózgu, komory oraz zbiorniki postawne bez objawów wynaczenia, podejrzenie stłuczenia krwotocznego w lewym płacie skroniowym”.

L.M. kontynuował dalsze leczenie ambulatoryjne w poradni zdrowia psychicznego MSW. Udokumentowane ono było następującymi wpisami do książeczki zdrowia: (1) adnotacja podpisana przez psychologa klinicznego z rozpoznaniem: „zespół psychoorganiczny z komponentą depresyjną, tendencja do stanów *absence*”, (2) wyniki badań specjalistycznych przeprowadzonych w zespole poradni MSW. Ten sam psycholog kliniczny stwierdził „wyraźne symptomy uszkodzenia o.u.n.” i ponowił rozpoznanie: „zespół psychoorganiczny (pourazowy) z komponentą depresyjną, tendencja do stanów *absence*”, (3) badanie psychiatryczne z diagnozą: *syndroma psychoorganicum cum signa depressiva*.

W trakcie obserwacji w Klinice, u L.M. można było zauważyć niewielkiego stopnia obniżenie nastroju, poczucie załamania linii życiowej spowodowanego aktualną sytuacją, uczucie „pokrzywdzenia” i „opuszczenia” przez przełożonych i instytucję. Występowały także zaburzenia snu, bóle głowy, okresy miernie nasilonego niepokoju. Objawy te nasiliły się w drugiej połowie obserwacji, kiedy został wezwany do zdania umundurowania i broni. Badany interpretował swoje dolegliwości trafnie, jako wynikające z sytuacji w jakiej się znalazł (utrata pracy, obawa przed karą), choć jednocześnie sugerował, że jest to efektem trzykrot-

nych urazów głowy i, być może, „uszkodzenia mózgu”. Mówił, że w ciągu ostatnich 3 lat dwukrotnie doznał urazów głowy w czasie wykonywania obowiązków służbowych. Ekspozował też swój udział w gaszeniu wielkiego pożaru lasów w okolicy Rud Raciborskich. Wyjaśniał, że był wtedy na służbie bez przerwy przez 4 doby. Przebywał, jak określił, „w czadzie”, kilkakrotnie wymiotował, lecz nie był hospitalizowany z tego powodu.

Pytany o okoliczności wypadku, o spowodowanie którego był podejrzany, uporczywie twierdził, że nie pił w tym dniu żadnego alkoholu. Mówił, iż kupił w tym dniu od znajomego okazyjnie samochód, wrócił nim do domu, a dalszych wydarzeń nie pamięta. Pamięta dopiero wydarzenia od chwili przyjęcia go na oddział urazowy.

W czasie obserwacji nie obserwowano u niego napadów drgawkowych, zaburzeń świadomości ani innych stanów typu napadowego. Wyniki badań wykonanych w trakcie obserwacji: dna oczu w normie, EEG – zapis w granicach normy, TK głowy nie wykazało zmian w obrębie struktur mózgowia, badanie psychologiczne: inteligencja przeciętna (II=98). Wyniki testów organicznych nie ujawniły patologii organicznej o.u.n. W wyniku obserwacji ustaliliśmy u L.M. rozpoznanie cerebrastonii pourazowej, pogłębionej sytuacyjnie. Uznaliśmy, że w chwili spowodowania wypadku drogowego był w pełni poczytalny, natomiast w chwili ucieczki z miejsca wypadku działał w stanie ostrych zaburzeń świadomości spowodowanych stłuczeniem mózgu, które spowodowały pełną niepoczytalność.

W półtora roku później ponownie badaliśmy L.M., tym razem na polecenie sądu. Chodziło o ustalenie, czy jest on zdolny do uczestnictwa w postępowaniu sądowym. W aktach sprawy znajdowały się liczne zaświadczenia wydawane przez lekarzy związanych z resortem, stwierdzające iż występują u niego „objawy cerebrastonii pourazowej z zaburzeniem osobowości, skutkujące niezdolnością do udziału w procesie są-

dowym przez okres co najmniej 6 miesięcy”. Pokrzywdzeni w wypadku składali natomiast zażalenia na przeciągające się postępowanie sądowe. W trakcie badania ujawniał on w zasadzie ten sam zestaw objawów, co w trakcie obserwacji klinicznej, choć silniej zaznaczały się tendencje agrawacyjne. Badania wykonane w trakcie kolejnej hospitalizacji na oddziale neurologicznym (EEG, TK) były analogiczne z uzyskanymi podczas obserwacji.

Przypadek 2

36-letni funkcjonariusz policji, C.D., podejrzany był o dokonanie kradzieży zuchwałej. Będąc po służbie pił alkohol w barze zlokalizowanym w swojej dzielnicy z przygodnie poznanym mężczyzną. Następnie, po wyjściu z baru zaproponował mu odprowadzenie do domu. Ponieważ jego towarzysz był bardzo pijany i miał trudności z chodzeniem, C.D. położył go na ławce, a następnie gdy ten usnął, przeszukał mu kieszenie, zabierając przy tym pieniądze i dowód osobisty.

Jak wykazały zeznania świadków, dokonał tego wiedząc, że jest obserwowany z okien bloków. Mieszkańcy od razu zidentyfikowali go jako „swojego dzielnicowego”. Próbowali go wpięrow powstrzymać okrzykami, a następnie usiłowali ująć. Jak zeznawali, C.D. początkowo nie próbował uciekać. Osobom, które go zatrzymały okazał legitymację służbową, mówiąc: „g... mi zrobicie, jestem policjantem”. Później próbował niezdarne ucieczki, lecz przewrócił się i został unieruchomiony. Nie stawiał oporu przybyłej wkrótce policji.

W trakcie pobytu w Klinice ujawniał duże poczucie krzywdy. Pytał: „jak oni mogli mi to zrobić”. Uważał całe oskarżenie i zarządzenie obserwacji za szykanę ze strony prokuratora i swych przełożonych. Mówił, że kilka razy naraził się przełożonym, a cała sprawa została wyolbrzymiona. Jak się wyraził: „czekali na okazję i złapali pretekst”. Twierdził, że resort chce pokazać, iż jest surowy wobec przestępców w swych sze-

regach. Stanowczo zaprzeczał oskarżeniu. Przyznał, iż rzeczywiście pił z ofiarą, lecz jego późniejsze manipulacje przy jego kieszeniach miały na celu zabezpieczenie dokumentów i portfela przed wypadnięciem.

C.D. podał, iż w końcu roku 1989, w czasie akcji ujmowania przestępców, doznał urazu głowy z krótką utratą przytomności, po którym nie był hospitalizowany. W marcu 1990 r. nastąpiła utrata przytomności na okres 4 dni. Skierowany został w stanie nieprzytomnym do kliniki neurochirurgicznej. Po powrocie do świadomości nie poznawał żony, dzieci. W trakcie tej hospitalizacji stwierdzono u niego krwiak śródczaszkowy i proponowano operację, na którą się nie zgodził. Informacje te potwierdziła dokumentacja lekarska: w obrazie CT głowy duże ognisko opustoszenia w lewej okolicy skroniowej jako konsekwencja przebytego wstrząsu z krwotocznym stłuczeniem mózgu. Układ komorowy nie przemieszczony. Brak cech wodogłowia i nadciśnienia śródczaszkowego. W okolicy prawego bieguna płata czołowego ognisko o gęstości mogącej odpowiadać strukturalom kostnym dołu czaszkowego lub malformacji naczyniowej, które wymaga dalszej obserwacji.

Również w marcu 1990 r. wystąpiły pierwsze napady drgawek uogólnionych, które pojawiają się nadal z częstością ok. 1 raz w miesiącu. Był leczony regularnie u neurologa i zażywał karbamazepinę. Badany wyjaśnił, że wszyscy w pracy wiedzieli o jego chorobie, nieraz napady drgawkowe występowały na służbie. Nigdy jednak nie kwestionowano jego przydatności do służby. Nie był nawet kierowany na komisję lekarską. Twierdził, że w 1990 r. wszyscy byli zajęci weryfikacją i „nikt nie miał głowy do innych rzeczy”. Od kilkunastu lat jest uzależniony od alkoholu. Trzykrotnie wzywano mu esperal. Z powodu nałogu miał naj lepszą opinię służbową.

Wyniki badań wykonanych w trakcie obserwacji: badanie dna oczu: tarcze nerwu II o wyraźnych granicach, w poziomie dna jasnożółte wnęki wolne, naczynia prawidłowe,

siatkówki bez cech patologii, refleksy płamkowe i dołeczkowe zachowane; EEG: zapis w granicach normy. Badanie psychologiczne wykazało zespół psychoorganiczny z obniżeniem sprawności intelektualnej poniżej dolnej granicy normy.

W opinii naszej uznaliśmy, iż C.D. działał w stanie upicia na podłożu organicznego uszkodzenia o.u.n., co spowodowało znaczne ograniczenie zdolności do rozumienia znaczenia czynu oraz pokierowania swym postępowaniem.

KOMENTARZ

Dwa przypadki policjantów podejrzanych o popełnienie przestępstw to stanowczo za mało, by wyprowadzać jakieś uogólniające wnioski. Trudno się jednak oprzeć pewnym, dość niepokojącym refleksjom. Wspólnym zjawiskiem obserwowanym u obu sprawców było poczucie pokrzywdzenia. Byli oni jakby zdziwieni tym, że w ogóle toczy się przeciw nim postępowanie sądowe, że zostają poddani obserwacji psychiatrycznej. Każdy z nich interpretował to jako krzywdę lub wręcz szykanę. Jeden z nich uważał, iż jest kozłem ofiarnym. Widoczne było u nich niespełnione oczekiwanie obrony przez macierzystą instytucję.

W przypadku pierwszego sprawcy, biegli mieli duży problem z interpretacją dokumentacji lekarskiej pochodzącej z resortowej służby zdrowia. Rozpoznania medyczne stawiane przez psychologa, typu „skłonność do stanów absence, wyraźne symptomy uszkodzenia o.u.n.”, absolutnie nie udokumentowane badaniami i stojące w rażącej

sprzeczności z wynikami uzyskanymi w trakcie obserwacji przyczyniły się do naszego przekonania o ich małej wiarygodności. Co więcej, rozpoznania takie były ponawiane przez lekarzy resortowej służby zdrowia, którzy w tym przypadku nie byli psychiatrami, lecz medykami sądowymi, przez dalsze 1,5 roku służąc jako podstawa do kolejnych odroczeń rozprawy sądowej.

W artykule Hajdukiewicz [1] o nowych, niepożądanych zjawiskach spotykanych podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego opisano przypadek mężczyzny, który w stanie nietrzeźwości spowodował poważny wypadek samochodowy, a następnie, jak pisze autorka, „pozostawał pod opieką psychiatrów w poradni zdrowia psychicznego przy szpitalu resortu innego niż Ministerstwo Zdrowia, do czego miał uprawnienia”, wręcz bliźniaczo przypomina podejrzanego L.M., jeśli chodzi o rozpoznania stawiane przez psychiatrów tego resortu i ich konfrontację z wynikami obserwacji w klinice pozaresortowej. Mamy nadzieję, że nie są to przykłady jakiejś ogólniejszej, niepokojącej tendencji.

W drugim przypadku zastanawiające jest, iż policjant cierpiący na padaczkę pourazową, u którego napady występują w czasie służby, nadal pełni tę służbę w terenie i z bronią, nie otrzymując nawet skierowania do komisji lekarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Hajdukiewicz D.: Nowe niepożądane zjawiska w praktyce psychiatrycznej, spotykane podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego. Post. Psychiatr. Neurol. 1997, supl. 1(4), 85-92.

*Adres: Dr Jerzy Matysiakiewicz, II Katedra i Klinika Psychiatrii Śl. AM,
ul. Pyskowicka 49, 42-600 Tarnowskie Góry*